
0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

LANCETTE FRANÇAISE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

1873

PARIS. — IMPRIMERIE TYPOGRAPHIQUE DE A. POUGIN

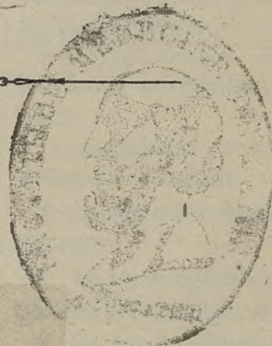
13, QUAI VOLTAIRE, 13

LANCETTE FRANÇAISE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

ANNÉE 1873



PARIS

BUREAUX D'ABONNEMENT : RUE DES SAINTS-PÈRES, 57

PRÈS L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

1873

N° 1. — JEUDI-SAMEDI 2-4 JANVIER 1873. — 46e ANNÉE. — JEUDI-SAMEDI 2-4 JANVIER 1873. — N° 1.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Bureaux : 57, rue des Saints-Pères, 57
PRÈS L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix d'abonnement
doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

On s'abonne hors de Paris
dans les bureaux des Messageries et chez les Libraires
Les lettres non affranchies sont refusées.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 [illegible]ncs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés [illegible] journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des [illegible] des Étudiants qui n'en peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS		POUR L'ÉTRANGER
Trois mois. .	8 fr. 50 c.	le port en sus suivant les derniers tarifs des Postes.
Six mois. . .	16 —	
Un an. . . .	30 —	

Paris, le 3 janvier 1873.

SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

L'Académie de médecine a voulu terminer l'année 1872 par un coup d'éclat.

Sa commission des eaux minérales, avec toute son autorité, par l'organe de M. le professeur Gubler, cédant à la pression de l'opinion publique, a proclamé bien haut certaines vérités, dont la conséquence logique serait la suppression immédiate de l'inspectorat officiel.

En effet, le grand argument de ceux qui s'étaient résolus à défendre quand même une institution surannée, c'était de dire que les inspecteurs avaient encore une mission utile, celle de fournir chaque année des rapports à l'Académie de médecine.

Il était certain que les inspecteurs n'avaient aucun droit d'intervention en ce qui touchait l'abus possible des eaux minérales : la loi s'était expliquée sur ce point de la manière la plus formelle ; ils n'avaient aucune action efficace sur les travaux relatifs à la recherche des sources, à leur conservation, à leur aménagement, à la disposition des divers appareils de bains, de douches, etc.

Ainsi l'utilité publique qui, seule, pouvait excuser le maintien de cette espèce de taxe personnelle, n'existait certainement pas dans les intérêts sanitaires de ceux qui faisaient usage des eaux.

C'est pourquoi on l'avait cherchée dans les intérêts de la science ; et on prétendait que la science gagnait beaucoup à la confection de ces rapports, tous faits sur un modèle unique, en remplissant les blancs d'un même formulaire.

Eh bien, ces rapports, M. Gubler demande, au nom de la commission académique, leur abandon complet.

Déjà le nombre en est insignifiant, une vingtaine en tout pour la dernière année.

Mais ce qui est bien plus insignifiant encore, c'est leur contenu.

Ceux qui ne se sont pas dispensés de se conformer à la loi se sont imposé là, suivant M. Gubler, la plus fastidieuse besogne.

Ils ont copié, dans les livres spéciaux, de longues pages sur les sources, pour indiquer leur nombre, leurs dénominations, leur composition et leur rendement.

Ils ont copié, dans d'autres livres, quelques chapitres de pathologie générale.

Ils ont copié, sur les registres du régisseur, les indications relatives au nombre des bains, douches, etc., administrés durant la saison, aux noms, professions et domiciles des malades qu'ils ont traités.

Bien entendu, ils n'ont pas dû parler de ceux qui se sont abstenus de prendre pour médecin l'inspecteur officiel, et ceux-là sont toujours en nombre considérable ; ainsi, il ne peut être aucunement question d'une statistique médicale proprement dite.

Rien n'est sérieux, dans tout cela, en dehors des chiffres fournis par le régisseur, et qu'il faudrait lui faire copier lui-même.

La commission conclut donc sur ce point en demandant formellement au ministre :

1° De supprimer dès à présent les rapports des médecins inspecteurs ;

2° De les remplacer par une statistique dans laquelle les régisseurs indiqueraient le nombre des bains, des douches, etc.

3° De laisser désormais les inspecteurs libres d'envoyer, à l'Académie, quand ils en auront l'occasion, des mémoires vraiment scientifiques, sur des sujets de leur choix, comme peut déjà le faire tout autre médecin, et comme ils le feraient eux-mêmes s'ils n'avaient pas sans cesse devant les yeux la perspective de ce rapport, si ennuyeux à faire pour eux, si ennuyeux à lire ensuite pour les membres de la commission des eaux minérales.

Le rapport une fois supprimé, quelle serait donc l'utilité d'un inspecteur ?

Serait-ce de donner, comme homme spécial, des conseils au propriétaire sur les travaux qu'il pourrait être utile d'exécuter ?

Mais d'abord, le propriétaire n'étant aucunement tenu de se conformer à ces conseils et pouvant agir à sa guise, peut également prendre l'avis d'un autre médecin, qu'il préfère.

Et, si du fait nous passons au principe, il faut bien reconnaître avec M. Gubler que, parmi les médecins libres, on en trouve de très-instruits, très-distingués, ayant au plus haut point l'esprit d'initiative. On aurait donc bien plus de chances d'être éclairé sur la meilleure manière d'améliorer chaque établissement, si,

au lieu de prendre l'avis du seul médecin officiel, on consultait l'ensemble de tous les médecins qui viennent exercer dans la localité.

L'utilité de cette intervention des médecins libres, réunis en conseil, avait paru tellement essentielle au savant rapporteur, qu'il avait consacré de longues pages à la faire ressortir.

Insister ainsi c'était démontrer victorieusement au ministre que les inspecteurs ne pouvaient servir absolument à rien. Mais le rapporteur, par un scrupule fondé sur des motifs faciles à comprendre, n'avait pas formulé la conclusion logique, et ses collègues de la commission, par le même scrupule sans doute, ont désiré qu'il l'indiquât un peu moins nettement.

Il a donc fallu que M. Gubler, dont le rapport devait être lu à l'Académie ce jour-là même, abandonnât une partie de sa rédaction et la remplaçât par une improvisation orale.

Cela ne fut pas difficile pour un professeur qui parle si bien. Mais on ne pouvait pas discuter des termes qui n'étaient point encore écrits. L'Académie sentait qu'il s'agissait pour elle d'un grand acte ; et ceux qui, comme M. Chauffard, auraient voulu que la commission se montrât moins timide, furent d'accord avec les amis des inspecteurs pour demander que le vote fût renvoyé après l'impression, au moins en épreuves, du texte arrêté par M. Gubler.

Nous attendrons donc ce moment pour parler de ce qui est encore à l'état d'ébauche. Mais dès aujourd'hui on ne saurait trop féliciter les membres de la commission de leur courageuse initiative en ce qui touche la suppression des rapports demandés aux médecins inspecteurs, suppression qui doit fatalement conduire à celle de ces inspecteurs sans mission.

Félicitons aussi M. Germond Delavigne de la distinction demandée pour lui par M. Gubler à propos de la campagne ouverte contre les stations d'eaux prussiennes, campagne qui n'a pas été sans résultat.

Dr Victor Révillout.

REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE

Accidents épileptiformes de nature syphilitique chez un nouveau-né.

L'observation suivante, très-digne d'intérêt au double point de vue de l'étiologie et du traitement qui en a donné la confirmation, nous est communiquée par M. Le Pileur, interne à Saint-Lazare. Elle a été recueillie dans le service de M. le docteur Costilhes, médecin de l'infirmerie de cette maison.

La nommée Marie R..., femme mariée, âgée de 29 ans, couturière, née dans la Creuse, arrive à Saint-Lazare, le 9 mai 1872. Elle a avec elle sa fille, âgée de 3 ans, et, par cette raison, est admise de suite à l'infirmerie. Cette femme, d'une constitution lymphatique, présente comme antécédents : affections strumeuses des yeux (kératite ulcéreuse de l'œil gauche et du cou (abcès ganglionnaires) jusque vers l'âge de 17 ans, époque où les règles ont paru. Bien réglée, mariée à 25 ans, à 26 ans elle est accouchée à terme d'une fille qui se porte bien.

Cette femme, enceinte de cinq mois, au moment de son entrée, s'est bien portée depuis le commencement de sa grossesse. Elle ne porte sur le corps aucune trace d'accidents syphilitiques et dit n'avoir jamais eu de maladies vénériennes. Chez le mari et ses ascendants, pas plus que chez ceux de sa femme, on ne trouve d'épilepsie. Il est impossible de rechercher les antécédents du mari au point de vue de la syphilis ; sa femme dit n'en avoir jamais eu connaissance. Cependant, dans les premiers jours de juillet, elle est atteinte, sur le sternum, d'une légère éruption papuleuse cuivrée, sans prurit, de nature évidemment syphilitique.

Le 26 juillet, elle fait une chute dans un escalier de l'infirmerie, et, le même jour, elle accouche d'un garçon à huit mois de conception. Rien sur le corps de l'enfant.

Le 10 août, l'éruption du sternum devient papulo-squameuse. Pustules assez nombreuses d'impétigo dans la même région.

Le 15, apparition sur les bras, les fesses, les cuisses et les jambes d'une violente éruption d'eczéma impétigineux sans prurit, qui, rapprochée de l'éruption du sternum, confirme le diagnostic et détermine M. Costilhes à prescrire pour traitement :

Iodure de potassium.	0,50 centigrammes.
Liqueur de Van Swiéten. .	Une cuillerée.

Toujours rien sur le corps de l'enfant, allaité par sa mère, et que l'on examine avec soin tous les jours.

Le 25 août, il se portait bien depuis sa naissance, quand, à la suite d'une colère très-vive, il est pris d'accidents nerveux, caractérisés par une rougeur subite de la face, renversement des yeux et clignotement convulsif des paupières, contraction des bras et tremblement des avant-bras, cris aigus et quelquefois opisthotonos, mais le plus souvent, conctraction successive des muscles du cou et du dos déterminant un mouvement de flexion de la tête à droite et à gauche en même temps qu'elle tournait sur son axe.

Chaque crise durait de 3 à 4 minutes au plus, et elles arrivèrent à se rapprocher tellement, qu'on en comptait six et sept par heure. Nous avons eu souvent l'occasion d'assister à ces crises, et ce qui nous a surtout frappé, c'était le calme dont elles étaient précédées et immédiatement suivies, sans qu'il y eût aucun phénomène intermédiaire. Tout d'un coup, l'enfant crispait sa petite bouche, poussait un cri, les différents symptômes que nous venons d'énumérer se produisaient, et brusquement encore la bouche reprenait sa position normale, le cri cessait, les autres accidents aussi, et l'enfant se mettait à teter avec voracité. Jamais ces crises ne l'ont pris quand il était au sein. M. le docteur Bourseau, qui remplaçait alors le M. docteur Costilhes, fait continuer à sa mère son traitement.

Le 2 septembre, on prescrit pour l'enfant une cuillerée à café par jour de sirop d'iodure de potassium.

Le 15 septembre, la mère est examinée au spéculum et voici ce qu'on trouve : une ulcération occupant la presque totalité du col, qui est volumineux. Elle a l'aspect granuleux, à bords saillants, d'un jaune cuivré, se termine à sa circonférence par un liséré d'un rose vif très-tranché. Une sanie épaisse, d'une odeur forte, pénétrante, en recouvre la surface qui saigne au moindre contact d'un balai de charpie. Cette ulcération spécifique a guéri en quelques jours sous l'influence de cautérisations répétées d'une solution concentrée de nitrate d'argent, de nitrate acide de mercure, et de teinture d'iode.

Le 18 septembre, les accidents de l'enfant cessent tout à coup, et n'ont pas reparu depuis. (10 décembre.)

En résumé, la rareté de l'épilepsie essentielle chez un enfant de cet âge, l'absence d'antécédents de famille, et de lésions traumatiques, forceps ou autre, ayant pu déterminer une compression du cerveau d'une part, d'autre part les manifestations qui sont survenues chez la mère, prouvant amplement, malgré l'ignorance de bonne foi où elle est du début et de l'origine de sa maladie, qu'elle a été syphilisée à une époque qu'on ne peut

malheureusement préciser et le succès du traitement employé, nous semblent conduire à penser qu'il y a eu chez cet enfant une compression pathologique du cerveau causée par une gomme? par une exostose ? ou simplement par un exsudat des membranes? mais très-probablement, en tout cas, par une production morbide ayant pour origine la syphilis.

Fièvres intermittentes pneumoniques ou pneumonies pernicieuses.

Un de nos confrères, M. Fisseux, exerçant dans une contrée où nous assure-t-il que l'on n'observe pas habituellement de fièvres intermittentes, à Cornus (dans le département de l'Aveyron), nous soumet la question suivante :

Serait-il vrai que, dans certaines circonstances difficiles ou impossibles à préciser, la pneumonie ou la pleuro-pneumonie soit susceptible de prendre la forme de la fièvre intermittente simple ou pernicieuse, alors que ni les antécédents des malades, ni l'effluve paludéen ne sauraient être en cause?

Cette question a été suggérée à notre confrère par quelques faits de sa pratique, qu'il a bien voulu nous communiquer et que nous résumons ici, avant de répondre à sa question, à cause de l'enseignement qu'ils renferment.

1re Observation. — Il y a plusieurs années, j'étais appelé à 15 ou 16 kilomètres, rapporte notre confrère, pour donner des soins à un jeune homme de 20 ans environ, d'un tempérament sanguin, d'une excellente constitution, qui était atteint d'une pleuro-pneumonie (un seul côté est pris). Je pratique une saignée du bras, et fais administrer l'émétique à dose rasorienne.

Le lendemain ou le surlendemain, le malade n'allant pas mieux, je prescris une nouvelle potion stibiée et un vésicatoire sur le côté malade. Deux jours après, le père vient me prendre en m'assurant que son fils est perdu.

Je suis étonné, en arrivant près du malade, de lui trouver bon visage, l'air souriant et tranquille, le pouls large, tout à fait calme, la peau fraîche. Sur ma prière, le jeune homme se met sur son séant avec une vigueur fort rassurante. J'ausculte : l'inflammation a rétrogradé ; le râle crépitant de retour se fait entendre dans tout le tissu pulmonaire envahi. J'annonce au père la guérison ; celui-ci reste incrédule. Pour le tranquilliser, j'ordonne l'application d'un vésicatoire à chaque jambe. Un quart d'heure ne s'était pas écoulé, qu'on m'appelle à grands cris, et je trouve le malade sur son lit, les yeux hagards, en proie au délire. Je demande si l'on a remarqué déjà quelque autre fois les symptômes que j'observe ; on répond que le malade a été déjà deux fois ainsi. Je ne pouvais hésiter. J'étais en présence d'accès pernicieux, et je ne pouvais que regretter bien vivement que l'ignorance de ceux qui entouraient le malade les eût empêchés de me mettre sur la voie. Une demi-heure après, ce jeune homme était mort.

2e Observation. — Deux ans plus tard, je soignai, à une assez grande distance, un homme de 35 ans, atteint aussi de pleuro-pneumonie simple. Le malade, quand je le vis, était inondé de sueur. Je donnai la potion stibiée pour tout traitement. Trois jours après, je revois le malade avec un confrère. D'après la relation qui nous est faite des symptômes offerts par ce malade depuis la précédente visite, nous diagnostiquons des accès pernicieux et prescrivons en conséquence le sulfate de quinine. Mais avant que ce médicament eût pu agir, le malade s'éteignait.

3e Observation. — L'année dernière, je traitai, à 7 kilomètres de ma résidence, un homme de 40 ans, souffrant aussi d'une pleuro-pneumonie gauche. Le traitement consista en une application de sangsues et la potion stibiée. Au quatrième jour, le malade était très-bien ; la fièvre avait presque disparu. Je prescris un purgatif pour combattre une légère complication gastrique. Le lendemain, vers les 9 heures du soir, le malade est pris d'un délire violent : il s'échappe du lit, descend à la cuisine, se laisse tomber deux fois. On le reporte dans son lit, où l'on a beaucoup de peine à le maintenir, etc.

Vers les 8 heures du matin, une sueur profuse et visqueuse se déclare, et, en même temps, le malade se trouve un peu mieux, sans être encore bien. Je le vois vers midi : le regard est brillant ; la peau froide, recouverte d'une sueur glutineuse ; de temps à autre, des idées incohérentes se produisent. La pression sur la région de la rate arrache un cri au malade. Séance tenante, j'administre la quinine à haute dose.

L'accès de la nuit suivante fut encore effrayant, mais ne dura que deux heures. Le malade fut sauvé.

4e Observation. — Il y a quinze jours, je suis appelé auprès d'un homme de 48 à 50 ans, travailleur intrépide qui s'accordait à peine quelques heures de sommeil. Je constate tous les signes d'une pleuro-pneumonie, à gauche. Ce malade était surchargé de couvertures depuis trois jours, et, depuis ce temps, il était inondé de sueur.

Comme l'expectoration était facile, pour ne pas fatiguer le malade, je me contente d'une potion à *un* gramme *cinquante* de teinture de digitale, et je conseille une application de sangsues *loco dolenti*, si la cessation de la sueur le permet.

Le lendemain, j'examine de nouveau le malade : la sueur a diminué, mais non cessé ; les sangsues n'ont pas été appliquées. Je trouve le malade mieux ; la fréquence du pouls est un peu moindre ; le faciès est excellent ; la douleur pleurétique est à peine sensible : l'expectoration est toujours très-facile ; quelques crachats seulement contiennent du sang de loin en loin ; pas la moindre oppression.

L'auscultation révèle une légère amélioration ; l'inflammation ne s'est pas étendue, et le souffle tubaire est moins rude. Un herpès labialis abondant s'est manifesté. On continue la potion à la digitale, et je pars tout à fait rassuré, en avertissant la famille que je devais être immédiatement informé de tout changement sensible dans l'état du malade, parce que, ajoutai-je, parfois des accès pernicieux viennent compliquer cette maladie.

Le lendemain de cette deuxième visite, le malade se trouvait si bien qu'il manifestait à plusieurs reprises le désir de se lever. La crainte d'un refroidissement empêcha, seule, la famille de satisfaire à ce désir. Sur la demande plusieurs fois réitérée du malade, vers le milieu du jour, on lui accorde quelques cuillerées de bouillon de poulet.

Tout va bien jusqu'à 9 heures du soir ; mais alors se manifeste une grande agitation, et bientôt le malade délire. Il était mort depuis quelques minutes lorsque j'arrivai près de lui, vers les 11 heures et demie de la nuit.

5e Observation. — Je soigne en ce moment une femme d'environ 50 ans, pour une pleuro-pneumonie droite. Cette femme est maigre, pâle, fort affaiblie. Comme la douleur pleurétique est intense, on applique quatre sangsues sur le côté, et je fais prendre la teinture de digitale.

Dans la nuit du surlendemain, un frisson se déclare, et il se produit une grande anxiété, qui cesse au jour, après un peu de sueur. Je diagnostique un accès de fièvre intermittente non pernicieux, et je recommande de faire prendre l'anti-périodique. Le

remède n'est pas administré. Les deux nuits suivantes sont bonnes; mais la troisième voit se reproduire les mêmes symptômes morbides signalés plus haut. Cette fois on fut plus docile, et je pus faire prendre la quinine. Aujourd'hui la malade est en pleine convalescence.

Je le répète, aucun de ces malades n'avait jamais eu la fièvre intermittente, et dans les montagnes où j'exerce, une fièvre de cette nature, fièvre primitive, essentielle, n'a sans doute jamais existé, à moins que les malades n'en apportassent le germe d'ailleurs.

— Malgré l'absence de quelques détails dans plusieurs de ces faits, il n'y a pas à mettre en doute la qualification de pneumonie qui leur a été donnée par notre confrère.

Mais ce qui ressort beaucoup plus manifestement, c'est le caractère intermittent pernicieux qui s'est révélé dans plusieurs cas par la mort survenue rapidement, après un ou deux accès méconnus, et sans que la lésion pulmonaire eût été de nature à faire pressentir cette issue funeste.

Ce sont là des faits d'une importance capitale en pratique, et sur lesquels on ne saurait trop appeler l'attention des praticiens; car le salut des malades dépend ici de la prompte détermination à prendre. Il n'y a pas à hésiter, en pareil cas, à administrer le sulfate de quinine, comme l'a fait, du reste, sagement notre confrère, non-seulement dès qu'on a reconnu le caractère pernicieux de la maladie, par le témoignage irrécusable d'un accès bien accusé, mais, dirons-nous même, du moment où l'on n'aurait qu'un simple soupçon de la forme intermittente ou rémittente de la maladie. Nous nous rappelons, pour notre compte, avoir eu trop à regretter, dans une circonstance semblable, d'avoir fait céder notre première inspiration devant les résistances d'un médecin consultant qui jouissait alors d'une grande autorité, pour ne pas appuyer énergiquement toutes les fois que l'occasion s'en présente sur ce précepte : donner le sulfate de quinine dans la pneumonie comme dans toute autre phlegmasie quelconque, toutes les fois qu'il y a lieu de soupçonner un caractère pernicieux ou simplement la forme intermittente ou rémittente.

Quant à la circonstance signalée par notre confrère, que le pays où il a observé ces faits n'est point marécageux, et qu'aux diverses époques où il les a observés il ne régnait point de fièvres intermittentes dans la contrée, nous ne pouvons qu'accepter cette affirmation, mais sans qu'elle infirme en rien la signification de ces faits en eux-mêmes et la valeur du précepte que nous venons de rappeler.

OVARIOTOMIE

ADHÉRENCES TRÈS-ÉTENDUES ET TRÈS-SOLIDES DU KYSTE AVEC LA PAROI ABDOMINALE

GUÉRISON (1)

Par le docteur D'OLIER (d'Orléans).

5 septembre 1872. — La femme B..., 34 ans, brune, d'un tempérament nerveux et sanguin, très-irrégulièrement menstruée, d'une maigreur extrême, porte depuis environ six ans un kyste de l'ovaire qui a déjà été ponctionné plusieurs fois. La dernière ponction a donné issue à 15 litres d'un liquide gris-verdâtre, filant, épais comme de l'huile. La reproduction du liquide se fait avec une grande rapidité.

Le kyste, au 5 septembre, est extrêmement distendu. La circonférence du ventre est de 1 mètre 20, et de l'ombilic au pubis, on trouve 0,72.

Les nuits sont agitées, sans sommeil, l'appétit presque nul. La bouche est mauvaise, sèche. La marche est pénible, puis impossible. La malade ne peut même pas s'asseoir régulièrement sur une chaise ou un fauteuil. Elle est obligée de se poser sur le bord, de renverser son corps en arrière et d'écarter fortement les cuisses pour faire place à la masse énorme et ovoïde de son ventre.

L'ovariotomie, proposée comme étant la seule chance de salut, est acceptée et pratiquée en présence et avec le bienveillant concours des honorables docteurs Lenormant, Charpignon, Chipault, Lepage, Bézard et Verdureau.

La malade étant placée sur un lit de sangle suffisamment élevé, est endormie profondément à l'aide du chloroforme. La peau du ventre est incisée sur la ligne blanche, depuis l'ombilic jusqu'à 0,03 du pubis. Le tissu cellulaire est divisé avec précaution. Alors il s'écoule une petite quantité de sérosité très-claire qui semble venir de la cavité du péritoine. Les téguments s'écartent difficilement. On voit la face antérieure du kyste qui est partout adhérent et qu'il s'agit de séparer des parois abdominales.

A peine quelques mouvements ont-ils été faits que le kyste se rompt tout à coup à sa partie moyenne, et le liquide s'en écoule à flots. On en recueille 15 litres. Il est épais comme de l'eau de lin, d'un gris verdâtre, sans odeur; les parois de l'ouverture sont ensuite saisies avec une pince de Museux, une forte ligature est appliquée au-dessous, et, à l'aide de ce moyen, une très-forte traction est établie sur le kyste vidé, pendant que l'on va procéder au décollement du kyste d'avec la paroi abdominale. Cette opération est très-laborieuse. La paroi abdominale est fortement écartée dans un sens, pendant que le kyste est tiré dans un autre. Les doigts séparent les surfaces adhérentes, centimètre par centimètre, tantôt en haut, tantôt en bas, ou sur les parties latérales.

Après une demi-heure employée à ce laborieux travail, le kyste n'est plus adhérent qu'à la partie postérieure. On s'arrête un moment et l'on se demande avec anxiété où l'on en est. En effet, on ne voit pas les intestins ni aucun des organes du ventre; toute la paroi abdominale profonde et latérale est recouverte d'une membrane fibreuse, épaisse, grisâtre, solide. La surface de cette masse était molle et comme fluctuante. On eût dit un immense placenta vu par sa face fœtale, et recouvrant toute la cavité abdominale. Un instant l'idée vint d'y faire une ponction exploratrice. En cherchant bien à se rendre compte de tout, on finit par s'apercevoir qu'il y avait des kystes renfermés l'un dans l'autre. On avait décollé le kyste interne des parois du kyste extérieur. Il fallut recommencer la même manœuvre et redoubler de précautions pour ménager autant que possible le péritoine des parois abdominales. Les adhérences avec toute la paroi antérieure et latérale du ventre étaient d'une solidité extrême. Les doigts seuls furent employés à cette manœuvre dans le but d'empêcher les hémorrhagies en nappe.

Le kyste, complétement séparé, est enfin retiré du ventre et rejeté entre les cuisses de l'opérée. Il appartient à l'ovaire droit. Son pédicule, assez long, est étranglé dans un clamp, et le kyste coupé à 2 centimètres en dehors du clamp.

Toute la paroi abdominale intérieure est lavée et examinée avec soin. Aucun vaisseau ne donne du sang. Tous les organes sont sains. L'utérus ne porte aucune tumeur fibreuse et l'ovaire gauche ne présente aucune apparence de kyste en voie de formation. Dix minutes sont encore employées à laver à l'eau froide toute la surface d'adhérence et à examiner s'il ne se fait aucun suintement de sang. Alors on procède à la fermeture de la plaie. Le pédicule est placé dans l'angle inférieur. Le clamp, placé en travers de la plaie, la maintient en place. La plaie est fermée au moyen de 12 épingles entortillées d'un fil de soie long et solide. L'épingle d'en bas traverse à la fois les parois abdominales et le pédicule. La cavité abdominale est ainsi formée d'une manière complète. Un peu de charpie, une compresse et un bandage de corps constituent tout le pansement.

---

(1) Suite. — Voir notre numéro du 10 décembre 1872.

La malade se réveille. Elle n'a pas perdu 100 grammes de sang, mais elle est faible et souffre horriblement dans toutes les parties où a eu lieu le décollement du kyste. On la réchauffe, on la change de lit; on l'entoure de bouteilles d'eau chaude; on lui donne du madère, du bouillon et une potion avec trois centigrammes de chlorhydrate de morphine.

Le kyste, examiné, pèse 2,500 grammes. Il est multiloculaire; on y trouve d'abord les 2 grandes loges dont l'une emboîtait l'autre. C'était vraisemblablement dans la première qu'était contenue cette petite quantité de sérosité échappée au début de l'opération et que l'on avait pensé venir du péritoine. La partie droite, le kyste, extrêmement épaisse et comme charnue, contient un nombre considérable de petits kystes secondaires remplis de liquide glaireux, épais, visqueux. Dans plusieurs loges, le liquide est d'un jaune verdâtre et semble tout à fait purulent.

Le soir, — Plaintes incessantes; douleurs atroces dans le ventre. Nausées. Pouls 80. Le corps a bien de la peine à se réchauffer.

Eau albumineuse, vin, bouillon froid.

Pendant la nuit, plusieurs vomissements.

(*A suivre.*)

INTOXICATION SATURNINE

SUIVIE DE MORT CHEZ UN ENFANT DE 8 JOURS, PRODUITE PAR L'EAU DE Mme DELACOUR, MISE SUR LES GERÇURES DU SEIN DE LA NOURRICE.

J'ai été appelé il y a quelque temps près d'une dame récemment accouchée, dont l'enfant se tordait de douleur.

Cet enfant, âgé de huit jours, fort et bien constitué, était depuis trois jours en proie à des coliques douloureuses qui ne lui laissaient aucun repos et le faisaient crier nuit et jour. Il n'allait point à la garde-robe, malgré les suppositoires, les lavements purgatifs et le sirop de chicorée. Son ventre était très-tendu et fort douloureux. Tout le monde était ému et assourdi de ses cris que rien ne pouvait apaiser. Je lui donnai de l'huile de ricin et n'obtins que de minces résultats. Des frictions opiacées sur le ventre ne le calmèrent pas.

C'est alors que la mère m'apprit qu'ayant des gerçures sur le sein, elle y avait appliqué une eau dite de Mme Delacour, qui se vend en secret, chez une portière du quartier des Halles. Or, cette eau n'est qu'une solution concentrée d'acétate de plomb unie à quelques autres ingrédients dont on ne connaît pas la nature.

Au lieu de mettre cette eau avec précaution sur la gerçure au moyen d'un pinceau, et de laver le bout du sein avant de donner à teter, cette dame barbouillait largement tout le mamelon et faisait ensuite teter son fils. L'enfant prenait ainsi son lait imprégné d'acétate de plomb, et c'est après avoir teté ainsi pendant plusieurs jours ce poison qu'il a eu ces coliques et cette constipation, dont on ignorait la nature.

J'indiquai aussitôt le péril, mais il était trop tard et l'enfant succomba le onzième jour.

Puisse ce fait éclairer les médecins qui emploient cette eau de Mme Delacour, défendue par la police, et, en tout cas, leur montrer que son usage exige les plus grandes précautions.

E. BOUCHUT.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 31 décembre 1872. — Présidence de M. BARTH.

ÉLECTIONS

L'Académie procède à l'élection des membres qui doivent remplacer les membres sortants dans les diverses commissions.

Sont élus :

Commission de présentation des associés étrangers. — M. Fauvel.

Épidémies. — MM. Guérard, Roussel.

Eaux minérales. — MM. Chevallier, Bourdon.

Remèdes secrets. — MM. Lefort, Mialhe.

Vaccine. — MM. Depaul, Tarnier.

Comité de publication. — MM. Béhier, Giraldès, Gubler, Peisse, Verneuil.

RAPPORT

M. Gubler, au nom de la commission des eaux minérales, donne lecture du rapport général sur l'année 1871.

Les conclusions relatives aux récompenses à accorder seront discutées en comité secret. La première partie du rapport sera imprimée et distribuée aux membres de l'Académie avant l'ouverture de la discussion, qui aura lieu en séance publique.

A 5 heures, l'Académie se forme en comité secret.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 18 décembre 1872 (1). — Présidence de M. DOLBEAU.

M. DESPRÉS. M. Trélat et M. Verneuil, exagèrent les dangers de la dilatation pour montrer les avantages de la rectotomie. Mais ils parlent toujours de la dilatation forcée avec les dilatateurs mécaniques, qui se trouvent en nombre dans l'arsenal des chirurgiens, et ce n'est pas celle-là qui est innocente et qui constitue pour moi le vrai traitement palliatif des rétrécissements et le moyen que Desault, Boyer et les anciens ont vanté avec raison, comme le seul que l'on puisse employer sans danger et avec autant de profit que toutes les opérations de rectotomie, lesquelles ne sont pas curatives. La dilatation qui est bonne, est la dilatation d'abord avec des mèches, progressivement plus grosses, et ensuite la canule de gomme. Vous dites, mais une simple exploration cause des accidents, comme cela a été observé par M. Lannelongue. A cela je réponds : si le rétrécissement est plus étroit que le doigt, le doigt qui explore force, et fait ce que ferait un dilatateur mécanique. La dilatation exécutée avec mesure permet au malade de vivre de longues années.

M. Verneuil a revu un malade opéré il y a neuf ans; les autres ont été opérées plus récemment, il y a trois et quatre ans; il verra ce qui leur adviendra. Je ne crois pas qu'il y ait de meilleurs résultats par la rectotomie que par la dilatation pratiquée avec mesure.

M. Trélat a dit : on sait que les rétrécissements syphilitiques sont plus fréquents chez la femme que chez l'homme, et qu'ils sont dus en particulier chez les femmes au contact du pus sur l'anus, que ce sont des accidents reculés de la syphilis. Ceci a été l'objet des travaux de M. Gosselin, auxquels j'ai ajouté ce que M. Trélat donne comme une opinion anonyme et que j'ai pourtant appuyé sur des faits.

Il y a trois rétrécissements syphilitiques chez la femme pour un chez l'homme. Les rétrécissements que j'ai vus naître ne sont pas des accidents tertiaires ni quaternaires. M. Gosselin l'a dit, je l'ai répété avec de nouvelles preuves. Ce sont des *cicatrices* d'un chancre phagédénique du rectum ou de plaques muqueuses ulcérées du rectum devenues phagédéniques. Jamais on n'a vu un rétrécissement qui fût une production gommeuse. Il ne faut pas prendre en effet l'époque où on constate un rétrécissement pour la date de son âge, car il existe depuis des années quand on le constate, et ceci m'amène au dernier point que je désirais aborder, le traitement général contre les rétrécissements du rectum. Combien M. Trélat a-t-il vu de rétrécissements du rectum améliorés par le traitement spécifique seul? Je n'en connais pas un fait dans tous les livres où il est question de rétrécissements syphilitiques du rectum.

(1) Fin. — Voir le dernier numéro.

M. LANNELONGUE. Je voudrais dire à M. Després que je n'ai pas forcé en examinant ma malade. Les nombreuses personnes qui m'entouraient quand j'examinai la malade ne lui ont entendu pousser aucune plainte. Il y avait d'ailleurs des petits abcès qui expliquent très-bien comment le moindre attouchement ait pu en provoquer la rupture.

J'ai déjà vu, pour ma part, deux rétrécissements du rectum. Voici les faits : Une femme que j'ai traitée en ville avait un rétrécissement syphilitique valvulaire datant de sept à huit aus. Je fis une incision par le procédé de la rectotomie interne. La récidive survint. Je fis alors la dilatation brusque. Je n'eus pas plus de succès. Je revins à la dilatation lente et progressive, et je n'eus pas plus de succès.

Chez une autre femme qui avait eu la variole et une dysentérie et peut-être quelques lésions des organes génitaux antérieurement, le rétrécissement était à sept ou huit centimètres au-dessus de l'anus. Je pratiquai la dilatation avec les tentes, les mèches et les canules. La dilatation lente a échoué.

M. TRÉLAT. Je n'ai point cité le mémoire de M. Gosselin et celui de M. Després, parce que les faits dont ils ont parlé étaient connus, et parce que tous les rétrécissements n'ont pas l'origine qu'ils leur reconnaissent.

Les malades que j'ai observés n'avaient pas la syphilis récente, d'autres ne l'avaient pas du tout. Oui, M. Després a raison, les anciens employaient la dilatation, mais ils avaient constaté son impuissance, et c'est pour cela qu'ils croyaient nécessaire d'imaginer une autre méthode et qu'ils étaient arrivés à des moyens violents, la dilatation forcée.

PRÉSENTATION DE MALADE

Nécrose presque totale du maxillaire inférieur chez une petite fille de 2 ans et demi. — M. GUÉNIOT. Cette enfant est entrée il y a deux jours dans mon service avec les lésions suivantes :

Le maxillaire inférieur est nécrosé dans presque toute son étendue; et isolé à ce point, des parties molles adjacentes, qu'on peut introduire le doigt sur son bord inférieur, entre la lèvre buccale et l'os. Celui-ci est, comme on voit, très-mobile, se laisse soulever et éloigner du bord gingival correspondant, qui est situé au-dessous de lui; il n'adhère plus que faiblement par ses deux extrémités. C'est un véritable séquestre, dépouillé de toute trace de périoste. De chaque côté de la ligne médiane, les quatre alvéoles antérieures sont vides, un peu altérées dans leur forme; la cinquième, au contraire, c'est-à-dire celle qui répond à la deuxième petite molaire, est pourvue à droite comme à gauche d'une dent saine, qui contraste par sa blancheur avec la teinte gris sale de l'os.

A la palpation de la région, on reconnaît sans peine, et de la façon la plus nette, qu'il existe un maxillaire de nouvelle formation occupant toute l'étendue (excepté en hauteur) du maxillaire nécrosé. Ces deux os superposés donnent à la partie inférieure de la face des dimensions exagérées, et à la physionomie, un aspect caractéristique.

L'enfant, quoique fort gênée par la présence dans la bouche d'un corps étranger si volumineux, peut mâcher encore la mie de pain et s'alimenter; sa nutrition ne paraît pas avoir notablement souffert. La salivation est abondante et l'haleine très-fétide; mais il existe à peine des traces de suppuration, et les parties molles ne sont en aucun point enflammées, ni douloureuses. La mâchoire supérieure est complétement saine et pourvue de dix belles dents.

D'après les renseignements que j'ai recueillis, cette petite fille fut atteinte de rougeole dans les premiers jours d'août dernier. Deux ou trois semaines plus tard, ses huit dents antérieures tombaient successivement; et, chose singulière, en même temps que cette chute, apparaissaient les secondes molaires qui aujourd'hui existent encore, quoique reposant sur une portion osseuse nécrosée. Le traitement employé consista uniquement dans l'administration de quelques doses de vin antiscorbutique.

L'extraction du maxillaire, opérée le lendemain à l'aide d'un davier, n'a offert aucune difficulté et n'a provoqué qu'un écoulement sanguin très-modéré. A l'exception de ses portions montantes, l'os est absolument complet. L'inspection de la bouche fait voir, sur toute sa longueur du bord gingival inférieur, une plaie linéaire occupant l'*angle antérieur de ce bord*. C'est sans doute en ce point que l'os nécrosé a traversé son revêtement gingival pour s'élever au-dessous de lui. — La face est redevenue plus régulière, et la difformité serait ultérieurement presque nulle, si l'os nouveau ne devait être dépourvu de dents.

A 5 heures, la Société se forme en comité secret.

Le secrétaire : ARMAND DESPRÉS.

SOUSCRIPTION

POUR LE BUSTE DE M. BAZIN

(11e et dernière liste.)

Total des listes précédentes	2,017 fr.
Vicherat (de Nemours).	10
Deschamps (Théotime).	5
Total.	2,032 fr.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Par arrêté du 26 décembre, MM. Ley et Migon, médecins adjoints du Dispensaire de salubrité, ont été nommés médecins titulaires.

Par arrêté du même jour, MM. Corlieu, Chatillon, Paul Dubois et Picard, ont été nommés médecins adjoints.

— *Erratum.* — Dans notre numéro 150 pour 1872, page 1194, deuxième colonne, ligne 3e, *au lieu de* : M. le docteur *Vigne*, lisez : *Veyne*.

La lettre déposée par M. le docteur Veyne était accompagnée d'un mémoire explicatif du pli cacheté déposé le 28 janvier 1868. Le signe certain de la mort indiqué repose sur la cessation de la circulation et l'état de vacuité des artères après la mort. Il consiste dans l'ouverture d'une artère.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Tous les livres annoncés dans ce Bulletin sont déposés aux bureaux du journal. Une personne, attachée à l'administration de la *Gazette*, est chargée spécialement de satisfaire aux demandes de nos abonnés (achats de livres, instruments et autres objets).

Études sur le vin, ses maladies, causes qui les provoquent, procédés nouveaux pour le conserver et pour le vieillir, par L. PASTEUR, membre de l'Institut. (Études couronnées par le Comité central agricole de Sologne et par le jury de l'Exposition universelle de 1867.) 2e édition revue et considérablement augmentée. Un beau volume grand in-8° avec 32 planches gravées sur cuivre, imprimées en couleur et coloriées avec le plus grand soin, et 25 belles gravures dans le texte, dont 15 nouvelles représentant les principaux appareils employés pour le chauffage des vins. — Prix : 18 francs. — Paris, 1873, F. Savy.

L'Étudiant micrographe, traité pratique du microscope et des préparations, par ARTHUR CHEVALIER, O. ✵, 1 vol. de 600 pages, 600 figures : 7 fr. 50. — Delahaye, place de l'École-de-Médecine. — Catalogue illustré des microscopes, gratis, chez Arthur Chevalier, Palais-Royal.

Classification clinique des tumeurs, par le docteur SERRE. 1 vol. — Prix : 3 francs. — Paris, Adrien Delahaye.

Pathologie et clinique chirurgicales, contenant la manière d'examiner le malade, les maladies spéciales des dents, des oreilles, des voies urinaires et des yeux, un Manuel de médecine opératoire, de bandages et d'embaumement. 2e édition, corrigée et considérablement augmentée, par le docteur Fort, ancien interne des hôpitaux, professeur libre d'anatomie à l'École pratique. 2 beaux volumes in-8°, avec 542 fig. dans le texte. — Prix 25 fr. *franco*.

Les ouvrages de M. Fort se trouvent à la librairie Adrien Delahaye.

Guide pratique de l'étudiant en médecine (annuaire), par le professeur Vulpes. Première année 1872-1873. — Prix : 2 francs. Paris, Adrien Delahaye.

Ce petit volume de 314 pages est indispensable à tout élève, qui y trouvera les renseignements les plus variés. Il renferme la législation relative aux inscriptions et aux examens, l'emploi du temps, les cours et le personnel de la Faculté et de l'École pratique, les cours libres, les examens et les concours en général, l'externat, l'internat. Le Guide de l'étudiant contient tout ce qui concerne les médecins étrangers, les officiers de santé, les médecins de marine, les étudiants en pharmacie, les sages-femmes et une foule d'autres renseignements.

Le Directeur : Dr E. Le Sourd.

Paris. — Typographie A. Pougin, quai Voltaire, 13.

N° 2. — MARDI 7 JANVIER 1873. 46e ANNÉE. MARDI 7 JANVIER 1873. — N° 2.

Ce journal parait trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Bureaux : 57, rue des Saints-Pères, 57
PRÈS L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix d'abon[illegible] doit être envoyé en mandats post[illegible] [illegible]ites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de [illegible] que mois.

On s'abonne hors de Paris dans les bureaux des Messageries et chez les Libraires. Les lettres non affranchies sont refusées.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui n'en peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS: Trois mois. . 8 fr. 50 c. — Six mois. . . 16 — — Un an. . . . 30 —

POUR L'ÉTRANGER le port en sus suivant les derniers tarifs des Postes.

Paris, le 6 janvier 1873.

SÉANCE DE L'ACADÉMIE DES SCIENCES

Dans une note très-succincte, M. Colin propose une nouvelle hypothèse sur le développement du pigment dans les tissus. Jusqu'à présent, la plupart des auteurs pensaient que toute pigmentation des tissus provient « d'une extravasation des hématies, donnant, par leur transformation sur place, naissance à cette matière colorante. » Il résulterait des observations de M. Colin, dans la mélanémie palustre, que le pigment renfermé dans le sang peut être transporté à travers les membranes des vaisseaux sanguins par les leucocythes qui, on le sait, ont la double propriété de se contracter et d'envelopper les corpuscules étrangers qui se trouvent à leur contact, et de traverser les membranes, grâce à leurs mouvements amiboïdes.

— M. Cl. Bernard présente une note de M. Ranvier, dans laquelle l'auteur donne les résultats de ses expériences sur la dégénérescence des nerfs après leur section. M. Ranvier a cherché à étudier le champ de nos connaissances par l'investigation microscopique des tubes nerveux sectionnés. Il nous paraît, en effet, avoir vu un peu plus et un peu mieux que Waller, Longet, Schiff, Vulpian, dont les travaux sur ce point étaient déjà très-remarquables. Mais la conclusion essentielle que M. Ranvier a tirée de ses observations ne nous paraît nullement fondée. « La suractivité des éléments cellulaires du tube nerveux, dit M. Ranvier, à la suite de la suppression de l'influence nerveuse, montre que celle-ci est régulatrice de la nutrition de ces éléments; car, si elle est supprimée, les cellules devenues indépendantes ont une vie plus active et même désordonnée. »

Nous avouons ne pas bien comprendre ce que peut être *l'influence nerveuse régulatrice* sur *un tube nerveux* qui, lui aussi, doit avoir son influence nerveuse. M. Ranvier est évidemment, quand il parle ainsi, sous l'influence des exagérations qui ont conduit beaucoup de physiologistes à accorder à *l'influx nerveux* une importance de premier ordre dans la vie des organes. Nous accordons un rôle important au système nerveux dans l'accomplissement des *mouvements fonctionnels*, mais nous lui refusons toute action directe sur *les mouvements de la vie organique*. Dans l'espèce, loin de reconnaître avec M. Ranvier, dans les phénomènes observés, une *influence nerveuse régulatrice*, nous ne voyons que les troubles résultant de la division d'un organe dont les diverses parties sont nécessaires les unes aux autres pour se maintenir en leur état physiologique.

Si M. Ranvier eût parlé de l'influence régulatrice du système nerveux sur les mouvements fonctionnels des autres organes, nous aurions été de son avis, mais il parle dans sa note de *l'influence nerveuse régulatrice* sur le tissu nerveux lui-même, et là nous ne saurions partager sa manière de voir. Nous craignons que M. Ranvier ne se fasse pas une idée bien claire ou bien juste des influences réciproques des phénomènes vitaux les uns sur les autres, et nous en trouvons un peu plus loin la preuve quand il ajoute que « depuis longtemps, M. Cl. Bernard enseigne que le rôle du système nerveux dans les fonctions des organes est simplement régulateur de ces fonctions. »

Rien n'est plus vrai, M. Cl. Bernard a dit cela ; mais il n'a pas suffisamment généralisé cette grande vérité puisque, très-souvent, il a cherché dans ses expériences *l'influence directe* du système nerveux sur la vie organique des tissus. Nous disons, nous, que cette *influence directe* est nulle et il est facile de le prouver.

HOPITAL DES ENFANTS MALADES. — M. BOUCHUT.

Du zona et de l'herpès produit par la névrite.

(Leçon recueillie par M. F. LABADIE-LAGRAVE, interne du service.)

Messieurs, vous venez de voir au n° 12 de la salle Sainte-Catherine une enfant de 12 ans, atteinte d'un zona lombo-abdominal. Cet herpès a présenté des caractères particuliers qui me permettront de vous parler aujourd'hui des caractères qui unissent un certain nombre d'affections cutanées avec les altérations des nerfs subjacents.

Cette question offre un assez grand intérêt pratique et n'est pas aussi nouvelle que certains auteurs semblent le croire. On sait, en effet, depuis déjà longtemps que certaines affections de la moelle et certaines myélites peuvent donner naissance à des troubles de la nutrition dans les parties paralysées (Rochoux-Monneret).

Mais en dehors de ces altérations trophiques liées aux lésions

spinales ou cérébrales, il en est d'autres en rapport direct avec les affections des nerfs subjacents.

Dès 1851, notre savant maître Rayer avait recherché les lésions nerveuses qui pouvaient exister en pareil cas, et quelques années plus tard, M. Charcot publia, sous son inspiration, quelques observations intéressantes d'éruptions cutanées dépendant d'une influence du système nerveux (*Journal de physiologie*, t. II, n° 5. Janvier 1859).

Danielssen avait, de son côté, entrepris de semblables recherches, et chez un individu mort de pneumonie, qui avait présenté deux mois auparavant un zona thoracique du côté gauche, il avait trouvé le sixième nerf intercostal, du côté correspondant, rouge et considérablement tuméfié (*Charité Annalen, G. Bd. II. Heft.*, p. 119 et 120. 1861).

Caillaut et Bassereau soutinrent également que le zona était lié à une affection des nerfs intercostaux, mais sans pouvoir fournir de preuves anatomo-pathologiques à l'appui de leur opinion.

Dans ces derniers temps, de consciencieuses recherches sont venues confirmer ces vues et démontrer péremptoirement la réalité du fait et l'existence de lésions nerveuses appréciables au microscope. Il nous est donc permis aujourd'hui d'affirmer que le zona est souvent, sinon toujours, la conséquence d'une altération des nerfs qui desservent le département cutané envahi par l'éruption herpétique.

La petite fille que vous venez de voir couchée au n° 12 de la salle Sainte-Catherine, nous fournit un exemple bien nettement accusé de zona lombo-abdominal consécutif à une névrite. Il y a quinze jours, en effet, elle a été prise de douleurs vives dans les lombes, irradiant dans le flanc droit, dans l'aine et jusqu'à la partie externe et moyenne de la cuisse droite. Ces douleurs, survenues spontanément, ne pouvaient être attribuées à aucun traumatisme ; l'enfant n'avait pas fait de chute et n'avait pas reçu de coup. La seule cause qui pût être invoquée, était un refroidissement auquel elle s'était exposée au sortir du bain.

Trois jours avant son entrée à l'hôpital, c'est-à-dire douze jours après l'invasion de ce qu'elle appelait elle-même sa névralgie, il se développa sur les parties qui avaient été antérieurement le siége de ses douleurs, une éruption confluente de vésicules remplies de sérosité légèrement jaunâtre. Cette éruption vésiculeuse occupait trois points principaux : elle siégeait à la fesse en suivant la direction du petit nerf sciatique, à la partie supérieure et externe de la cuisse, sur le trajet du nerf fémoro-cutané, enfin à la partie moyenne et inférieure de la région ilio-inguinale droite, le long du nerf génito-crural.

Au moment de son entrée, l'éruption avait atteint son complet développement ; les vésicules étaient très apparentes et il était aisé de reconnaître, d'après les caractères anatomiques de cette éruption, aussi bien que d'après son mode de distribution, que nous avions affaire à un herpès zoster ou zona lombo-abdominal.

Quoique les douleurs névralgiques du début eussent complétement disparu, on pouvait encore les réveiller en exerçant, à l'aide du pouce, une pression modérée sur la partie moyenne et latérale droite de la région lombaire au niveau du point d'émergence du nerf lombo-sacré.

Ainsi donc, avant son entrée, la malade avait eu une névralgie aiguë très-accentuée, qui avait été ensuite remplacée par une névralgie pour ainsi dire sourde et latente, ne se réveillant qu'à la pression, comme si le nerf n'eût plus été que légèrement endolori et n'eût manifesté ses souffrances qu'au moment où la compression modérée que le doigt exerçait sur ses fibres venait à les provoquer en les faisant renaître.

A l'heure où je vous parle, toute douleur spontanée ou provoquée a disparu, l'éruption s'est éteinte et il n'en reste plus que les traces sous forme de petites croûtes sèches, noirâtres et isolées, représentant encore, comme le schéma ponctué de la distribution topographique, des filets nerveux primitivement atteints. Nous avons ainsi sous les yeux pour ainsi dire la démonstration clinique de l'étroite solidarité qui relie les affections des nerfs avec certaines dermatoses. Les phénomènes ne présentent pas toujours une évolution aussi nette que la précédente, et chez quelques malades, non-seulement il y a de la douleur avant et pendant l'éruption (mal des ardents, feu de Saint-Antoine), mais elle persiste souvent même après que l'herpès a cessé.

Est-ce une douleur de *névralgie* ou bien une douleur de *névrite ?* A proprement parler, les névralgies ne doivent être que des douleurs et sans altération matérielle des nerfs ; telles sont celles de la chlorose et des névroses ischémiques, etc. A ce point de vue, nous croyons qu'il y a lieu de diviser les névralgies en deux groupes : 1° les névralgies *ischémiques ;* 2° les névralgies *congestives ;* or ces dernières touchent de près à l'inflammation du nerf ou *névrite ;* elles en sont pour ainsi dire le premier terme ; c'est surtout après celles-ci que se développe le zona.

L'herpès zoster n'était autrefois décrit que sur le tronc ; on sait aujourd'hui qu'il peut se montrer partout ailleurs ; c'est ainsi qu'on a constaté le zona ophthalmique, le zona de la face, les zoster sciatique, crural, brachial, cubital, inguinal, etc...

Reste à déterminer si ces phénomènes éruptifs sont en corrélation directe avec les douleurs névralgiques, ou s'ils sont liés à une affection des nerfs correspondants.

Tout récemment, Oscar Wyss, professeur à l'université de Zurich, dans un intéressant travail sur l'herpès zoster, est venu apporter des preuves irréfutables en faveur de cette séduisante théorie.

Appuyé sur ses propres recherches et sur ses résultats anatomo-pathologiques constatés avant lui par six observateurs consciencieux, il montre le zona lié, dans tous les cas, à une altération matérielle des nerfs correspondants. (O. Wyss. *Beitrag zur Kenntniss des herpès zoster. — Archiv. der Heilkunde*, 1871.) Je vous demande la permission, messieurs, de vous résumer les observations sur lesquelles O. Wyss s'est appuyé pour défendre son opinion.

1° *Cas de Barensprung.*—(*Beitrage zur Kenntniss des zosters. — 3e Folge, Charité annalen. II Bd,* 2 *keft.* p. 100, 1863). Il s'agit d'un jeune enfant âgé de 12 mois, qui mourut de phthisie pulmonaire, après avoir présenté, quarante jours avant sa mort, un zona intercostal qui avait duré seize jours.

A l'autopsie, Barensprung constata les lésions suivantes du système nerveux ; la moelle épinière et les racines nerveuses en étaient parfaitement saines ; mais les 6e et 8e nerfs intercostaux, et surtout le 7e paraissaient injectés et épaissis, ainsi que les ganglions spinaux correspondants. L'examen microscopique révéla l'existence d'un travail inflammatoire très-fortement accusé sur le névrilemme, dans la trame même des ganglions. On pouvait constater également une dégénérescence granuleuse des cellules nerveuses. Les lésions dépassaient les ganglions et s'étendaient sur la racine et jusque sur le tronc nerveux lui-même qui, outre la coloration rouge de son enveloppe, présentait la même altération granuleuse de ses tubes nerveux.

Barensprung, en s'appuyant sur ces données anatomiques, considère la corrélation du zona et de l'altération du nerf correspondant comme un fait hors de contestation.

(Cette observation de Barensprung a été reproduite par quelques auteurs qui l'ont dénaturée; nous citerons entre autres, Haigth (*Wiener Sïtzungberichte Bd* LVII, p. 633 et 2e *abth.*) et Henmann (*Lehrbuch der Kautkrankheiten*, 1869, p. 130).

2° Haight, guidé par les premières recherches de Barensprung, a examiné l'état des nerfs et de leurs ramifications, et il a constaté une hyperplasie cellulaire du chorion et du tissu sous-cutané très-marquée le long des vaisseaux et sur le trajet des nerfs. Les tubes nerveux, ajoute-t-il, paraissent tuméfiés. Leur contenu de myéline est diffluent et leur cylindre d'axe repoussé excentriquement.

3° Plus récemment encore Weidner (*Berliner klin. Wochenschrift Jahrgang*, 1870, n° 7), a rapporté un nouveau fait à l'appui de la thèse que nous soutenons. Une femme de 69 ans fut atteinte, le 6 avril, d'un zona de l'épaule et du bras gauche. Elle mourut le 4 mai d'une pneumonie du sommet gauche quelque temps après que le zoster eut disparu. Wadner trouva chez elle les racines postérieures du premier nerf thoracique un épaississement du névrilemme avec infiltration abondante de noyaux arrondis et fusiformes incrustés çà et là, des corpuscules de carbonate et de phosphate de chaux. Les tubes nerveux primitifs avaient tous conservé leur cylindre d'axe.

L'examen microscopique fit constater les mêmes altérations sur la racine postérieure du nerf correspondant au territoire cutané envahi par le zona.

4° Le second cas de Weidner a trait à un vieillard qui succomba à une pneumonie après avoir présenté cinq ans auparavant un zona ophthalmique à droite.

A l'autopsie, le nerf trijumeau droit fut trouvé manifestement altéré, et le microscope révéla des lésions analogues aux précédentes dans le ganglion de Gaster. Outre l'infiltration granuleuse, Weidner signale un dépôt de pigment brun jaunâtre plus ou moins considérable dans les mailles du ganglion.

5° Un cinquième fait du même genre a été rapporté par Wagner dans *Archiv. der Heilkunde* (Bd. II, 4 heft, p. 321, 1870). Cet auteur note l'augmentation considérable de volume du ganglion spinal siégeant sur le nerf qui dessert le département cutané occupé par le zona. Dans le cas auquel nous faisons allusion, le ganglion nerveux avait subi la dégénérescence granulo-graisseuse, et il existait en outre une carie des vertèbres avec pachyméningite simple et tuberculeuse rachidienne, enfin une tuberculose pulmonaire avancée.

6° Tout récemment enfin, Wyss a tracé la description complète des lésions nerveuses du zona. Je ne puis malheureusement m'étendre longuement sur cet intéressant sujet. Je me contenterai de vous donner le résumé des résultats nécroscopiques qui sont consignés dans le mémoire de ce consciencieux observateur : zona ophthalmique ; inflammation du ganglion de Gasser, névrite de la première branche du trijumeau droit avec infiltration cellulaire du périnèvre, hyperplasie du névrilemme, coagulation anormale de la myéline et dégénérescence granulo-graisseuse partielle des tubes nerveux. Hypérémie plus ou moins intense, hémorrhagies des faisceaux nerveux, extravasations sanguines au voisinage du ganglion. Telles sont les lésions anatomiques décrites par O. Wyss dans ce cas. L'altération du nerf ophthalmique de Willis était à son maximum, à son point d'émergence au niveau du ganglion de Gasser, puis elle allait en décroissant au fur et à mesure que l'on se rapprochait de ses divisions terminales et périphériques. Puis il termine en disant : Le zoster est, comme il résulte du fait précédent, une affection cutanée qui a son point de départ dans l'inflammation du ganglion de Gasser ou d'un ganglion spinal et des nerfs qui en émanent. Le ganglion, aussi bien que le nerf peuvent être partiellement altérés (c'est-à-dire qu'une partie du ganglion avec la partie correspondante du nerf afférent est prise tandis que le reste du ganglion et les autres branches émergentes restent saines). Dans ce cas, tout le territoire innervé n'est pas atteint par l'éruption, mais seulement le département desservi par la branche ou le rameau nerveux malade.

Ainsi, vous le voyez, la clinique nous fournissait déjà de fortes présomptions en faveur de cette théorie, mais nous pouvons désormais l'édifier sur des bases anatomiques solides et indéniables.

Si cette question est restée jusqu'à ce jour si obscure et si controversée, les dissidences tenaient surtout au petit nombre de cas observés. Grâce aux recherches anatomiques récentes, la lumière s'est faite dans ce chaos, et les cas que je viens de passer en revue devant vous n'ont pas peu contribué à en éclairer les obscurités.

Il nous est donc permis de dire aujourd'hui que le zona est lié à une névralgie congestive, ou mieux à une névrite subjacente.

(*A suivre.*)

CLINIQUE MÉDICALE DE L'HOTEL-DIEU

M. Béhier.

Pleurésies à épanchements modérés : thoracentèse avec trocarts capillaires et aspiration. — Appareils divers (1).

En effet, dans le temps même où M. Reygnard faisait la communication de son appareil et de ses résultats, M. Thénot imaginait, de son côté, dans un cas où l'appareil de M. Dieulafoy se brisait dans ses mains et le laissait dans l'embarras, imaginait, dis-je, un appareil à vide direct obtenu par l'évaporation de l'eau :

C'est aussi un ballon muni d'un simple tube en caoutchouc et en verre. Ce ballon porte un robinet qui, ouvert lors de l'ébullition de l'eau, est fermé lorsqu'il s'agit d'opérer la concentration de la vapeur dans le ballon, et qui, cette concentration obtenue, est rouvert pour pratiquer l'aspiration du liquide.

A cet appareil, comme celui de M. Reygnard, je ferai un certain nombre de reproches. D'abord, l'emploi de ballons de verre qui peuvent se casser assez facilement lors de la chauffe. M. Reygnard prétend que le fait ne lui est jamais arrivé. Il est bien habile et à la fois bien heureux ! M. Thénot lui, a avoue avoir assez fréquemment été témoin du fait et il a cherché à y remédier. Il a imaginé, dans ce but, de prendre un récipient en cuivre dans lequel l'eau est mise en ébullition. Ce récipient, à l'aide d'un tube de communication, verse sa vapeur dans le ballon ou dans un vase quelconque, qui en est bientôt rempli, et la laisse échapper par un autre tube.

Ce tube de sortie est muni, comme le tube qui reçoit la vapeur, du récipient générateur d'un robinet. Lorsque l'ébullition est portée à un degré tel que le vase de verre, ballon ou carafe, est bien rempli de vapeur d'eau, les deux robinets sont fermés, et bientôt, le générateur étant retiré, la vapeur contenue dans le ballon se condense, et lorsqu'après avoir fait la ponction avec un trocart capillaire, on met, à l'aide d'un tube de caoutchouc,

(1) Voir les numéros des 26-28 et 31 décembre 1872.

la canule de trocart en communication avec le vide par l'ouverture du robinet, l'aspiration s'opère.

Vous voyez, messieurs, qu'un premier vice de ces appareils, c'est le bris des ballons, quand, comme M. Reygnard, on les soumet directement à l'action de la lampe à l'alcool. Ce bris a deux inconvénients. D'abord, il faut avoir un certain nombre de ballons de rechange, et si l'on est loin d'une ville qui permette de renouveler cet approvisionnement, l'appareil peut rester inutile. Ensuite l'explosion peut ne pas être sans danger. C'est toujours avec quelque défiance que je préconiserais l'emploi d'appareils dans lesquels se produit de la vapeur. La modification imaginée par M. Thénot remédie, il est vrai, à ce danger.

Il commence, en effet, par remplir de gaz acide carbonique obtenu par les moyens ordinaires, un ballon en caoutchouc, puis il remplit le vase de verre qui doit servir de récipient et recevoir le liquide de l'épanchement. Ce récipient, ainsi rempli de gaz acide carbonique, reçoit, en dehors de toute communication avec l'air extérieur, une solution très-concentrée de potasse. De là, la formation de carbonate de potasse et la diminution considérable du volume du gaz acide carbonique qui laisse le vide à sa place. C'est avec ce récipient ainsi vidé que se fait l'aspiration de l'épanchement thoracique à l'aide d'un tube de caoutchouc continu avec la canule plongée dans la plèvre. Le liquide alors afflue dans le récipient par lequel il est aspiré. L'inconvénient de la chauffe et de l'explosion est donc évité ici, mais, à sa place, vous avez la complication d'une préparation préalable d'acide carbonique et la délicate introduction de la potasse dans le milieu acide. Il faut une certaine habitude des manipulations pour mener à bonne fin cette petite opération.

M. Thénot, qui a une habileté notoire des choses de la chimie, ne trouve pas la chose compliquée, mais je ne crois pas que tout le monde pense comme lui

En outre, messieurs, l'appareil de M. Thénot, même modifié, a, comme celui de M. Reynard, un inconvénient fondamental, selon moi. Cet inconvénient, le voici : c'est qu'une fois l'opération commencée, il n'est plus possible de renouveler le vide ou de l'augmenter dans l'appareil sans recommencer toute l'opération. De plus, il faut bien savoir que, dans le maniement de ces appareils, il y a place, même pour le plus habile, pour un moment d'oubli qui permet alors l'introduction inévitable de l'air, la destruction du vide et la nécessité de recommencer toutes les opérations préalables destinées à l'obtenir. Rien de semblable dans les appareils que je vous présenterai tout à l'heure, et dans lesquels ce vide peut être renouvelé à volonté.

Ainsi, tout ingénieux et tout efficaces que soient les procédés de MM. Reygnard et Thénot, je ne les recommande pas spécialement à votre pratique, parce qu'ils sont assez difficiles à manier, et que, de plus, on ne peut pas y renouveler le vide facilement et à volonté.

Je préfère donc à ces appareils ceux qui s'appuient sur l'emploi des pompes aspirantes, car ces dernières offrent de grands avantages. Les pistons à parachute des pompes actuelles ne se dérangent pas facilement et peuvent être entretenus par tout le monde sans avoir besoin de recourir à des mécaniciens, et, en outre, à l'aide de ces pompes, on peut renouveler ou faire le vide, sans grande manœuvre et sans grand dérangement.

(A suivre.)

MALADIES DE L'OREILLE (1)

Par M. J. Toynbee, F. R. S.

(Traduction de M. Darin.)

MALADIE DES GLANDES CÉRUMINEUSES. — COLLECTIONS DE CÉRUMEN.

L'extraction des collections cérumineuses ne guérit pas toujours la surdité, parce que la cause de ces accumulations est tantôt une affection primitive des glandes cérumineuses, tantôt elle n'est que le retentissement sympathique de lésions des cavités plus profondément situées. Pour déterminer le rapport numérique entre les cas d'engouement cérumineux *guéris* et ceux qui ne sont que *soulagés*, par l'emploi de la seringue, j'ai dressé, sous forme de tableau, les résultats de 100 cas qui se sont présentés successivement dans ma pratique privée.

L'analyse de ces 100 cas donne les résultats suivants de l'examen des 200 oreilles :

Oreilles ramenées à la constitution normale.	60
Oreilles chez lesquelles la faculté auditive fut grandement améliorée.	43
Oreilles chez lesquelles la faculté auditive ne fut que légèrement améliorée.	35
Oreilles où la faculté auditive resta, *après* l'extraction du cérumen, ce qu'elle était *auparavant*.	27
Oreilles ne contenant pas de cire, et où l'ouïe était normale; l'oreille opposée étant affectée.	24
Oreilles ne contenant pas de cire, mais dans lesquelles l'ouïe était imparfaite, l'oreille opposée étant affectée. . . .	11
	200

Donc, sur 165 oreilles, d'où l'on enleva du cérumen, 60 seulement guérirent; si l'on y ajoute les 43 cas où l'amélioration fut considérable, on arrive à un total de 103 cas à opposer à 62, où l'amélioration ne fut que médiocre ou nulle. Ainsi, parmi les 165 oreilles d'où l'on retira une collection de cérumen, il y en avait 105 où il existait quelque autre maladie, le rétablissement du sens de l'ouïe n'étant pas parfait.

OBSERVATIONS D'ACCUMULATION CÉRUMINEUSE DANS LE MÉAT EXTERNE.

Obs. I. — Miss R., âgée de 38 ans, me consulta, en juillet 1854, pour une grande dureté de l'ouïe. Elle me raconta que, sans aucun symptôme antérieur, elle était devenue soudainement sourde, il y avait dix mois, d'abord d'une oreille, puis de l'autre. Cet accident durait depuis un mois, quand elle entendit un craquement des deux côtés et recouvra l'ouïe. Depuis lors, ce sens était demeuré parfait, lorsque, quelques jours avant de venir me trouver, pendant un fort rhume, elle redevint sourde. A l'examen, je trouvai le méat, de chaque côté, rempli d'un cérumen très-foncé; la distance de l'audition n'était que de 12 millimètres, et il fallait lui parler à voix forte et à un mètre. Le cérumen enlevé, l'ouïe retrouva sa perfection.

Obs. II. — *Masse cérumineuse extrêmement dure et très-difficile à enlever.*

Lord D..., âgé de 50 à 60 ans, me consulta, en avril 1851, pour une surdité de l'oreille droite, accompagnée d'une sensation de plénitude dans cet organe. Je trouvai dans le méat une masse volumineuse de cérumen que les injections n'attaquèrent aucunement pendant une demi-heure. Je fis instiller dans l'oreille, pendant quelques jours, une solution aqueuse de carbonate de soude (3 gr. 88 pour 31 grammes); mais la masse en fut à peine ramollie; aussi continua-t-on l'emploi de la solution, et ce ne fut qu'au bout de

(1) (Suite). — Voir les numéros des 26 mars, 16 avril, 3, 19 septembre et 5 octobre 1872.

plusieurs semaines que le cérumen était assez dissous pour se laisser extraire avec facilité.

Obs. III. — *Bouchon cérumineux, accompagné de douleur et d'inflammation du derme.*

Miss H..., âgée de 30 ans, me consulta, en mai 1853, pour des élancements de l'oreille droite qu'elle éprouvait à peu près sans interruption depuis une quinzaine de jours. Elle n'avait remarqué aucun affaiblissement de l'ouïe. L'examen montra les deux conduits auditifs remplis de cérumen. Du côté droit, la distance de l'audition était de 12 millimètres; du côté gauche, de 25 centimètres. La cire fut retirée des deux oreilles; celle du côté droit étant excessivement dure, exigea de fréquentes injections. La distance de l'audition s'étendit alors, de ce côté, à 15 centimètres; à gauche, elle redevint normale. La surface du conduit auditif droit était rouge et gonflée. Une fois le cérumen extrait, la douleur se dissipa et les symptômes inflammatoires disparurent.

Obs. IV. — *Masse cérumineuse produisant l'inflammation de la couche dermoïde de la M. T.*

J. R. M..., âgé de 55 ans, chirurgien, se plaignait de douleur de l'oreille droite, avec beaucoup de surdité. La douleur revenait sous forme d'accès; elle était fort aiguë et s'exaltait pendant la déglutition. Le méat se montra distendu par une masse de cérumen dont l'extraction soulagea immédiatement, à la fois, la douleur et la surdité. La moitié supérieure de la couche dermoïde de la M. T., contre laquelle la masse cérumineuse avait évidemment passé, était rouge et fort tuméfiée; la moitié inférieure était saine.

(*A suivre.*)

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Concours pour l'agrégation en Anatomie.

Cinquième et dernière épreuve. — Thèses.

Les thèses ont été soutenues dans l'ordre suivant : *structure et usages de la rétine*, par M. Duval; *du tissu conjonctif ou lamineux*, par M. *Gillette*; *de l'épiderme et des épithéliums*, par M. Farabeuf; *des nerfs vaso-moteurs*, par M. Legros.

1° M. Duval a fait une excellente thèse de 150 pages : 75 pages pour la structure, 75 pages pour les usages de la rétine. Au point de vue anatomique, comme au point de vue physiologique, ce travail est complet; on le consultera avec fruit. L'auteur n'a fait qu'indiquer les détails d'anatomie descriptive pour entrer immédiatement dans le cœur du sujet. Il a, pour ainsi dire, débuté par la texture même des diverses couches de la rétine, et avec raison, car il devait avant tout se limiter et ne point sortir de la question.

Avec la plupart des auteurs modernes, M. Duval a décrit les dix couches admises par M. Schultze, dont la superposition constitue la membrane nerveuse qui tapisse le fond de l'œil. Il y a à peine cinquante ans on ne connaissait que deux couches dans la rétine : une couche nerveuse externe et une couche interne *limitante*. La première fut dédoublée en 1819 par Jacob, et le nombre des couches s'est accru insensiblement jusqu'à ce jour. Aujourd'hui, on les décrit dans l'ordre suivant : 1° membrane limitante interne; 2° couche des fibres du nerf optique; 3° couche des cellules nerveuses; 4° couche granulée interne; 5° couche granuleuse interne; 6° couche granulée externe; 7° couche granuleuse externe; 8° membrane limitante externe; 9° couche des cônes et des bâtonnets; 10° couche de pigment externe.

Nous ne pouvons ici faire une analyse de ce travail, dans lequel la question nous semble traitée complétement, et nous ajouterons aussi savamment.

Du reste, les compétiteurs de M. Duval ont reconnu eux-mêmes et à plusieurs reprises, le mérite incontestable de cette monographie. Au dire de ses argumentateurs, M. Duval aurait négligé de citer Meckel; il aurait dû faire un chapitre de physiologie pathologique, des applications de l'ophthalmoscopie, ainsi que de l'anatomie comparée; sa thèse aurait dû être faite pour être lue, même par les élèves inexpérimentés; pourquoi n'a-t-il pas parlé du liquide de Müller? etc. M. Duval a réfuté ces objections avec bonheur, ce qui lui était facile; mais il fallait bien être attaqué et se défendre pendant une heure, à la grande joie des juges et du public.

2° M. Gillette est venu à son tour défendre sa thèse sur le tissu conjonctif. Ce sujet difficile a été traité dans une monographie de 100 pages. M. Gillette a traité surtout l'anatomie générale du tissu conjonctif, et, à ce point de vue, sa thèse ne manque pas d'originalité.

M. Gillette, se défendant contre ses argumentateurs, s'est abrité derrière ses remparts. D'abord, il a affirmé carrément, c'était son droit, que pour lui il n'y a aucune distinction à établir entre *tissu conjonctif*, *tissu lamineux*, *substance conjonctive* et *tissu cellulaire*; « considérez ces expressions comme synonymes dans ma thèse », a-t-il dit à M. Duval. En second lieu, comme il l'a fort bien dit à M. Legros, M. Gillette est d'avis qu'on délaisse l'anatomie pour l'histologie. Nous le regrettons avec lui, mais M. Legros a exprimé à son tour le chagrin qu'il éprouve lorsqu'il entend certains anatomistes se vanter de ne point connaître les premiers éléments de l'histologie. En somme, ce sont là des querelles de mots, et M. Gillette s'est attiré quelques applaudissements en disant à plusieurs reprises : telle était l'opinion de tel micrographe à telle époque, telle est l'opinion du même aujourd'hui.

Quoique la thèse de M. Gillette mérite des éloges, nous croyons cependant, avec ses argumentateurs contre lesquels il s'est défendu souvent avec esprit : 1° que la substance conjonctive est toute autre chose que le tissu conjonctif; 2° qu'il n'eût pas été mauvais d'indiquer la série des tissus dérivés de la substance conjonctive; 3° que la matière amorphe du tissu conjonctif méritait une description un peu étendue.

Les fibres-cellules (fibres musculaires lisses) doivent-elles être considérées comme éléments accessoires du tissu conjonctif? Ces éléments ne sont-ils pas caractéristiques d'un autre tissu, le tissu musculaire?

Il existe une erreur typographique probablement, page 88, à l'explication de la rétraction du tissu inodulaire, car il est généralement admis que le tissu se rétracte à mesure que la matière amorphe disparaît; il n'est pas question de cette matière amorphe.

Un index bibliographique termine le travail de M. Gillette. Ce chapitre est à peu près complet, mais on se demande pourquoi certains ouvrages des plus récents ne sont pas mentionnés, lorsque M. Gillette s'est montré si sévère à l'égard de ses compétiteurs au sujet de la bibliographie.

3° La thèse de M. Farabeuf (290 pages) est peut-être un peu trop volumineuse. Moins de mots, plus de faits, se renfermer dans la question, voilà ce qu'il fallait. Néanmoins, cette monographie est excellente, et l'on peut en recommander l'étude.

M. Duval a fait un reproche juste à M. Farabeuf. En effet, que signifie l'expression *épithélium amorphe?* Ce n'est pas une couche amorphe comme le voudrait ce dernier. Une couche amorphe ne sera jamais un épithélium. C'est une membrane propre, une sorte de *basement membrane*. Pour qu'il y ait couche épithéliale, il faut une couche d'éléments épithéliaux, de cellules, pour être d'accord avec la définition des épithéliums, véritables éléments figurés.

A notre avis, M. Farabeuf a trop insisté sur la forme des diverses espèces d'épithéliums, pas assez sur les fonctions. La question de forme est subordonnée à celle de fonction, et nous aurions aimé voir étendre, dans ce travail, le rôle des épithéliums de sécrétion.

M. Farabeuf a réfuté un argument qui est venu assez malheureusement à la bouche de M. Gillette au sujet des cils vibratiles. Ce dernier candidat considère les mouvements des cils vibratiles comme une simple inclinaison suivie de redressement. Chaque

mouvement ayant la même étendue, M. Gilette ne croit pas que les cils vibratiles puissent faire cheminer des corps pulvérulents. « Du reste, a-t-il ajouté, j'ai entendu M. Sappey professer cette opinion à son cours. » Selon M. Gillette, les cils ayant deux mouvements successifs et contraires, ces filaments détruiraient, dans leur mouvement de redressement, le mouvement de progression qu'ils auraient imprimé aux corps pulvérulents pendant l'inclinaison. Cependant, personne aujourd'hui ne se refuse à admettre cette action des cils vibratiles qui se manifeste physiologiquement pour l'ovule. Des expériences nombreuses démontrent l'influence des cils sur le déplacement des corps pulvérulents. Enfin, il suffit de songer à la structure du poumon, aux maladies dues à l'abondance des poussières flottantes dans les ateliers des fondeurs en cuivre et dans les fabriques d'armes, à la coloration grisâtre ou noirâtre du mucus expectoré le lendemain d'un bal, etc., etc., pour être convaincu de l'action des cils vibratiles des bronches qui rejettent au dehors les poussières qui pénètrent dans l'air de la respiration. Du reste, les mouvements des cils vibratiles sont plus complexes, et M. Sappey n'a pu professer une semblable opinion.

4° Les nerfs vaso-moteurs ont été traités par M. Legros, qui a réfuté victorieusement toutes les objections de ses argumentateurs. L'un d'eux a surtout critiqué la méthode d'exposition adoptée par M. Legros et quelques omissions de l'index bibliographique. Il faut que l'on argumente, mais en vérité, il n'y a eu dans cette critique rien de fondé. Nous sommes de l'avis de M. Legros, qui n'avait pas à citer tous les auteurs qui ont écrit sur les nerfs vaso-moteurs, mais seulement ceux qui ont fait quelque travail original sur le sujet. Quant à l'ordre adopté, il nous paraît convenable ; c'est ainsi que l'auteur décrit d'abord l'origine, le trajet et la terminaison de ces nerfs, puis leurs propriétés, en divisant son sujet d'une manière irréprochable, qui sera appréciée de ceux qui liront cette thèse de 112 pages.

Après l'argumentation du vendredi 3 janvier, le concours s'est terminé par la nomination de M. Duval, nommé le premier à l'unanimité, et de M. Legros, nommé second avec une majorité de 6 voix sur 7.

Le candidat nommé en chimie a été M. Bouchardat.

Le jury a prononcé, et nous sommes heureux que nos appréciations du concours se trouvent d'accord avec les nominations de la Faculté.

Personne n'avait pu douter de la nomination au premier rang de M. Mathias Duval. Mais la lutte a été si vive, si honorable entre MM. Legros et Farabeuf, que l'on pouvait hésiter entre ces deux candidats. D'une part, M. Farabeuf s'était montré si bon professeur, si excellent démonstrateur ; d'autre part, M. Legros avait présenté des qualités si solides, une science si profonde, que les juges ont dû être fort embarrassés.

Pour nous, le résumé impartial de cette belle lutte nous conduisait au classement suivant :

1° M. Duval ; 2° MM. Legros, Farabeuf, *ex æquo*.

Mais il n'y avait que deux places à donner : le jury a donc eu le regret de faire un choix. Aussi l'opinion publique recevrait-elle une bien vive satisfaction en voyant le ministre accorder une place nouvelle d'agrégé en histologie, qui permettrait de rendre justice pleine et entière aux brillantes et profondes qualités développées dans ce concours.

SOUSCRIPTION

POUR LE BUSTE DE M. BAZIN

(Liste supplémentaire)

Total des listes précédentes	2,032 fr.
Sénac	50
Boucommont	20
Dubuisson	20
Gyoux	5
Total	2,127 fr.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Faculté de médecine de Paris. — M. Axenfeld, professeur de pathologie médicale à la Faculté de médecine de Paris, est autorisé à se faire suppléer dans son cours, pendant l'année scolaire 1872-1873, par M. Lecorché, agrégé près ladite Faculté.

M. Panas, agrégé près la Faculté de médecine de Paris, est chargé du cours complémentaire d'ophthalmologie près ladite Faculté.

M. de Soyre est nommé chef de clinique d'accouchements près la Faculté de médecine de Paris, en remplacement de M. Chantreuil, dont le temps d'exercice est expiré.

— *École pratique des hautes études.* — M. Topinard, docteur en médecine, est chargé des fonctions de préparateur du laboratoire d'anthropologie de l'École pratique des hautes études (3e section), établie près la Faculté de médecine de Paris, en remplacement de M. Hamy, appelé à d'autres fonctions.

MM. Debove, Malassez et Renaud, internes des hôpitaux de Paris, sont nommés répétiteurs près la 3e section de l'École pratique des hautes études, et attachés en cette qualité au laboratoire d'histologie du Collège de France.

— *Faculté de médecine de Nancy.* — M. Monoyé, agrégé près la Faculté de médecine de Nancy, est chargé d'un cours complémentaire d'ophthalmologie et de clinique ophthalmologique à ladite Faculté.

— *Faculté des sciences de Lyon.* — Par arrêté ministériel, il a été décidé qu'il y avait lieu de pourvoir, d'une manière définitive, à la chaire de zoologie et physiologie, vacante à la Faculté des sciences de Lyon.

— *École de médecine de Toulouse.* — M. Gaussail, professeur de pathologie interne à l'École préparatoire de médecine et de pharmacie de Toulouse, est admis, sur sa demande, à faire valoir ses droits à la retraite et nommé professeur honoraire.

M. Guitard, professeur adjoint de clinique interne à ladite école, est nommé professeur de pathologie interne, en remplacement de M. Gaussail.

M. Bonnemaison, suppléant pour les chaires de médecine proprement dite à la même école, est nommé professeur adjoint de clinique interne, en remplacement de M. Guitard.

M. Durac, chef des travaux anatomiques à ladite école, est maintenu dans ses fonctions pour une nouvelle période de trois ans.

— *École de pharmacie de Paris.* — M. Lextrait, préparateur des travaux pratiques de première année à l'École supérieure de pharmacie de Paris, est nommé préparateur des travaux pratiques de troisième année à la même école, en remplacement de M. Patrouillard, dont la démission est acceptée.

— *École de pharmacie de Nancy.* — M. Delcominète, suppléant à l'ancienne École préparatoire de médecine et de pharmacie de Nancy, est nommé en la même qualité à l'École supérieure de pharmacie de cette ville.

— *Lycée d'Évreux.* — M. le docteur Fortin est nommé médecin adjoint du lycée d'Évreux.

— Par arrêté du préfet de police, MM. les docteurs Blachez, Linas, Faure et G. Bergeron, sont nommés médecins inspecteurs des aliénés du département de la Seine, et MM. les docteurs Berthier et Laborde, médecins inspecteurs adjoints. M. Blachez est désigné pour Bicêtre et Sainte-Anne ; M. Linas, pour Ville-Evrard et Vaucluse ; M. Faure pour Charenton, et M. G. Bergeron pour la Salpêtrière.

— Notre éminent et regretté confrère, M. Louis, a légué à l'Association des médecins de la Seine une rente perpétuelle de quinze cents francs.

— La Société médicale du 6e arrondissement vient de procéder au renouvellement de son bureau pour l'année 1873. Ont été élus : président, M. le professeur Trélat; vice-président, M. Bonnefin ; secrétaire général, M. Billard ; secrétaire, M. Pruvost ; trésorier, M. Blondeau ; membres du conseil de famille, MM. Legrand du Saulle, Dumas, Duchaussoy, Brochin et Duchesne.

— M. le docteur Mallez fera, dans sa leçon de jeudi 9 janvier, les projections photo-micrographiques des dépôts de l'urine (amphithéâtre n° 3 de l'École pratique ; amphithéâtre du docteur Fort), à 7 heures et demie du soir.

— M. V. Cornil, agrégé libre, commencera jeudi 19 courant, à 8 heures du soir, dans le grand amphithéâtre de la Faculté, un cours qu'il continuera les mardis et jeudis suivants, à la même heure.

Objet du cours : Anatomie pathologique du poumon. Application à l'auscultation de la poitrine.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

La longévité humaine, ou l'art de conserver la santé et de prolonger la vie, par le docteur P. Foissac, médecin en chef de la maison d'éducation de la Légion d'honneur de Saint-Denis. Paris, 1873, 1 vol. in-8° de 568 pages. — Prix : 7 fr. 50. — J.-B. Baillière et fils.

Nouveau Dictionnaire de médecine et de chirurgie pratiques, illustré de figures intercalées dans le texte. Directeur de la rédaction : S. Jaccoud. Se composera d'environ 30 volumes gr. in-8° cavalier de 800 pages, avec figures intercalées dans le texte. Prix de chaque volume : 10 francs.

Les tomes I à XVI sont en vente.— Les principaux articles du tome XVI sont : *Genou*, par Panas ; *Géographie médicale*, par M. Rey; *Glandulaire* (Tissu), par Th. Laennec ; *Glaucôme*, par Cusco et Abadie; *Glycose*, par Buignet; *Goître* et *Goître exophthalmique*, par Luton; *Glycérine* et *Goudron*, par Héraud et Barrallier; *Goût*, par Math. Duval; *Goutte*, par Jaccoud et Labadie-Lagrave; *Gravelle*, par Desnos; *Greffe animale*, *Greffe épidermique*, par Math. Duval; *Grenouillette*, par Desprès; *Grippe*, par H. Gintrac, etc. — Paris, 1873, J.-B. Baillière et fils.

Histoire de la médecine et des doctrines médicales, par M. le docteur Bouchut. 2e édition. 2 vol. in-8°. — Prix : 16 francs. — Germer Baillière.

Des préparations microscopiques tirées du règne végétal et des différents procédés employés pour en assurer la conservation, par Johannes Gronland, Maxime Cornu et Gabriel Rivet. 1 vol. in 8° de 76 pages avec figures dans le texte. — Prix : 3 fr. Paris, 1872, F. Savy.

Le Directeur : Dr E. Le Sourd.

Paris. — Typographie A. Pougin, quai Voltaire, 13.

N° 3. — JEUDI 9 JANVIER 1873. 46e ANNÉE. JEUDI 9 JANVIER 1873. — N° 3.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Bureaux : 57, rue des Saints-Pères, 57
PRÈS L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix d'abonnement doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

On s'abonne hors de Paris dans les bureaux des Messageries et chez les Libraires
Les lettres non affranchies sont refusées.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui n'en peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS: Trois mois. . 8 fr. 50 c. — Six mois. . . 16 — — Un an. . . . 30 —

POUR L'ÉTRANGER le port en sus suivant les derniers tarifs des Postes.

Paris, le 8 janvier 1873.

SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

Les séances de l'Académie ne reprendront tout leur intérêt qu'après la séance solennelle.

Jusqu'alors, les rapports des commissions de prix, les rapports officiels adressés au ministre et concluant à des récompenses, occupent à peu près tout le temps que les élections laissent disponible.

S'il se soulève incidemment quelque question intéressante, on en remet l'examen à plus tard.

C'est ce qu'on a fait pour la partie vraiment importante du rapport de M. Gubler.

C'est ce qu'on vient de faire également pour une communication de M. Bouchardat qui, à toute autre époque, eut été le début d'une discussion instructive.

M. Bouchardat ne croit pas à la théorie de M. Chauffard sur l'étiologie du typhus. Voir dans cette maladie quelque chose de spécial à certaines races humaines, et qui ne peut atteindre les Français que par voie de contagion, lui semble une opinion étrange.

Il s'attache à prouver que partout, dans toutes les races, le typhus apparaît quand l'encombrement vient se joindre à une débilitation profonde de l'économie produite par des causes qui ont agi longuement, d'une façon continue.

Ainsi le temps seul aurait manqué pour faire éclater le typhus à Paris durant le siége. Nous sommes de cet avis.

Dans les dernières semaines du siége et dans celles qui suivirent, alors que la mortalité atteignait un chiffre effrayant, les maladies commençaient à revêtir un caractère spécial, une disposition qu'on ne saurait mieux définir que par le mot *typhique*.

L'aspect typhique, l'air absorbé, hébété, étourdi, l'odeur nauséabonde de l'haleine et des sécrétions cutanées, la lenteur des mouvements et des réponses, les rêvasseries, le subdelirium, le coma même venaient compliquer de plus en plus fréquemment certaines maladies qui y conduisent peu d'ordinaire.

Et, bien qu'on fut loin du typhus, du vrai typhus contagieux des armées, tel que mon père l'avait observée comme chirurgien militaire lors du blocus de Lille en 1813, cet excellent père, chargé avec moi, en outre d'un service vraiment hospitalier, des grands services des dépôts et des isolés de la ligne et de la mobile, ce qui faisait passer sous nos yeux plusieurs centaines d'hommes par jour, me faisait observer que les choses commençaient à prendre la marche qui avait fini par conduire au vrai typhus après les désastres du premier empire.

Le scorbut paraissait déjà comme il avait paru à Lille, comme il avait paru en Crimée, proche précurseur du typhus. Encore quelques mois, et certainement il n'aurait pas été possible à M. Chauffard de prétendre que la race française possède à ce point de vue quelque immunité.

Maintenant, il y a une question grave à étudier lorsque commencera la discussion.

Le typhus des armées, si éminemment contagieux que, de 24 chirugiens militaires arrivés à Lille en même temps que mon père, 21 en peu de semaines étaient emportés par l'épidémie, ce typhus est-il bien le même que le typhus d'Irlande, ou fièvre de famine ?

M. Bouchardat a fait remarquer avec raison qu'à l'étranger surtout on confondait sous le nom de typhus bien des maladies différentes. Mais lui-même a-t-il échappé absolument à de telles confusions ?

Si la fièvre de famine n'est pas le typhus des armées, son argumentation sur l'apparition du typhus dans toutes les contrées du monde se trouvera peut-être ébranlée.

Mais il n'en serait pas moins certain que le vrai typhus naît en général sous l'influence de l'encombrement chez des sujets débilités par causes physiques ou morales.

Dr Victor Révillout.

HOPITAL DES ENFANTS MALADES. — M. BOUCHUT.

Du zona et de l'herpès produit par la névrite (1).

(Leçon recueillie par M. F. LABADIE-LAGRAVE, interne du service.)

Certains auteurs, trop pressés de généraliser, ont admis des nerfs trophiques, et ont désigné sous le nom de *tropho-névroses* les troubles de nutrition liés aux altérations de ces prétendus

(1) Fin. — Voir le dernier numéro.

filets nerveux. (SAMUEL, *die trophischen Nerven*, p. 308. Leipzig, 1860.)

Or, quand on jette un regard sur les altérations cutanées qui se montrent dans le cours des affections de la moelle, on voit qu'il est nécessaire que la substance grise de la moelle soit atteinte pour que le trouble nutritif se produise.

Le zona se rattache de même à une lésion de la substance ganglionnaire, qui peut être consécutive à l'inflammation préalable du nerf ou la précéder. Dans le premier cas, la névrite est ascendante, et après avoir débuté sur les rameaux périphériques du nerf atteint, elle gagne les centres veineux en laissant sur le ganglion de la racine postérieure des traces évidentes de son passage, et cette altération réagit secondairement à son tour sur la nutrition des tissus innervés, d'où résultent ces troubles fonctionnels et ces éruptions cutanées dont je viens de vous rapporter le plus frappant exemple.

Ce processus dont je vous résume ici les traits principaux présente de nombreuses modalités, suivant les variétés de nerf atteint et peut-être aussi suivant la nature du travail morbide dont il est le siége.

Vous connaissez tous l'histoire des ophthalmies dites réflexes et des amauroses qui succèdent aux plaies du sourcil (1). C'est encore ici dans une névrite ascendante que nous retrouverons le chaînon, l'intermédiaire entre la lésion traumatique primitive et la lésion secondaire qui aboutit souvent à l'amaurose. Que se passe-t-il, en effet, en pareil cas? Le nerf sus-orbitaire contus, tiraillé, lacéré, rompu par le traumatisme, s'enflamme, l'irritation suit les tubes nerveux pour gagner le centre encéphalique, et en vertu des nombreux et inextricables filets anastomotiques dont elle sillonne la protubérance, cette névrite ascendante arrivée aux cellules d'origine du trijumeau, ne peut-elle pas se réfléchir sur une de ses branches, ou même gagner de proche en proche et atteindre enfin dans sa marche sourde et comme larvée les filets d'origine du nerf optique, où elle développera une névrite secondaire à extension centrifuge?

Depuis que j'ai appliqué l'ophthalmoscope au diagnostic des maladies du cerveau et des nerfs, j'ai pu voir chez un enfant de l'École des frères de Saint-Nicolas, atteint d'une plaie du sourcil, une névrite optique dans l'œil affecté, avec hyperémie excessive de la pupille se confondant avec la rougeur uniforme de la choroïde. J'ai reproduit dans mon *Atlas du diagnostic des maladies du système nerveux par l'ophthalmoscope*, 1865, fig. 16), le dessin de la rétine dans le cas de névrite optique consécutive à une lésion traumatique du nerf frontal. Je crois donc avoir fourni le premier la preuve anatomique de ces névrites ascendantes. Que cette lésion inflammatoire suive son cours, et elle aboutira au trouble nutritif, que nous pourrions rapprocher de ceux que nous avons précédemment indiqués, car il n'en diffère que par le siége. Dans notre premier exemple, la névrite lombo-sacrée a produit un zona inguino-crural. Dans le second, la névrite frontale produit une ophthalmie ou bien l'amaurose, c'est-à-dire l'atrophie de la pupille et du nerf optique.

Partout même processus, la lésion initiale reste toujours la même, la manifestation secondaire seule diffère en raison de la diversité des localisations anatomiques. Ici, comme dans tout trouble trophique consécutif aux lésions des nerfs, nous retrouvons la névrite soit directe, soit ascendante, comme principal anneau de la chaîne pathologique.

(1) E. Bouchut, *Traité de diagnostic des malades du système nerveux par l'ophthalmoscope*, Paris, 1865, 1 vol. in-8° avec atlas; page 370.

Si nous poursuivons cette intéressante étude en prenant les faits qui précèdent, ne trouvons-nous pas encore l'explication pathogénique d'une longue série d'affections dont la nature est restée longtemps ignorée? Qu'est-ce, en effet, que l'ophthalmie sympathique, sinon un trouble trophique du même genre, reconnaissant pour cause une pareille névrite ascendante? Vous connaissez tous le mot de notre immortel comédien : « Crevez-vous un œil, l'autre y verra plus clair. » Ce conseil, qui semble être une indigne moquerie, n'est-il pas à bon droit suivi par les plus habiles chirurgiens modernes en présence de certaines lésions oculaires, puisque l'œil sain s'intéresse à son tour, que la vision commence à s'affaiblir et que l'on a tout lieu de craindre le développement d'une ophthalmie sympathique. En pareil cas, la conduite à tenir n'est-elle pas dictée par le mot de Molière!

Désirant borner mon étude aux altérations produites exclusivement par les lésions des nerfs, je n'ai pas à m'occuper des affections du cerveau et de la moelle qui donnent lieu à de semblables phénomènes. Ce sujet a été traité par Charcot (*Leçons sur les maladies du système nerveux*, recueillies et publiées par Bourneville, 1872), et je n'ai qu'à vous renvoyer à ce livre.

Mais il n'y a pas seulement que les lésions des centres nerveux qui produisent des troubles nutritifs; les causes morales elles-mêmes peuvent exercer sur eux une certaine influence; je ne vous citerai ici comme exemple que l'hypertrophie du cœur, les troubles secrétoires de l'estomac, et la leucorrhée qui, dans quelques cas, reconnaissent une semblable origine, et je terminerai par un dernier exemple, qui démontre l'effet des causes morales sur la production du pigment. Sans parler de la canitie subite survenue chez un dénicheur d'aigle, au moment où il allait mettre la main sur ses aiglons, je vous rappellerai le fait curieux rapporté par Robin dans les mémoires de la Société de biologie : d'un nègre ayant blanchi tout à coup à la suite d'une vive frayeur. La photographie de ce singulier nègre pie a été présentée dans l'une des séances de cette savante Société, à laquelle j'avais l'honneur d'assister.

Tous les faits que je viens de vous signaler me semblent démontrer d'une façon irréfragable l'existence des altérations trophiques liées aux lésions ou aux troubles du système nerveux.

Je pourrais en multiplier encore la liste déjà longue et vous signaler, par exemple, l'influence que les lésions nerveuses et les névralgies exercent sur les sécrétions et sur la nutrition des organes et des tissus, si je ne croyais avoir déjà fait naître la conviction dans votre esprit et dissipé les doutes qui pouvaient l'obscurcir.

Il me reste maintenant, pour terminer, à vous dire quelques mots du traitement qu'il faut employer contre l'*herpès zoster* ou *zona*, soit dans sa période d'état, soit après sa disparition, lorsqu'il lui arrive d'être suivi de névralgies persistantes.

Au moment de l'éruption vésiculeuse, et pour calmer les douleurs brûlantes qu'on observe quelquefois à la peau, il faut *saupoudrer les vésicules avec de la poudre d'amidon ou de la poudre de sous-nitrate de bismuth*. Quelquefois on est obligé d'y mettre un cataplasme de farine de lin et de poudre de ciguë arrosé de laudanum.

Après dessiccation des bulles et disparition des croûtes, la douleur de la névrite se fait quelquefois encore sentir pendant quelques semaines. Dans ce cas, il faut appliquer une *bandelette vésicante* large de trois centimètres sur le point douloureux et la saupoudrer de deux centigrammes d'hydro-chlorate de morphine ou faire une *injection hypodermique* avec une solution de

deux centigrammes pour un gramme d'eau. Si cela ne suffit pas, on devra pratiquer l'*acupuncture* de façon à laisser les aiguilles trois heures en place, ou bien il faudra prescrire une série de douches de vapeur sur ce point douloureux.

OVARIOTOMIE

ADHÉRENCES TRÈS-ÉTENDUES ET TRÈS-SOLIDES DU KYSTE AVEC LA PAROI ABDOMINALE

GUÉRISON (1)

Par le docteur D'Olier (d'Orléans).

6 septembre. — La paroi abdominale se distend beaucoup. Les douleurs du ventre sont très-violentes. La plus légère pression est intolérable. Les vomissements sont arrêtés depuis minuit. Le corps a repris sa chaleur. Pouls à 100. Peau humide, chaude. Langue belle. Ventre extrêmement tendu et douloureux.

Frictions toutes les quatre heures avec le laudanum.

Bouillon, thé, limonade, une orange.

Le soir. — Une pilule d'opium de trois centigrammes.

7 septembre. — Sommeil léger jusqu'à 11 heures du soir. Cris incessants et douleurs atroces dans le ventre, jusqu'à 5 heures du matin. Ventre très-tendu et très-douloureux au toucher. Les anses intestinales se dessinent sous la peau. La voix est affaiblie. Pouls à 96. A 9 heures, vomissements de toutes les boissons qui ont été prises pendant la nuit. Dans la journée, nouveaux vomissements.

Diète. Eau albumineuse additionnée d'un peu d'eau de mélisse. Frictions laudanisées. Repos absolu.

Le soir, les douleurs sont calmées. Le ventre est moins tendu, et le palper abdominal supportable.

Une pilule d'opium. Madère très-étendu d'eau.

8 septembre. — Sommeil. Pas de douleur, pas de vomissement, pas d'épanchement dans le péritoine. Ventre beaucoup moins tendu. Peau fraîche; langue belle. La malade, gaie et souriante, demande à manger.

Soupe à l'oseille, madère étendu. Une pilule d'opium.

9 septembre. — Sommeil tranquille une partie de la nuit. Pouls à 80. Pas de douleur. Ventre ballonné.

Lavement à la guimauve miellé. Tapioka.

10 septembre. — État géneral satisfaisant. Le ventre est toujours tympanisé; la pression n'est nulle part douloureuse et la percussion démontre qu'il n'y a pas d'épanchement en aucune partie de la cavité péritonéale.

Trois tapiokas, camomille, madère étendu.

12 septembre. — Les journées du 11 et du 12 sont bonnes. Le pouls varie de 86 à 80. Trois épingles sont retirées, en laissant la 1re, la 3e, la 5e, etc. Il y a un peu de suppuration au niveau de l'ombilic, dans l'endroit traversé par une épingle. Il se fait aussi un peu de suintement autour du clamp.

Lavage à l'eau tiède, charpie sèche.

13 septembre. — Sommeil; langue belle; pouls à 86. La plaie du ventre est partout réunie. L'épingle d'en haut est retirée. Les fils collés à la peau sont laissés en place. Le météorisme a disparu. Nettoyage à l'eau chaude. Charpie sèche.

Lavement émollient.

Soupe, œufs, vin.

14 septembre. — Le clamp se détache. On ôte 3 épingles. Le pédicule s'enfonce, et la dépression ressemble à un deuxième ombilic au bas du ventre. Il ne reste qu'une épingle à la partie moyenne de l'incision; elle est conservée par mesure de précaution.

Tout le pansement consiste en un plumasseau de charpie mouillée appliqué sur le pédicule.

15 septembre. — La plaie va bien. Coliques légères. Diarrhée. Bismuth. Un quart de lavement laudanisé. Une pilule d'opium.

17 au 20 septembre. — La cicatrice est partout complète et solide. La malade boit et mange à sa volonté. Elle se lève plusieurs heures par jour et fait quelques tours dans la chambre.

21 septembre. — La malade se lève depuis 1 heure jusqu'au soir. La cicatrice de la plaie n'a que 0,10 par suite de la rétraction des parois abdominales.

26 septembre. — La malade descend de sa chambre et va faire une promenade dans la ville.

27 septembre. — A partir de ce jour-là, elle sort tous les jours. Les forces reviennent d'une manière sensible, et bientôt l'appétit devient insatiable, comme dans les convalescences de grandes maladies.

J'ai donné ces deux observations avec tous leurs détails pour montrer par quelles phases ces deux malades ont passé. Chez la première l'opération a été des plus simples. Les douleurs très-modérées, après que l'opération a été finie; cependant vers le cinquième jour, quand le clamp a été retiré, au moment où les règles arrivant cinq jours trop tôt, ont produit une certaine perturbation dans l'état général, il s'est fait une modification dans tout le pédicule qui se rétractait avec une grande rapidité, et on put craindre un instant que la guérison ne fût compromise.

Que serait-il arrivé, en effet, si ce pédicule à demi sphacélé était rentré dans le petit bassin?

Il est donc important, je pense, de rendre le pédicule le plus long possible, et au besoin, de disséquer un peu le kyste, pour diminuer les tiraillements de ce même pédicule et empêcher sa rentrée dans le ventre quand ses parois sont encore entourées de lambeaux sphacélés, après que le clamp a été enlevé. Il me semble prudent encore de traverser le pédicule d'une grosse et longue épingle en même temps que les téguments, au-dessous du clamp pour éviter par ce second moyen les dangers d'un retrait trop rapide.

Quant à la grossesse double survenue après l'ablation d'un ovaire, elle démontre d'une manière bien évidente qu'un seul ovaire suffit aux grossesses bigéminées ou trigéminées, puisque dans une seule vésicule de Graaf, ainsi que l'a fait voir M. Coste, on peut trouver plusieurs ovules.

La deuxième opération au premier abord semblait devoir être simple. Après chaque ponction la mollesse des parois abdominales permettait de sentir le kyste, et de le déverser pour ainsi dire dans l'une ou l'autre fosse iliaque, selon que l'on faisait pencher la malade à droite ou à gauche. On pouvait croire qu'il n'y avait pas d'adhérences; l'événement a bien prouvé le contraire; ce qu'il y a surtout de curieux à noter ici, c'est la présence de ces deux sacs emboîtés l'un dans l'autre; l'un aura été ponctionné et l'autre développé à sa face interne, aura grandi en s'unissant partout aux parois de celui qui l'entourait.

On ne peut s'empêcher d'admirer les ressources de la nature en présence d'un fait comme celui-ci. Les adhérences étaient extrêmement nombreuses, d'une solidité extrême, occupant presque toutes les parois antérieures et latérales du ventre. Elles ont été séparées, et déchirées violemment, et la guérison est survenue sans qu'il se soit fait une seule goutte d'épanchement dans le ventre, soit séreux, soit purulent. Cette malade a été guérie quand d'autres moururent pour une écorchure d'épingle! C'est bien le cas de dire comme Astley Cooper: Il y a des malades que rien ne peut tuer, et d'autres que rien ne peut guérir.

(1) Fin. — Voir les numéros des 10 décembre 1872 et 2-4 janvier 1873.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 6 janvier 1873. — Présidence de M. Depaul.

CORRESPONDANCE

La correspondance non officielle comprend :

1° Une lettre de M. le docteur Brissez, accompagnant l'envoi d'un pli cacheté. (Accepté.)

2° Un mémoire manuscrit intitulé : *Physiologie de la chèvre nourrice au point de vue de l'allaitement des nouveau-nés*, par M. Boudard. (Renvoyé à la commission de l'hygiène de l'enfance.)

M. Ricord offre en hommage à l'Académie une brochure intitulée : *De Paris à Meaux, en passant par Venise, Vienne, Pesth, etc.*

M. Larrey présente de la part de l'auteur, M. Gorg, une *Étude comparative des hôpitaux, tentes et baraques.*

LECTURE

Sur l'étiologie du typhus. — M. Bouchardat, rappelant la théorie que M. Chauffard a récemment développée sur l'étiologie du typhus, déclare que, quant à lui, il n'est pas convaincu de l'inexactitude des théories anciennes. Le typhus lui paraît toujours exiger pour naître la réunion de deux éléments essentiels : 1° ruine de l'économie, 2° encombrement. Il existe, il est vrai, beaucoup de maladies qui semblent spéciales à certaines races et à certaines localités. Le typhus des bêtes à cornes paraît se développer seulement dans les steppes et au milieu de la race spéciale qui les habite. La fièvre jaune est une maladie américaine, pour laquelle les noirs ont une immunité, qu'on a constatée durant la campagne du Mexique : alors que les troupes venant des Antilles et de race blanche étaient décimées malgré leur acclimatement, en arrivant à la Vera-Cruz, deux régiments noirs, amenés l'un des Antilles et l'autre d'Égypte, ont joui d'une presque complète immunité.

Le choléra asiatique, la peste égyptienne, ont aussi leurs pays d'origine, leur patrie, d'où elles se répandent ensuite par propagation de l'un à l'autre, par contagion.

En est-il de même du typhus? Il n'y a pas de bonne raison pour le penser.

Le typhus est la résultante de plusieurs facteurs, dont les principaux sont la famine et l'encombrement. Toutes les fois qu'il y a encombrement d'affamés le typhus naît.

En 1846, l'année avait été généralement mauvaise, la maladie des pommes de terre se joignant à des conditions climatériques défavorables, avait amené la famine, surtout dans les contrées pauvres de l'Europe, dans les pays du Nord, dans l'Irlande, dans les Flandres belges. Bientôt le typhus apparut, et il fit plus d'un million de victimes.

Il y a quelques années, la famine commença à régner en Finlande; dès lors on pouvait prévoir que le typhus y serait bientôt, et c'est en effet ce qui arriva.

En Algérie, par suite d'une sécheresse excessive et des ravages des sauterelles, le blé vint à manquer, la famine atteignit bientôt des proportions considérables. Les Arabes qui d'abord mouraient de faim chez eux, se mirent à se grouper autour des grands centres de population dans l'espoir d'y recevoir quelque secours. Encore là on ne tarda pas à voir le typhus, et ce fut surtout en empêchant le plus possible l'encombrement qu'on en limita les ravages sur certains points. Le fils de M. Bouchardat, médecin militaire, eut beaucoup à se louer d'une mesure qu'il prit d'accord avec le chef du bureau arabe. Il fit distribuer les malades dans trois ambulances distinctes, au lieu de les réunir comme on le faisait ailleurs.

Le facteur famine est donc efficace au plus haut degré, mais il n'est pas indispensable, il peut être remplacé par un ensemble d'autres causes ayant également pour effet d'amener la ruine de l'économie.

C'est ainsi que, durant le siége de Sébastopol, la fatigue, le froid, les pluies continues, puis les privations antérieures, les maladies, le choléra, la dysentérie, enfin une réparation insuffisante, une famine relative, et le scorbut avaient produit une débilitation profonde de nos soldats quand le typhus se déclara et fit tant de victimes.

Pourquoi donc ne parut-il pas durant le siége de Paris? durant celui de Metz? Ne trouvait-il pas réunies les conditions encombrement, famine?

On souffrit certainement de la faim à Paris, mais on la supporta avec un grand courage, on s'ingénia pour tirer partie de toutes les ressources qu'on possédait, on fit chaque jour des distributions aux indigents, dans une proportion aussi grande que possible; quand l'alimentation devint insuffisante, on y suppléa autant que possible, en distribuant un demi-litre de vin par tête chaque jour. En un mot, chacun se multiplia, chacun se dévoua, on fit au delà de ce qui paraissait exécutable, et parmi les causes de décès, on ne vit pas figurer celle-ci : *mort de faim.* D'ailleurs, la meilleure preuve qu'on n'était pas encore assez profondément, et depuis assez longtemps débilité pour donner naissance au typhus, c'est que le siége terminé, la mortalité s'abaissa très-vite au-dessous même de la moyenne. En un mot, la continuité a manqué. A Sébastopol, le typhus n'a fait son apparition que vers la fin du siége. A Paris, aucune classe de la population n'a souffert très-longtemps. Le pauvre était mieux partagé que le riche. A aucune époque, la charité n'a fait de pareils prodiges.

En Irlande, au contraire, dans les pays du Nord, quand la famine apparaît, les pauvres meurent littéralement de faim. Les Irlandais qui s'embarquaient pour l'Amérique lors de la famine de 1846 étaient si affaiblis qu'ils mouraient presque tous durant la traversée.

Si donc, à Paris, la continuité a fait défaut, si la famine n'y a jamais été absolue pour personne, à plus forte raison à Metz, où l'on avait beaucoup plus de viande qu'à Paris, et où le siége a été bien plus court.

On dit que le typhus régnant dans l'armée assiégeante aurait dû atteindre les assiégés s'ils n'avaient pas d'immunité spinale.

Mais d'abord, les médecins étrangers confondent souvent avec le vrai typhus le typhus exanthématique ou abdominal, qui ne présente avec lui aucune analogie. C'est ainsi que la cause *typhus* figure toujours, en Angleterre, sur les tableaux de la mortalité.

Puis on ne peut pas dire que les Français aient une immunité pour le typhus, puisque, devant Sébastopol, ils en furent atteints bien plus sévèrement que les Anglais et les autres.

En résumé, le typhus est une maladie de tout pays et de toute race. On le trouve en Amérique, en Afrique, dans le nord de l'Europe, en Asie, en Perse, partout où les deux grandes causes : *encombrement, ruine de l'économie,* se trouvent longuement associés. Si la France y échappe, en général, c'est parce que la France a des ressources admirables. Les productions de son sol suppléant l'une à l'autre n'y permettent pas de vraies famines. L'esprit d'initiative, la charité privée et publique, les bonnes mesures que prend une administration prévoyante écartent le danger dès qu'il paraît. Ainsi, les dernières épidémies de typhus s'étaient produites dans les prisons. Maintenant, le typhus des prisons n'est qu'un souvenir, grâce à la surveillance et aux soins attentifs des inspecteurs et surtout des médecins.

La peste aussi a disparu d'Egypte depuis plus de vingt ans, depuis que nous y avons des médecins sanitaires, et on l'y croyait endémique.

Espérons qu'il en sera de même du typhus, et qu'une hygiène bien entendue le fera bientôt disparaître du monde entier.

M. Bouley. Je demande la parole pour quelques mots seulement.

M. le Président. Plusieurs orateurs se sont fait inscrire; mais la discussion ne peut commencer aujourd'hui.

M. Bouley. Je n'ai pas à parler de la discussion elle-même, mais d'un détail qui ne devra pas figurer dans la discussion.

M. le Président. Vous avez la parole pour quelques mots.

M. Bouley. M. Bouchardat paraît croire que la race bovine des steppes a le fâcheux privilége d'engendrer le typhus des bêtes à

cornes. Cette erreur régna dans la science jusqu'au premier quart de ce siècle. On croyait alors que la race des steppes était prédisposée au typhus de manière à pouvoir même l'engendrer en dehors des steppes. Rien n'est plus faux. Dans les distilleries de Vienne et de Gallicie, il se trouve beaucoup de sujets de cette race, et jamais ils ne contractent le typhus autrement que par contagion. Le typhus est donc une maladie tellurique, et encore ne faudrait-il pas dire que ce soit une maladie des steppes en général. Il paraît démontré que certaines steppes de l'Asie en sont seules le point de départ. Une fois qu'elle s'y est développée, elle se propage par contagion. Aussi la Russie essaye-t-elle de protéger ses provinces d'Europe par un cordon sanitaire. En un mot, si la race dite des steppes est le point de départ du typhus des bêtes à cornes, c'est parce qu'elle est dans le pays où la maladie se développe. Elle n'y est pas plus prédisposée, mais plus exposée.

M. BOUCHARDAT. C'est ce que je voulais dire.

RAPPORTS

M. TARNIER lit son rapport sur le prix Capuron. Six mémoires ont été envoyés à l'Académie. M. Tarnier propose de récompenser celui qui porte le n° 5. C'est un des deux qui ont pris pour devise : *Felix qui potuit rerum cognoscere causas.*

M. DEVILLIERS donne lecture du rapport annuel de la commission permanente d'hygiène de l'enfance.

A 5 heures, l'Académie se forme en comité secret pour voter sur les conclusions relatives au prix Capuron.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 26 décembre 1872 — Présidence de M. DOLBEAU.

RAPPORTS DES PRIX

Rapport sur le prix Laborie. — Au nom d'une commission composée de MM. Blot, Verneuil, Le Fort, Guéniot et Paulet, *rapporteur.* — M. PAULET. Messieurs, la commission que vous avez chargée d'examiner les travaux envoyés à la Société de chirurgie pour concourir au prix Laborie, a dû prendre connaissance de cinq mémoires dont j'ai à vous présenter une analyse succincte, en vous signalant ceux de ces travaux qui ont particulièrement frappé notre attention.

Le mémoire n° 1 comprend deux parties bien distinctes, ou pour mieux dire, deux mémoires séparés, quoique se rapportant à des questions essentiellement connexes. La première de ces parties est intitulée : *De l'état des veines et en particulier des veines inter et intra-musculaires à la surface et au voisinage des plaies en suppuration. Rapport de cet état avec la théorie embolique, la pyohémie.* La seconde partie a pour titre : *Note pour servir à l'histoire de la phlébite inguinale consécutive à la compression de l'artère fémorale au pli de l'aine.*

Le simple énoncé de ces deux titres vous démontre suffisamment qu'il ne s'agit point là d'une découverte scientifique dont l'auteur puisse revendiquer la priorité. Depuis plusieurs années, en effet, ces questions ont été portées devant la Société de chirurgie, et développées avec un incontestable talent par un de ses membres les plus actifs. Cependant, malgré cette absence d'originalité, quant au fond, on ne saurait se dissimuler que le travail dont j'ai l'honneur de vous rendre compte ne soit une œuvre recommandable et de nature à jeter un jour nouveau sur ce point encore litigieux de nos connaissances en pathogénie. Des observations consciencieusement rédigées, des dissections délicates et laborieuses ont permis à l'auteur de démontrer d'une façon convaincante la possibilité, je dirais presque la facilité du passage du pus sécrété par la plaie dans les veines voisines restées perméables, ainsi que la thrombose des veines intra-musculaires enfouies dans le corps même des muscles qui font partie des parois ou des surfaces de la plaie. Il va sans dire que, dans tous les cas, les sujets avaient succombé à la pyohémie, et que la lésion veineuse semblait manifestement avoir été le point de départ des abcès métastatiques révélés par la nécropsie.

Les observations contenues dans la seconde partie prouvent également que la compression de l'artère fémorale au pli de l'aine peut déterminer une péri-phlébite inguinale et un thrombus de la veine fémoro-iliaque susceptible de donner lieu à des embolies pulmonaires.

En résumé, si l'auteur s'est engagé dans une voie déjà ouverte par d'autres, il l'a parcourue en l'élargissant, et, à ce titre, votre commission se plait à lui reconnaître un mérite réel.

Le mémoire n° 2 porte pour épigraphe : « *La chirurgie de l'avenir doit être la chirurgie conservatrice* ». Il a pour titre : *De l'immobilisation dans le traitement des fractures des membres à l'aide des bandages silicatés et des appareils à attelles plâtrées* ». On chercherait vainement dans ce travail autre chose que ce que l'on trouve dans la plupart des ouvrages classiques. La première partie contient une description résumée de tous les bandages d'appareils actuellement en usage pour le traitement des fractures des os longs. Dans la seconde partie, l'auteur passe successivement en revue les différentes fractures dont les membres peuvent être le siége; il insiste plus particulièrement sur les avantages des appareils plâtrés et silicatés, en citant quelques observations à l'appui. Permettez-moi, messieurs, de ne pas m'arrêter plus longtemps à l'analyse de cette compilation. Tout en rendant justice aux patientes recherches et au zèle de l'auteur, votre commission regrette cependant qu'il ait donné à son travail une forme purement descriptive, et, qu'à défaut d'idées nouvelles, il n'ait pas fait une part un peu plus large aux appréciations critiques.

L'auteur du mémoire n° 3 s'est proposé de réhabiliter une opération bien discréditée aujourd'hui ; je veux parler de l'abaissement du cristallin cataracté. Pour tout chirurgien un peu au courant de l'ophthalmologie actuelle, il y a là évidemment une tendance rétrograde; aussi votre rapporteur croit-il ne pas trop s'avancer en vous disant que chacun des membres de votre commission s'est senti saisi d'un certain sentiment de défiance en commençant la lecture de ce travail. Pourtant, nous devons être justes et reconnaître que loin de se borner à de simples assertions, l'auteur a fait valoir, en faveur de la thèse qu'il soutient, des arguments de quelque valeur, qu'il a discuté la question en homme compétent, et qu'il appuie ses conclusions sur une expérimentation aussi complète que le temps et les circonstances le lui ont permis; réalisant ainsi, du moins à ses propres yeux, le judicieux précepte contenu dans cette épigraphe, qu'il emprunte à Lamotte : « La sagesse, dans les sciences, consiste à n'adopter des grands maîtres que ce que la raison et l'expérience démontrent. » Quelques lignes me suffiront pour vous esquisser à grands traits les points originaux de ce travail.

Dès le début de sa carrière, l'auteur opérait toutes ses cataractes par extraction, mais il n'eut pas lieu d'être satisfait du succès de ses opérations. Conduit par ces revers à pratiquer la réclinaison selon la méthode ancienne, il vit que, dans des cas identiques en apparence, les résultats étaient tantôt excellents, tantôt détestables, ce qui l'amena à chercher la raison de ces différences. D'après lui, les accidents observés après la réclinaison du cristallin tiennent à ce que l'on abaisse en masse tout l'appareil cristalinien, c'est-à-dire la lentille et son enveloppe, d'où une lésion des membranes internes de l'œil, la déchirure des insertions de la cristalloïde, le tiraillement de la zonule de Zinn, etc., indépendamment de la présence, au milieu du globe oculaire, d'un corps étranger absolument rebelle à l'absorption. Au contraire, divise-t-on très-largement les deux feuillets de la cristalloïde? On évite ainsi la déchirure de la zonule de Zinn et ses conséquences fâcheuses; en outre, le cristallin *seul* est abaissé. Or l'expérience démontre que la lentille, mise directement en contact avec l'humeur vitrée par toute sa surface extérieure, est susceptible de subir une résorption complète. Chez trois opérés, le cristallin a remonté et a reparu derrière la

pupille ; mais, le sachant bien dépouillé de ses enveloppes, l'opérateur n'a point cherché à le déplacer de nouveau, espérant que l'absorption le ferait disparaître. Dans ces trois cas, le résultat prévu ne s'est pas fait attendre et la vision s'est parfaitement rétablie.

Voici comment l'auteur arrive à réaliser cette énucléation préalable du cristallin.

Il ponctionne la sclérotique à 3 ou 4 millimètres en dehors de la cornée, un peu au-dessus du diamètre transverse du globe oculaire; il plonge son aiguille directement vers le centre du corps vitré. Il la ramène ensuite d'arrière en avant, et, dans son second temps, divise largement la cristalloïde postérieure, par une incision cruciale. Puis il s'occupe de la réclinaison qui s'opère toujours sans résistance et sans déchirure. Dans un quatrième temps, il fait, à la cristalloïde antérieure, une grande incision cruciale qu'il considère comme très-importante pour le succès de l'opération. Enfin il retire l'aiguille.

Si l'on tient à la statistique annexée au mémoire, les résultats de cette opération sont vraiment admirables. Seize opérés, quinze guéris! jamais d'accidents inflammatoires! jamais de cataractes secondaires. Les succès sont-ils exclusivement attribuables au procédé opératoire suivi, ou dépendent-ils de quelque autre circonstance? Votre commission craindrait de se prononcer à cet égard; car elle ne possède pas entre les mains des éléments suffisants pour résoudre la question. Toutefois, cette réserve faite, il ne lui en coûte pas de reconnaître que le travail dont j'ai l'honneur de vous entretenir est l'œuvre d'un homme qui sait et qui cherche.

« *Mémoire sur les plaies intestinales. Description d'une nouvelle suture et application de cette suture à la taille hypogastrique.* » Tel est le titre du mémoire n° 4 dans lequel nous trouvons la description de trois appareils destinés aux sutures transversales, aux sutures longitudinales et aux sutures obliques de l'intestin.

L'appareil pour les sutures transversales rappelle l'appareil de Denan, dont il n'est guère qu'une simple modification. Il se compose de deux viroles qui, au lieu d'être maintenues par une troisième virole concentrique aux premières, sont pourvues de pointes qui leur permettent de s'affronter bout à bout, de manière à former un seul cylindre creux.

L'appareil pour les sutures longitudinales est constitué par deux petites baguettes plates, garnies de liége sur un de leurs grands côtés et munies, sur ce même côté, de pointes qui traversent le siége et font saillie au dehors. Pour réunir une plaie longitudinale, on applique l'une de ces baguettes sur la surface interne d'une des lèvres de la plaie, de façon à ce que les pointes traversent les tuniques intestinales de dedans en dehors. L'autre baguette est appliquée de la même façon sur l'autre lèvre. Saisissant alors de chaque main une baguette, on les réunit en une seule, en faisant affronter dos à dos les lèvres de la plaie, qui se trouvent alors comprimées entre les baguettes.

Pour les plaies obliques, on se sert de baguettes analogues aux précédentes, auxquelles on donne seulement une courbure en rapport avec le plus ou moins d'obliquité de la plaie.

Quant à l'application que l'auteur prétend faire de ses petites baguettes à la réunion de la plaie faite à la vessie par la taille hypogastrique, elle nous a paru médiocrement heureuse et d'une utilité au moins douteuse. Au reste, quel jugement porter sur un travail de ce genre, uniquement consacré à la description, et dans lequel la partie expérimentale fait absolument défaut. Votre commission a pu certainement apprécier l'ingéniosité de l'auteur, mais elle ne pouvait être fixée, même approximativement, sur la valeur des instruments qu'il préconise.

Le mémoire n° 5 a pour titre : *Recherches expérimentales sur la capsule du cristallin*, et pour épigraphe : *Laboremus*. Il commence par une étude anatomique, histologique et physiologique du sujet, étude riche en documents historiques, en faits intéressants, et complétée par les recherches personnelles de l'auteur. Une seconde partie traite de la nosologie de la capsule, c'est-à-dire des opacités capsulaires et des cataractes secondaires. Enfin, dans un dernier chapitre relatif aux applications chirurgicales, on trouve l'exposé des différentes méthodes de kystotomie et l'application des procédés proposés dans ces dernières années pour effectuer l'ablation de la cristalloïde, soit pendant une première opération d'extraction, soit à la suite de cataractes secondaires. Ce travail se recommande autant par le choix du sujet que par la façon sérieuse dont l'auteur l'a traité, et, si l'on peut lui reprocher, avec quelque raison, le manque d'aperçus nouveaux, on doit ajouter qu'il établit nettement l'état de la question et qu'il dénote, chez son auteur, une connaissance approfondie des théories et des faits afférents à l'ophthalmologie.

Après avoir pris connaissance de ces cinq mémoires, votre commission n'a pas eu un seul instant d'hésitation, et, tout en rendant justice aux qualités diverses que présentent ces travaux, elle a déclaré à l'unanimité qu'il n'y avait pas lieu de décerner, cette année, le prix Édouard Laborie. Toutefois, les trois mémoires inscrits sous les nos 1, 3 et 5 lui ont paru mériter plus qu'une simple mention, en raison de leur incontestable valeur. Elle a cru, en outre, équitable d'établir une distinction entre ces travaux et de vous signaler en première ligne le mémoire n° 5 comme supérieur aux deux autres, tant par les recherches personnelles de l'auteur que par la façon complète dont la question y a été développée.

Elle vous propose, en conséquence, d'accorder, à titre d'*encouragement :*

1° Une somme de 800 francs à l'auteur du mémoire n° 5 portant pour épigraphe : *Laboremus*, et pour titre : *Recherches expérimentales sur la capsule du cristallin;*

2° Une somme de 500 francs à l'auteur du mémoire n° 1 (sans épitaphe), intitulé : *De l'état des veines et en particulier des veines inter et intra-musculaires à la surface et au voisinage des plaies en suppuration;*

3° Une somme de 500 francs à l'auteur du mémoire n° 3, sur l'abaissement de la cataracte, portant pour épigraphe : *La sagesse, dans la science, consiste à n'adopter des grands maîtres que ce que la raison et l'expérience démontrent.*

(*A suivre.*)

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Par décret en date du 31 décembre 1872, ont été nommés ou promus dans l'ordre de la Légion d'honneur.

Au grade de commandeur : M. Fleschut, médecin principal à l'hôpital de Vincennes.

Au grade de chevalier : MM. les médecins-majors Servent, Rebstock, Baudon, Millon, Ferron, Delmas, Morisson; M. Percheron, aide-major; Fressanges-Lafon, pharmacien-major.

— Par décret en date du 31 décembre 1872, ont été promus dans le corps de santé militaire :

Au grade de médecin principal de 1re classe : MM. Meurs et Marchessaux.

Au grade de médecin principal de 2e classe : MM. Suret, Reeb et Cuignet.

Au grade de médecin-major de 1re classe : MM. Termonia, Goureau, Blin, Haxer et Farine.

Au grade de médecin-major de 2e classe : MM. Comte, Berger, Senut, Bellet, Morin, Alphant, Thiébaut, Boudot, Frenoy, Bouchardat et Jeanmaire.

Au grade de médecin aide-major de 1re classe : MM. Zuber, Cheviet, Strauss, Pau de Saint-Martin, Jobert, Sedan, Doubre, Cluzan, Lubanski, Faucon, Anziani, Aubert, Darricarrère, Gorsse, Fritz, Forgues, Duprey, Castaing, Mulot, Margantin.

Duchêne, Larger, Grosclaude, Baudouin, Marestaing, Lallemand, Lefort, Heuyer, Juloux, Rivet, Michaud, Fonsart, Laurent, Pons, Pagès, Gils, Fournier, Renaud, Tanfin, Pezaud.

Grandjux, Gobillot, Devoisins, Lafite, Pelloux, Cortial, Sturne, Dankin, Oger, Kopff, Aubry, Le Rouviltois, Bonhomme-Lacour, Robert, Cruzel, Jublot, Cordier, Charropin, Danjon.

Au grade de pharmacien-major de 2e classe : M. Ulrich.

Au grade de pharmacien aide-major de 1re classe : MM. Leroy, Masson, Aumignon, Passabosc, Clément, Fromont, Raby, Janin, Mather, Bernard, Décobert, Bonnarel, Delahousse, Haas et Viennet dit Bourdin.

— Par décision ministérielle en date du 23 décembre 1872, M. Clan, médecin auxiliaire au 87e de ligne, a été nommé élève du service de santé militaire.

— Par décision ministérielle, en date du 24 décembre 1872, MM. Sueur, de Beaurepaire et Mougenc de Saint-Avid, ont été nommés médecins stagiaires à l'Ecole du Val-de-Grâce.

— *Val-de-Grâce.* — Un concours pour un emploi de professeur agrégé (clinique chirurgicale) à l'Ecole du Val-de-Grâce, s'ouvrira à Paris le 10 juin prochain.

— *École de médecine d'Alger.* — Un concours pour la place de préparateur de chimie et d'histoire naturelle s'ouvrira le 15 mars 1873.

La durée de ces fonctions est de trois ans. Le préparateur jouit d'un traitement annuel de six cents francs, et peut être en même temps interne à l'hôpital civil.

— *Hôpitaux de Bordeaux.* — M. le docteur Lannelongue est nommé chirurgien titulaire de l'hôpital Saint-André, en remplacement de M. le docteur Segay, parvenu à la limite de ses fonctions.

M. le docteur Demons a pris, le 1er janvier, le service de chirurgien titulaire de l'hôpital des Enfants-Assistés.

— *Hôpital civil d'Alger.* — M, le docteur Sésary, à la suite d'un brillant concours, est nommé médecin de l'hôpital.

— *Hôpitaux de Lyon.* — Un concours pour une place de médecin près les hôpitaux s'ouvrira à l'Hôtel-Dieu de Lyon le 20 janvier prochain.

— Nous avons le regret d'annoncer la mort de M. le docteur Doat (de Lacaune) qui a succombé, à l'âge de 32 ans, à la suite d'une piqûre anatomique.

— C'est par erreur que le cours de M. V. Cornil a été annoncé pour le 19 : il commencera aujourd'hui jeudi, 9 courant, à 8 heures du soir.

Le Directeur : Dr E. Le Sourd.

Paris. — Typographie A. Pougin, quai Voltaire, 13.

N° 4. — SAMEDI 11 JANVIER 1873. 46e ANNÉE. SAMEDI 11 JANVIER 1873. — N° 4.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Bureaux : 57, rue des Saints-Pères, 57
PRÈS L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix d'abonnement
doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

On s'abonne hors de Paris
dans les bureaux des Messageries et chez les Libraires
Les lettres non affranchies sont refusées.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui n'en peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS
Trois mois. . 8 fr. 50 c.
Six mois. . . 16 —
Un an. . . . 30 —

POUR L'ÉTRANGER le port en sus suivant les derniers tarifs des Postes.

REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE

Traitement du tremblement mercuriel et du tremblement sénile par l'hyoscyamine.

M. le docteur Oulmont, poursuivant la série des expérimentations thérapeutiques qu'il a entreprises et dont nous avons déjà signalé quelques heureux résultats, vient de faire connaître, dans une petite brochure qu'il a fait présenter tout récemment à l'Académie de médecine, les effets qu'il a obtenus de l'emploi du principe actif de la jusquiame, l'hyoscyamine, dans le traitement de plusieurs névroses, et en particulier du tremblement mercuriel et du tremblement sénile.

Avant d'entreprendre ses études cliniques sur l'hyoscyamine, M. Oulmont a d'abord cherché à déterminer, par des expériences sur les animaux, son action physiologique.

De ces expériences sur les animaux, il est ressorti ces deux points : 1° que l'hyoscyamine a une action manifeste sur la circulation capillaire, la diminuant à faible dose, la paralysant à doses élevées ; 2° qu'elle n'a pas d'action sur le système nerveux de la vie de la relation, la sensibilité n'étant point modifiée ou n'étant seulement qu'émoussée quand on administre cet agent à fortes doses.

Ne s'arrêtant pas à l'apparente contradiction qui paraissait exister entre ce dernier résultat de l'expérimentation et les effets thérapeutiques généralement attribués à la jusquiame, M. Oulmont a institué une première série d'expériences cliniques portant sur 11 malades atteints de névralgies de divers siéges (2 névralgies occipitales, 1 cervico faciale, 2 faciales, 1 intercostale et 5 sciatiques).

Sur ces 11 malades, 3 ont été traités par des pilules contenant 1 milligramme d'hyoscyamine. Pour les autres, on a eu recours aux injections hypodermiques avec une solution au cinquantième. Les doses employées ont été, au début, de 2 milligrammes, portées graduellement à 8 ou 10 par jour.

On a obtenu ainsi la guérison de deux névralgies occipitales en trois à cinq jours, de trois névralgies cervico-faciales en quatre jours, d'une névralgie intercostale en six jours. Les névralgies sciatiques ont guéri, l'une le 11e, une autre le 15e jour ; une n'a guéri qu'au bout de deux mois, une quatrième au bout de deux mois et demi. Une dernière n'a pas été améliorée.

Ces résultats, bien que satisfaisants, n'ont paru à M. Oulmont ni plus marqués ni plus rapides que ceux que l'on obtient par la plupart des narcotiques, notamment par l'opium et la belladone. Il a remarqué même que l'hyoscyamine ne possédait ni la même sûreté ni la même certitude d'action que ces deux derniers agents. Aussi ne la considère-t-il que comme un succédané, en tant que narcotique.

Mais il en a été tout autrement en ce qui touche l'emploi de l'hyoscyamine dans le traitement du groupe d'affections nerveuses et convulsives désignées sous le nom collectif de tremblements.

L'idée d'employer l'hyoscyamine contre les tremblements, — idée qui n'était pas d'ailleurs sans précédent — lui a été suggérée en partie par ce fait expérimental curieux que les animaux infectés par cette substance sont pris d'un état de semi-paralysie musculaire passagère, paraissant résulter du ralentissement de la circulation capillaire des centres nerveux et particulièrement de la moelle épinière.

Quoi qu'il en soit de cette induction, voici les résultats très-remarquables que nous relevons dans le travail de M. Oulmont.

Le premier malade de cette catégorie, traité par l'hyoscyamine, était un homme de 45 ans qui, depuis six ans, était atteint de tremblement mercuriel. Au début des accidents, il avait été traité sans aucun résultat par l'iodure de potassium, les toniques, l'électricité, les bains sulfureux, le bromure de potassium, l'opium, etc. Après deux mois de tentatives infructueuses, le mal empirant toujours, ce malade fut mis à l'usage de l'hyoscyamine à la dose de 3 milligrammes par jour. Malgré quelques légers symptômes d'intoxication tels que sécheresse du pharynx, dilatation des pupilles, soif, rêvasserie, on continua le médicament en augmentant la dose, qui fut portée successivement jusqu'à 17 milligrammes.

Dès le cinquième jour du traitement, une amélioration notable se manifesta. Les mouvements de la main commençaient à se régulariser ; le sommeil était devenu plus calme, les rêves et les hallucinations avaient disparu. Peu à peu le tremblement des mains cessa. On diminua alors la dose de l'hyoscyamine, qui fut continuée à dose décroissante pendant environ un mois. Tous les accidents disparurent graduellement et avaient complétement cessé après un traitement par l'hyoscyamine de deux mois et demi de durée.

Le deuxième malade était un ouvrier travaillant depuis douze ans dans la feutrerie, et qui depuis trois ans avait été atteint d'abord d'affaiblissement des extrémités inférieures, accompagné de secousses, puis de céphalalgie sourde, gravative, continue, avec des hallucinations et des cauchemars ; et bientôt, le tremblement augmentant, le malade n'avait pas tardé à tomber dans un état de cachexie profonde. A son entrée à l'hôpital, le tremblement occupait tout le corps, la démarche était difficile, chancelante ; la préhension des objets presque impossible. Ces symptômes étaient aggravés par des accidents cérébraux.

Le malade, mis immédiatement à l'usage de l'hyoscyamine, à la dose de *deux* milligrammes, portée bientôt à *trois* et *quatre*, éprouva une amélioration sensible le neuvième jour. Mais l'amélioration, à dater de ce moment, alla augmentant chaque jour, le médicament étant graduellement élevé jusqu'à la dose de *douze* milligrammes. Le malade put sortir au bout de vingt-cinq jours pour reprendre son travail.

En résumé, sur six malades atteints de tremblement mercuriel, qui ont été soumis au traitement par l'hyoscyamine, quatre ont été guéris et deux améliorés ; chez trois d'entre eux, la maladie remontait à trois ou cinq années. Deux exceptés, tous les autres avaient subi antérieurement divers traitements.

Encouragé par ces résultats favorables, M. Oulmont a expérimenté l'action de l'hyoscyamine dans le tremblement sénile. Chez une femme de 57 ans, qui avait les extrémités supérieures et la tête alternativement agitées de mouvements de latéralité et de haut en bas, tandis que les membres inférieurs étaient eux-mêmes en proie à un tremblement continu, l'hyoscyamine fut donnée à la dose de *six* milligrammes par jour ; au bout de quatre jours, elle fut portée à *huit* milligrammes, et bientôt à *dix*. Une amélioration notable s'est produite dès le septième jour du traitement. Au bout de quinze jours, la malade pouvait rester debout pendant trois ou quatre minutes sans gêne. La préhension était devenue plus facile, et la malade portait assez aisément les objets à la bouche. Quinze jours après, l'amélioration persistait encore, et le tremblement était devenu presque supportable.

Chez un autre malade, âgé de 63 ans, l'usage de l'hyoscyamine amena une diminution sensible dans l'étendue et l'intensité des tremblements qui, jusque-là, étaient extrêmement pénibles.

Il est bon d'ajouter que, chez ces deux malades, tout ce qui avait été tenté jusque-là avait échoué, et que l'hyoscyamine seule a produit une amélioration persistante.

Grossesses multiples. — Présentations anormales.

M. Viguier, interne de l'hôpital de Lourcine, nous a communiqué le fait suivant, intéressant à plusieurs égards, qu'il a recueilli dans le service de son maître M. Després.

Une femme âgée de 53 ans, exerçant la profession de marchande, est entrée le 3 août dans le service de M. Després (salle Saint-Jacques, n° 14), pour des pertes utérines. Cette femme, mariée à 16 ans, réglée régulièrement et abondamment à partir de cette époque, a eu dix grossesses. La première s'est terminée par une fausse couche au bout de six mois et demi, la malade avait alors 17 ans et demi ; la cause de cet avortement paraît devoir être rapporté à une chute de voiture, qui fut suivie, neuf jours après, de l'expulsion d'un fœtus qui vécut une heure, et se présentait par les pieds, au dire de la malade, qui fut accouchée par un médecin (Favin, de Provins); elle dit aussi que l'enfant avait un bras cassé, et que le médecin attribuait cette fracture à la chute de voiture. Elle fut environ six semaines à se remettre et ne nourrit pas.

Quelques mois après, seconde grossesse terminée au terme de neuf mois par un accouchement naturel d'un enfant présentant le sommet (Favin de Provins). Elle ne nourrit pas.

Deux ou trois mois après, troisième grossesse sans accident, et accouchement d'un enfant présentant encore le siége. Il est venu tout seul, mais par les pieds (*sic*). (Favin, de Provins). Elle nourrit son enfant.

Quatrième grossesse trois ans plus tard ; accouchement naturel d'un enfant présentant le sommet (sage-femme de Gentilly). Elle ne nourrit pas.

Cinquième grossesse environ deux ans après ; la malade a été tourmentée par des dyspepsies continuelles, mais n'a pas eu de vomissements ; accouchement naturel, présentation du sommet (sage-femme de Gentilly). Elle nourrit. Cette femme est restée trois mois malade après sa couche et paraît avoir eu une pelvi-péritonite.

Sixième grossesse environ deux ans après ; mêmes accidents que pendant la précédente ; accouchement à terme d'un enfant présentant encore les pieds (Dr Volant, de Gentilly). Les suites de couches sont absolument analogues à celles de la cinquième grossesse ; elle met environ trois mois et demi à guérir et nourrit son enfant.

Septième grossesse environ deux ans après, analogue aux deux précédentes ; accouchement à terme et naturel, présentation du siége (sage-femme de Gentilly), suites de couches analogues aux deux précédentes. Elle ne nourrit pas.

Huitième grossesse huit ans après (second mariage). La malade a alors 36 ans. Les digestions sont plus faciles que dans les précédentes, mais elle souffre des douleurs dans le ventre, qu'elle compare à celles de l'accouchement, et éprouve beaucoup de peine à marcher ; néanmoins elle n'interrompt pas son travail ; accouchement à terme. La sage-femme constate une présentation du bras et fait chercher un médecin (Gaillard, de Montrouge), qui introduit le bras et tire l'enfant par les pieds (*sic*). L'enfant est, dit elle, mort au passage. Il y avait environ eu dix heures de grandes douleurs, et dans les couches précédentes cinq heures seulement. Deux mois de maladie après la couche.

Neuvième couche. — Un an après elle accouche de nouveau, après une grossesse absolument analogue à la précédente. La sage-femme constata encore une présentation du bras, et n'ayant pu trouver un médecin, elle fait la version. Enfant mort ; dix heures de travail. Elle fut alors malade pendant trois mois et soignée par le docteur Després, de Bicêtre.

Dixième grossesse, suivie d'accouchement à terme quinze mois après le dernier ; mêmes accidents que pendant la précédente. L'enfant présente encore l'épaule, et la même sage-femme pratique encore la version et amène encore un enfant mort. Aucun docteur n'est appelé. Après cette couche, cette femme fut malade pendant plus de six mois et paraît avoir eu une péritonite, soignée par le docteur Després, de Bicêtre.

Lors de son premier mariage, elle vendait de la lingerie dans une boîte appliquée sur le côté gauche du ventre, et elle a continué ce métier jusqu'à sa troisième grossesse ; puis elle devint blanchisseuse et exerça cette profession jusqu'à la naissance de son septième enfant. Elle se remarie alors, reprend son premier état, et a trois enfants présentant l'épaule. Les docteurs Després et Gaillard lui ont dit tous deux qu'elle ne devait guère s'attendre à des couches différentes si elle continuait son métier.

Elle est entrée dans le service pour des corps fibreux multi-

ples de l'utérus et de légères pertes, qui ont été traitées par l'application d'une ceinture en coutil avec des élastiques.

L'histoire de cette malade est intéressante à plusieurs égards : d'abord à cause de la multiplicité des présentations anormales ; ensuite, au point de vue des causes qui ont pu déterminer en dernier lieu les trois présentations de l'épaule.

Remarquons, en premier lieu, que cette femme, actuellement atteinte de corps fibreux utérins, peut en avoir eu dès sa jeunesse, et que leur présence n'a peut-être pas été sans quelque influence sur l'irrégularité des présentations.

En ce qui concerne les présentations de l'épaule, nous avons vu que les docteurs Després père et Gaillard les attribuaient à la pression exercée sur le ventre par la boîte de la marchande, qui aurait empêché le développement normal de l'utérus, et cette opinion a été exprimée pour des faits analogues par plusieurs accoucheurs. Dans le cas qui nous occupe, on pourrait objecter que la malade exerçait déjà le même métier, lors de ses trois premières grossesses, et qu'alors non-seulement on a eu des présentations d'une extrémité, siége ou sommet, mais que, malgré l'accident arrivé lors de la première grossesse, les deux suivantes se sont passées sans accident.

Nous ferons remarquer qu'il n'est pas impossible que l'utérus d'une femme jeune, soutenu d'ailleurs par des muscles abdominaux également résistants et non encore distendus à l'excès, puisse encore résister efficacement aux pressions extérieures ; tandis qu'il subira bien plus facilement leur influence après avoir été dilaté par un grand nombre de grossesses, qui auront eu également pour effet d'amoindrir beaucoup la résistance des parois de l'abdomen.

MALADIES DE L'OREILLE (1)

Par M. J. Toynbee, F. R. S.

(Traduction de M. Darin.)

Obs. V. — *Bouchon de cérumen causant des douleurs névralgiques de la face.*

G. W. H..., Esq., s'adressa à moi en mai 1853, pour une dysérée de l'oreille droite, accompagnée d'une légère douleur de l'oreille et d'une névralgie intense du côté droit de la face. Cette névralgie faciale survenait parfois très-soudainement, avec une grande activité, puis disparaissait ; elle durait depuis huit ou neuf jours. On trouva, à droite, une accumulation considérable de cérumen remplissant le méat. Une fois enlevée, à l'aide de la seringue, la dureté de l'ouïe, la douleur d'oreille et la névralgie faciale, tout disparut complétement.

Obs. VI. — *Accumulation cérumineuse causant un sentiment de pulsation dans l'oreille.*

E., Esq., âgé de 53 ans, me consultait en décembre 1851, pour des bruits pulsatils qui revenaient dans l'oreille chaque fois qu'il se penchait, mais qui disparaissaient aussitôt qu'il relevait la tête. Le malade se plaignait aussi de bourdonnements revenant de temps en temps dans les deux oreilles. Soumis pendant quelque temps à un traitement médical pour ces symptômes, il n'en avait éprouvé aucun soulagement.

Je trouvai une masse de cérumen remplissant les deux conduits; l'extraction de ce produit améliora beaucoup le sens de l'ouïe et fit disparaître complétement les pulsations.

(1) (Suite). — Voir les numéros des 26 mars, 16 avril, 3, 19 septembre et 5 octobre 1872.

Obs. VIII. — *Engouement cérumineux du méat externe ; vertiges et autres symptômes d'irritation cérébrale guéris immédiatement par l'emploi de la seringue.*

L. S. M.., Esq., âgé de 43 ans, me consultait en novembre 1848. Cinq ou six ans auparavant, il avait été atteint de surdité de l'oreille gauche, accompagnée de tintements très-intenses; depuis lors, il se trouvait parfois sourd le matin, mais l'ouïe revenait ordinairement dans la journée, et de fois à autre, l'action de se moucher le rendait sourd pendant un peu de temps. Onze mois avant de venir me consulter, en sortant d'une chambre bien chauffée pour aller en plein air, il éprouva brusquement des bourdonnements dans l'oreille droite, et ce bruit avait persisté depuis cette époque. Dernièrement, il éprouva une sensation de pesanteur au sommet de la tête, et de fréquents vertiges qui l'alarmèrent singulièrement. En marchant dans les rues, il remarquait que, de temps en temps, il allait en zigzag. L'inspection des oreilles fit voir que chacun des conduits était à peu près rempli de cérumen durci, que l'on enleva soigneusement à l'aide de la seringue. Les symptômes disparurent aussitôt et ne revinrent point.

Un autre malade, artiste, qui souffrait de la même façon, éprouvait tant de vertiges qu'il fut obligé de s'appuyer aux grilles et de se reposer en venant chez moi. Une fois, il fut aussi plus d'une minute à pouvoir reconnaître sa sœur, et avait la plus grande difficulté pour écrire une note ordinaire. Ce malade se trouva de même guéri immédiatement après l'extraction du cérumen de chacune de ses oreilles.

Un troisième guérit de la même manière de douleurs et d'engourdissements continuels de la tête.

Chez un quatrième, la douleur s'était étendue jusqu'au bas du dos. Le cas suivant est également intéressant.

(*A suivre.*)

ÉTUDE MÉDICALE SUR LA BIÈRE

Par M. le docteur Mareilh.

Depuis quelque temps, l'opinion médicale se préoccupe beaucoup du rôle que la bière semble appelée à jouer dans notre arsenal thérapeutique. Plusieurs journaux de médecine ont étudié avec soin les avantages que les nourrices et les enfants peuvent retirer de son emploi.

En France, ou pour mieux dire, dans nos provinces du centre et du midi, on use peu de bière ; on connaît mal son action. On ne la considère, et c'est là un tort, que comme une boisson ordinaire, et le médecin n'arrête pas assez son attention sur ce précieux auxiliaire. La bière a une action très-intéressante sur la formation du système osseux et musculaire. Les populations du Nord sont là pour en témoigner. Mais dans quelle proportion cette action a-t-elle lieu, et a-t-elle lieu avec toutes les bières? c'est là le point à étudier et sur lequel nous croyons devoir appeler l'attention de nos lecteurs.

La fabrication de la bière est une industrie des plus répandues ; elle varie infiniment et donne des produits d'ordre bien différents, depuis cette bière qu'il faut consommer immédiatement sous peine de lui voir perdre rapidement toutes ses qualités, jusqu'à la bière faite avec soin et avec le choix le plus scrupuleux des matières premières.

Parmi les bières qui se recommandent ainsi à notre attention, celles qui est connue sous le nom de *Fanta* jouit de la plus juste célébrité. C'est donc elle que nous voulons prendre pour type ; c'est elle que nous croyons pouvoir recommander pour se livrer à des études sérieuses. Nous désignons un type — et nous nommons la bière Fanta, parce que certain de son excellent mode de fabrication, nous sommes assuré qu'elle peut servir à des expériences dont l'intérêt ne saurait échapper à un vrai médecin.

C'est avec cette bière qu'on a obtenu des résultats très-réels sur la santé des nourrices et des enfants. Le *Mouvement médical* rap-

pelait avec raison cette opinion de Payen, qui disait que la *bière* nourrit comme du *pain*. Royer Collard l'appelait *le vin de grain*.

La bonne bière renferme de la dextrine, des matières azotées, albuminoïdes et protétiques, des matières gommeuses, des phosphates et des carbonates alcalins ; principes qui, pour la réparation de nos tissus, ont une importance capitale. De cette analyse sommaire, il est facile de conclure aux services que la bière peut rendre dans des mains intelligentes.

Nous savons que des médecins éclairés par l'observation ont cherché à se rendre compte de cette action de la bière sur les enfants et les nourrissons. Ils ont échoué, et ils ont eu même à regretter leurs épreuves. Mais ces insuccès étaient dus, non à la bière, mais à ce qu'on désigne souvent sous ce nom, alors que rien des éléments sains et nutritifs ne se trouve contenu dans ce liquide. Il est donc de toute nécessité de s'adresser à une bière dont la composition soit parfaite et dont la fabrication ne soit pas trop hâtée, et c'est pour cela qu'il nous a fallu désigner un type.

Les préoccupations de la science ne sont pas en ce moment bornées au monde médical. A l'Institut, M. Pasteur met à l'ordre de ces études la fabrication de la bière, dont il blâme le mode de fabrication. On voit par ce seul fait, combien il importe de s'adresser à un produit qui présente, comme la bière Fanta, toutes les conditions d'une bonne et saine expérience.

Nous avons appelé l'attention de nos confrères sur cette question. Nous serions heureux de voir publier le résultat des expériences instituées à cette occasion.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance annuelle de la Société de chirurgie.
Présidence de M. Dolbeau.

La séance est ouverte à 3 heures 1/2.

M. DOLBEAU, président, prend la parole en ces termes :

Messieurs et chers collègues,

L'article 20 de nos statuts place votre président dans l'obligation de faire, dans la séance annuelle, un rapport sur la situation morale et financière de la Société.

Tout d'abord, je suis heureux de vous affirmer que cette situation est des plus satisfaisantes; mais je dois faire plus, il me faut justifier cette assertion.

Je n'ai point à vous entretenir des travaux accomplis pendant l'année qui vient de s'écouler, M. le secrétaire va, dans un instant, remplir cette partie importante de notre programme. Ma tâche consistera à vous parler du personnel de la Société, je devrai vous renseigner sur l'état de nos publications en même temps que sur la situation financière.

L'année dernière à pareille époque, mon honorable prédécesseur vous rappelait la mort prématurée de ce pauvre Liégeois; moi aussi j'ai à vous signaler un vide qui s'est produit dans nos rangs. Denonvilliers, membre fondateur de la Société de chirurgie, honoraire depuis l'année 1856, a été enlevé à notre affection; le temps n'est pas éloigné où notre secrétaire général rendra hommage à la mémoire de ce maître illustre, si éminent d'ailleurs dans la pratique de la chirurgie.

De nombreuses vacances étaient signalées parmi les membres titulaires; j'ai à vous rappeler l'admission parmi nous de trois membres nouveaux, et je suis heureux de souhaiter ici la bienvenue à MM. Dubreuil, Lannelongue et Magitot. Ainsi se trouve porté à 33 le nombre des membres titulaires; encore deux nominations et la Société se trouvera, et pour longtemps, je l'espère, au grand complet.

La liste des membres correspondants étrangers atteint actuellement le chiffre réglementaire de 70. Enfin, par suite de la nomination de MM. Delacour, Beranger-Féraud et Baizeau, il vous reste seulement à pourvoir à 5 vacances dans la section des correspondants nationaux. J'aurai tout dit, si je mentionne que notre collègue M. Legouest a été, sur sa demande, classé dans la section des membres honoraires.

Il suffit, messieurs, de jeter un coup d'œil dans nos archives pour se convaincre immédiatement que notre Société renferme dans son sein l'élite de la chirurgie française. Je n'ai d'ailleurs pas besoin de rappeler que la liste de nos associés contient le nom des plus illustres représentants de la chirurgie à l'étranger.

L'existence des sociétés se manifeste par des travaux originaux, par de savantes discussions; c'est dans les publications de ces sociétés qu'il faut rechercher l'expression de leur vitalité.

Sous ce rapport, je n'ai que de bons renseignements à vous fournir relativement à notre association.

Le volume de vos bulletins, pour l'année 1872, sera distribué dans quelques jours; c'est le 1er tome de la 3e série. Vous le voyez de suite, messieurs, par ce seul fait, nos travaux ont reçu la publicité la plus régulière. Un traité nouvellement passé avec le propriétaire de la *Gazette des Hôpitaux* assure la permanence dans nos publications; mais je dois dire que c'est grâce au zèle de notre secrétaire si des fascicules en retard ont pu vous être distribués et si, à l'heure qu'il est, le traité est en pleine voie d'exécution. Je suis heureux de remercier ici M. Després, et je ne crains pas d'ajouter que le secrétaire de 1872 peut être signalé comme un modèle aux secrétaires qui sont appelés à lui succéder dans l'avenir.

Le 1er fascicule du tome VII de nos mémoires est entre vos mains depuis bien longtemps; je suis heureux de vous annoncer la mise sous presse du 2e fascicule. Désormais, cette importante publication ne souffrira plus de retard; tout va se régulariser grâce au zèle de tous, et il faut ajouter, grâce à un budget mieux équilibré et mieux pourvu.

De nouvelles mesures viennent d'être prises pour assurer la distribution régulière et périodique des bulletins à nos divers correspondants. De justes réclamations trouveront ainsi entière satisfaction.

Comme vous le savez, messieurs, la prospérité des sociétés est subordonnée à bien des conditions, mais il en est une qu'on doit considérer comme fondamentale, c'est la base de toute l'opération : cette base est représentée par les ressources financières.

D'heureuses modifications dans le règlement, dans le mode de perception des cotisations; une grande régularité dans la rentrée des amendes; enfin, il faut le dire, une meilleure gestion de nos finances, toutes ces circonstances ont permis d'asseoir désormais le budget de la Société de chirurgie. Vous avez entendu le rapport de la commission des comptes, et je vous rappelle seulement que le budget de 1872 mentionne un actif de près de 15,000 francs.

Je crois être votre interprète en rendant ici hommage à notre trésorier. M. Guéniot, avec un zèle au-dessus de tout éloge, a su débrouiller notre situation financière, et il a réalisé, mais absolument cette fois, ce qu'on appelle l'équilibre du budget.

J'aurai rempli la tâche qui m'incombe lorsque j'aurai déclaré que, grâce aux efforts persévérants de M. Giraud-Teulon, nos collections et nos archives sont en ordre, que notre bibliothèque est très-avancée dans son installation définitive.

Messieurs, tous nos fauteuils sont occupés ou sur le point de l'être, le budget se solde avec un excédant relativement considérable, la publication de nos travaux est régulière et matériellement assurée; telle est, messieurs, la situation morale et financière de la Société de chirurgie. Je crois être dans le vrai en ajoutant que, par les travaux de ses membres, la Société a su conquérir une réputation indiscutable; elle a justifié sa devise et elle constitue à l'heure qu'il est le tribunal vraiment compétent de la chirurgie française.

(A suivre.)

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Séance du 19 juillet 1872. — Présidence de M. Gros.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

La correspondance imprimée comprend une brochure de M. le docteur Putegnat, ayant pour titre : *Article de bibliographie obstétricale.*

M. LE PRÉSIDENT donne lecture d'une lettre de M. Forget, qui s'excuse de ne pouvoir assister à la séance.

Moyens propres à détacher les concrétions calcaires adhérentes aux parois de la vessie.

(Mémoire lu à la Société de médecine de Paris, dans sa séance du 19 avril 1872, par M. le docteur Reliquet).

Il m'a été donné d'observer trois cas, chacun très-différents, de concrétions calcaires adhérentes aux parois vésicales. Je les réunis ici pour étudier les moyens chirurgicaux que j'ai employés.

Du premier fait, publié en 1870 dans la *Gazette des hôpitaux*, reproduit en entier dans mon livre (1), je ne vais rappeler que les points de l'observation qui se rattachent à mon sujet.

Obs. I. — Après avoir lutté, avec tous les ménagements possibles, contre un spasme violent de l'urèthre, et être arrivé à passer une sonde nº 19 (6mm 1/3 de diamètre), ne pouvant diminuer la sensibilité de la vessie, qui ne se dilate ni spontanément, ni par les injections variées, poussées avec la plus grande lenteur, la miction a lieu toutes les dix minutes, et il est impossible d'injecter plus de de dix grammes d'eau tiède dans la vessie. Afin de calmer cette sensibilité extrême de la vessie, le 25 mars 1869, M. le docteur Onimus vient avec moi faire une application de courants électriques constants. La veille le malade a rendu une petite plaque calcaire semblable à celles qui sont évacuées après l'application de l'électricité.

Par une sonde coudée en gomme conduite dans la vessie, j'injectai avec la plus grande lenteur de l'eau tiède. Il n'en pénétra que dix grammes dans la vessie. Puis, dans la sonde pleine d'eau, je pousse un mandrin en laiton et je bouche la sonde avec un fausset. Le pôle positif est uni au mandrin, et le négatif, large plaque humide, est appliqué sur l'hypogastre. Au début du courant, il y a une légère douleur; puis, peu à peu, il se produit un bien-être. La présence de la sonde dans la vessie et l'urèthre ne produit plus de gène.

Après quatre minutes de ce courant constant, j'enlève les électrodes, et, par la sonde, j'injecte cent cinquante grammes d'eau tiède sans provoquer l'envie d'uriner. De suite je profite de cet état pour introduire un lithotribe explorateur avec lequel je reconnais une pierre qui occupe le plancher de la vessie, en arrière du col, mais je ne peux pas la saisir. L'état douloureux reparaissant. Déjà le liquide est chassé par dessus l'instrument; je retire le lithotribe. La vessie se vide spontanément, et le cortége des douleurs qui succèdent habituellement à la miction apparaît. Immédiatement nous faisons une nouvelle application des courants électriques, et nous voyons aussitôt l'état douloureux cesser et le calme complet se rétablir.

Cinq heures après, le malade me fait demander. Il se plaint de de ne pas pouvoir uriner. Arrivé près de lui, je le trouve calme. Il venait de rendre une large plaque calcaire qui, enroulée sur elle-même, avait franchi l'urèthre.

Le 26 mars, les mictions sont toujours fréquentes et douloureuses. Il sort plusieurs plaques calcaires. Les applications des courants électriques continues, faites avant et après l'injection vésicale, sont suivies des mêmes effets. En retirant la sonde, je trouve, engagée dans son œil, une large plaque calcaire, et c'est la dernière évacuée.

Les courants électriques constants sont encore appliqués plusieurs fois.

Après une longue hésitation, pendant laquelle j'ai une consultation avec M. Mercier, le malade se décide à accepter la taille, que je lui proposais. Cette opération est faite le 3 mai 1869. La pierre retirée, je constate et je le fais vérifier par MM. les docteurs Zulaica, Collineau, Paul Dubois qui m'assistaient, qu'il n'y avait plus d'incrustations calcaires sur les parois de la vessie. A la fin de mai, le malade, guéri, part. pour la campagne. Je l'ai revu il y a deux mois. Son état est toujours bon.

Toutes ces plaques calcaires ont le même aspect. Une de leurs faces, rugueuse, est formée de cristaux calcaires agglomérés. L'autre face est tapissée de tissus mous très-adhérents au calcaire. Dans la trame de ces tissus mous, lambeaux de la muqueuse vésicale, l'examen microscopique découvre des cristaux semblables à ceux de la couche calcaire. Ainsi toutes ces concrétions étaient adhérentes par une large surface.

Malgré la sortie d'une petite plaque avant l'application des courants électriques continus, notre but, à M. Onimus et à moi, en les appliquant, était seulement d'obtenir une dilatation de la vessie suffisante pour examiner la pierre, déterminer son volume et ses rapports avec la vessie. La sortie spontanée des plaques calcaires, toutes fraîches décollées après la dilatation de la vessie, fut vite expliquée, grâce à la façon dont ces dépôts calcaires sont constitués. En effet, cette couche de cristaux, adhérente à la muqueuse vésicale par une large surface, n'étant pas extensible, s'est d'abord craquelée dès que la muqueuse vésicale a commencé à se distendre plus que d'habitude. Puis la dilatation vésicale se continuant, les morceaux d'incrustation dus aux craquelage se sont de plus en plus détachés de la muqueuse de la vessie. Devenus libres, ils ont été évacués spontanément après s'être enroulés sur eux-mêmes en entrant dans le col de la vessie.

Cette forme de concrétion calcaire qu'il est très-exact d'appeler incrustration, en raison de ses caractères, a été observée depuis longtemps. M. Mercier, dans un très-intéressant mémoire (1), dit à propos des moyens à employer pour extraire ces plaques : « Avec les moyens d'extraction que nous possédons, avec mon brise-pierre à cuillère, dont les mors sont d'égale longueur, on peut toujours saisir ces lambeaux, si minces qu'ils soient. » Plus loin il ajoute : « Un agent qui m'a paru accélérer beaucoup la chute de ces sortes de placages, ce sont les injections de nitrate d'argent. » A ces deux moyens, dont le premier est d'une exécution difficile et surtout dangereuse, car, avec lui, il faut d'abord saisir la plaque calcaire, puis il faut la séparer de la vessie, ce qui expose à faire de trop grandes déchirures, et le second, qui paraît peu sûr, puisque l'auteur ne l'affirme pas, maintenant on doit ajouter l'action des courants électriques continus qui, en permettant la distension des larges surfaces de la muqueuse vésicale sur lesquelles sont adhérentes les incrustations, agissent en morcelant et en détachant celles-ci sans exposer à une lésion trop considérable de la vessie.

Cette action si complète, quoique indirecte, des courants électriques continus, nous a beaucoup frappé, non-seulement parce qu'elle a permis de décoller complétement les incrustations calcaires, mais encore parce qu'elle est un moyen de diagnostic certainement plus sûr que tous ceux que nous avons. En effet, il est possible d'examiner les divers points de la paroi vésicale en se servant des différentes sondes (2); mais il est difficile de déterminer l'étendue de l'incrustration.

Aussi, maintenant, dès que l'évacuation de cristaux semblables à ceux de ces plaques calcaires, réunie à un état d'irritation de la vessie avec ou sans pierre se présente à moi, je ne manque pas

(1) *Traité des opérations des voies urinaires*, p. 738, par Reliquet.

(1) *Sur une cause particulière de récidive après la lithotritie et la taille.* — Lu à l'Académie de médecine dans la séance du 8 mars 1864.

(2) Voir mon *Traité des opérations des voies urinaires*, p. 399.

d'appliquer les courants électriques continus qui, en même temps qu'ils calment les phénomènes spasmodiques douloureux, permettent de dire qu'il n'y a pas d'incrustrations calcaires de la paroi vésicale, dès que plusieurs dilatations de la vessie n'ont pas provoqué la sortie de la plus petite plaque calcaire.

C'est grâce à cette dilatation instantanée de la vessie que je me suis assuré qu'il n'y avait pas d'incrustation de la paroi vésicale dans un cas de pierre avec contraction de la vessie et sortie spontanée de petits cristaux de phosphate. Sous l'influence de l'électricité, j'injectai à plusieurs reprises cent trente grammes d'eau tiède, au lieu de trente grammes, quantité la plus grande que la vessie pouvait supporter. Après ces dilatations brusques et répétées de la vessie, pas la moindre plaque calcaire ne fut évacuée. En faisant la taille, je reconnus qu'il n'y avait pas d'incrustration, et que les cristaux évacués spontanément venaient de la surface de la pierre, dont les couches superficielles étaient formées de phosphates cristallisés.

Dans le second fait que j'ai observé avec MM. le baron Larrey et le docteur Michel, il s'agit de petits graviers formés par la juxtaposition de grains phosphatiques. De là les aspérités ténues et acérées qui fixaient ces graviers à la muqueuse vésicale.

(*A suivre.*)

VARIÉTÉS

Maladie et mort de Napoléon III.

La presse politique a depuis quelques jours publié une série de dépêches, annonçant d'abord l'état maladif de Napoléon III, puis la découverte d'un calcul, qui, disait-on, avait échappé à l'attention des médecins français, et enfin l'opération de la lithotritie, pratiquée par le docteur Henri Thompson (de Londres), en présence de MM. Paget, Gurl, Corvisart et Conneau. Une dépêche d'hier, 9 janvier, nous annonce la mort de Napoléon III.

Les dépêches auxquelles nous venons de faire allusion ont causé une vive émotion dans le corps médical français. Il suffit, pour rétablir les faits dans toute leur vérité, de publier le document ci-joint, rédigé par M. G. Sée, à la suite de la consultation qui eut lieu, aux Tuileries, le 1er juillet 1870, entre MM. Nélaton, Ricord, Fauvel, Sée et Corvisart.

Voici le texte de cette consultation, qui fut remise, le 3 juillet 1870, à M. Conneau, chargé de recueillir les signatures des consultants, et de remettre ensuite cette pièce à l'impératrice :

Diagnostic.

1° Hyperesthésies cutanées et musculaires d'origine anémique. Ces hyperesthésies se caractérisent par des douleurs superficielles de la peau des cuisses, douleurs qui s'exaspèrent au moindre toucher, diminuent au contraire par la pression, et reviennent sous les influences les plus variées, particulièrement du froid. Dans les muscles, près des articulations des pieds, on retrouve une grande sensibilité, soit spontanée, soit provoquée, des attaches musculaires, et cette sensibilité, sous forme d'élancements, reparaît aussi parfois sous l'influence du froid. Ceci ne prouve pas leur nature rhumatismale; tout ce qui est provoqué par le froid n'est pas rhumatique. Le malade n'a jamais eu de rhumatisme articulaire, bien que ces douleurs datent déjà de vingt ans, c'est-à-dire d'une époque où il y a eu deux graves causes d'anémie. Ces hyperesthésies nervo-musculaires sont, en effet, presque toujours dues à l'anémie.

2° L'anémie, dont il reste des traces autres que ces douleurs, a été caractérisée autrefois; elle était due à une captivité de six ans, c'est-à-dire à une aération insuffisante et aux influences morales.

Une cause physique est venue s'ajouter à ces diverses causes d'anémie; c'est un flux hémorrhoïdal assez considérable, et surtout presque permanent pendant six ans.

Aujourd'hui l'anémie a presque disparu; il n'y a pas de souffle dans les vaisseaux ni dans le cœur; les battements du cœur et les bruits de l'organe sont faibles, mais parfaitement réguliers; il n'y a pas de traces de palpitations, et s'il y a eu des syncopes autrefois, céla prouve qu'il existait encore de l'anémie, mais pas de maladie de cœur, comme cela aurait eu lieu dans le rhumatisme.

3° Quelques phénomènes goutteux se sont montrés, çà et là, dans la jointure des pieds, et récemment encore, mais sans rhumatisme, sans autre complication intérieure qu'une lésion de la vessie. Il y a bien de temps à autre du ballonnement du ventre, quelquefois de la susceptibilité de l'estomac et des intestins, mais c'est là le fait habituel aux hémorrhoïdaires.

Nous concluons donc en disant que les troubles digestifs, de même que les douleurs périphériques, sont dues aux hémorrhoïdes et à l'anémie consécutive; mais il reste à interpréter la lésion de la vessie.

4° Altération des voies urinaires. Depuis cinq ans, il y a eu quatre hématuries; à la suite de celle de 1867, les urines sont restées pendant un an muco-purulentes, puis elles se sont éclaircies; et, depuis le mois d'août 1869, où il y a eu des accidents aigus et graves dans les organes urinaires, les urines ont constamment contenu une certaine quantité de pus, évaluée au minimum à 1/40, et pendant la période aiguë à 1/4 ou à 1/3 de la totalité des urines.

Très-souvent aussi il y a eu de la dysurie, de la lenteur très-marquée pour uriner le matin; d'autres fois des interruptions du jet de liquide, et par moments il y a eu des difficultés telles, qu'il a fallu recourir à la sonde; c'est ce qui est arrivé à Vichy, il y a trois ans, et au mois d'août 1869. Il est à noter aussi que, depuis ce temps, l'équitation et les secousses de la voiture réveillent souvent des douleurs dans les reins ou dans le bas-ventre, ou au fondement. Or, une maladie caractérisée par ces trois phénomènes : 1° hématuries répétées; 2° urines purulentes depuis près de trois ans, avec des altérations plus ou moins marquées; 3° dysurie fréquente, caractérisée par le spasme ou par l'inertie de la vessie, ne peut être rapportée qu'à une *pyélocystite* CALCULEUSE.

S'il n'y avait eu que les urines purulentes, on aurait pu songer à un simple catarrhe. Si on n'avait pas à tenir compte de ce qui s'est passé avant le mois d'août 1869, on pourrait penser à un abcès périvésical ouvert dans l'urèthre.

Mais les hématuries antérieures, mais la persistance de la purulence des urines depuis un an, le retour fréquent de la dysurie et l'augmentation des douleurs par les secousses doivent faire songer à une cystite d'origine calculeuse, que ce calcul soit placé et enchatonné dans la vessie, ou qu'il ait eu son siége primitif dans les reins.

Il y a eu d'ailleurs, de temps à autre, un excès d'acide urique et d'urates dans la vessie.

C'est pourquoi nous considérons comme *nécessaire* le cathétérisme de la vessie à titre d'exploration, et nous pensons *que le moment est opportun*, par cela même qu'il n'y a actuellement aucun phénomène aigu.

Si, en effet, la dysurie ou la purulence, ou les douleurs augmentaient ou reparaissaient, on aurait à craindre de provoquer par l'exploration une inflammation aiguë.

Professeur G. SÉE.

Paris, 3 juillet 1870.

Ce document, qui a pris aujourd'hui une importance si grande et que reproduit l'*Union médicale*, a déjà été publié dans une des livraisons des papiers trouvés aux Tuileries, publiés sous le gouvernement du 4 septembre.

M. le professeur Sée nous a confirmé de vive voix la parfaite exactitude des faits relatés dans cette pièce.

Il ressort de cette consultation, dont l'authenticité ne saurait être mise en doute, que les médecins français n'ont pas méconnu l'existence du calcul.

Si maintenant nous examinons le résultat funeste de l'opération pratiquée en Angleterre, ne pouvons-nous pas nous demander, avec quelques hommes compétents, si l'opération de la lithotritie n'était pas contre-indiquée par les antécédents; et si la taille ne paraissait

pas offrir plus de chances de réussite, en présence d'un calcul volumineux et d'une vessie qui avait été déjà le siége d'accidents répétés.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Par décret du 31 décembre 1871, M. le docteur Lasserre, médecin principal de 2e classe a été promu au grade d'officier dans la Légion d'honneur.

— *École de médecine de Caen.* — Par suite du décès de MM. Le Prestre et Liégard, l'École de médecine de Caen se trouve ainsi réorganisée (arrêté ministériel du 20 décembre 1872) :

M. Bourienne, professeur adjoint d'anatomie, devient titulaire de la même chaire; — M. Fayel, professeur suppléant, est nommé professeur adjoint d'anatomie;

M. Chancerel, professeur d'anatomie et de physiologie, devient professeur de matière médicale et thérapeutique.

M. Denis, professeur adjoint de clinique externe, devient titulaire; M. Postel, professeur suppléant, est nommé professeur adjoint de clinique externe.

M. Auvray, professeur suppléant, est nommé chef des travaux anatomiques.

Sont nommés professeurs suppléants : MM. Wiart et Le Véziel, docteurs en médecine.

— *Hôpitaux de Paris.* — Le jeudi, 6 février 1873, à 2 heures précises, il sera ouvert dans l'amphithéâtre de la Pharmacie centrale de l'administration de l'Assistance publique à Paris, quai de la Tournelle, n° 47, un concours pour la nomination aux places d'élèves en pharmacie vacantes dans les hôpitaux et hospices.

Les élèves qui désirent prendre part à ce concours devront se faire inscrire au secrétariat général de l'administration de 11 heures à 3 heures. Le registre d'inscription sera ouvert le lundi 6 janvier et fermé le lundi 20 du même mois, à 3 heures.

— La Société médico-psychologique, dans sa dernière séance, a constitué comme il suit son bureau pour l'année 1873 :

Président, M. Lunier; — vice-président, M. Ch. Loiseau; — Secrétaire-général, M. Motet, — secrétaires particuliers, MM. Linas et Magnan; — trésorier, M. A. Voisin; — comité de publication, MM. Rousselin, Falret et Dagonet.

— A céder immédiatement une bonne clientèle à Paris. Produit, 12,000 fr. — S'adresser au bureau du journal.

L'Étudiant micrographe, traité pratique du microscope et des préparations, par ARTHUR CHEVALIER, O. ✻, 1 vol. de 600 pages, 600 figures : 7 fr. 50. — Delahaye, place de l'École-de-Médecine. — Catalogue illustré des microscopes, gratis, chez Arthur Chevalier, Palais-Royal.

Histoire de la médecine et des doctrines médicales, par M. le docteur BOUCHUT. 2e édition. 2 vol. in-8°. — Prix : 16 francs. — Germer Baillière.

Le Directeur : Dr E. LE SOURD.

Paris. — Typographie A. PEUGIN, quai Voltaire, 13.

N° 5. — MARDI 14 JANVIER 1873. 46e ANNÉE. MARDI 14 JANVIER 1873. — N° 5.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Bureaux : 57, rue des Saints-Pères, 57
PRÈS L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix d'abonnement doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

On s'abonne hors de Paris dans les bureaux des Messageries et chez les Libraires. Les lettres non affranchies sont refusées.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui n'en peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS : Trois mois. . 8 fr. 50 c. — Six mois. . . 16 — — Un an. . . . 30 —

POUR L'ÉTRANGER le port en sus suivant les derniers tarifs des Postes.

Paris, le 13 janvier 1873.

SÉANCE DE L'ACADÉMIE DES SCIENCES

L'Académie procède au renouvellement de son bureau, qui est ainsi composé pour l'année 1873 : M. de Quatrefages, président; M. Bertrand, vice-président; MM. Dumas et Élie de Beaumont, secrétaires perpétuels.

— MM. Cloquet, Nélaton, Sédillot, Robin, Bouillaud, ont été choisis pour former la commission chargée de juger le concours du prix Godard pour l'année 1872.

— M. Claude Bernard présente, au nom de MM. A. Estor et C. Saint-Pierre, une note intitulée : *Nouvelles expériences sur les combustions respiratoires; oxydation du sucre dans le système artériel.* Ce mémoire repose sur l'expérience fondamentale suivante : « Nous introduisons dans la veine fémorale d'un chien une solution de glucose, et nous prenons aussitôt du sang à l'artère fémorale du côté opposé. Nons recherchons dans ce sang et le glucose et l'oxygène. (Une série d'essais préalables nous permet d'établir que l'eau de la solution glucosique n'intervient pas dans le phénomène.) Cette expérience est variée de plusieurs manières.

« Nous avons vu ainsi, sous l'influence du glucose injecté, l'animal atteint d'une angoisse extrême et se livrant à de fortes inspirations. Nous avons vu le glucose disparaître très-rapidement, et la quantité d'oxygène diminuer même jusqu'à zéro, par la présence du glucose, pour se relever après la combustion de ce produit.

« Ces expériences sont démonstratives des combustions intra-artérielles. En effet, le sang s'est chargé d'air dans les poumons ; si l'oxygène de cet air a disparu du poumon à l'artère fémorale, corrélativement au passage du sucre dans les artères, c'est que le sucre a été l'agent de cette disparition. »

Désirant répondre à l'avance à ceux qui auraient pu leur objecter que la diminution de l'oxygène peut être attribuée à la diminution des phénomènes d'inspiration, MM. Estor et Saint-Pierre ont institué d'autres expériences, qui leur permettent d'affirmer que l'injection du sucre dans les vaisseaux ne modifie pas les phémonènes respiratoires, quant à la quantité d'air inspiré et expiré, et ils terminent leur communication par ces conclusions formelles :

« Nos recherches permettent donc de rendre évidentes les combustions respiratoires intra-artérielles. Elles conduisent enfin à admettre dans le sang deux sortes d'états de l'oxygène, confondus à tort dans la plupart des analyses. »

Cette communication emprunte certainement, comme l'ont remarqué d'ailleurs les propres auteurs, un intérêt d'actualité à la discussion qui a eu lieu récemment sur l'origine de la chaleur animale. Mais nous ne pensons pas que la question de la production de la chaleur animale soit en cause dans les expériences de MM. Estor et Saint-Pierre. Comme nous l'avons toujours dit : *la chaleur se développe à l'occasion des phénomènes physiques ou chimiques de la vie.* Ce n'est donc pas l'origine de la chaleur, résultat général et commun, qu'il faut chercher dans les expériences physiologiques ; mais bien les conditions et la nature des phénomènes physico-chimiques qui, fatalement, doivent dégager du calorique. Dans l'espèce, les auteurs auraient pu expérimentalement rechercher si c'est dans les artères elles-mêmes que l'oxygène le dépense au contact du glucose, ou bien si les phénomènes chimiques qu'accuse la disparition de l'oxygène ne se seraient pas produits dans l'intimité du tissu pulmonaire. Peut-être seraient-ils arrivés ainsi à nous dire ce que devient la glucose, ce que devient l'oxygène et quels sont les produits ou les troubles qui résultent des conditions nouvelles provoquées par l'expérimentation. Sans nul doute, les conclusions de MM. Estor et Saint-Pierre auraient eu ainsi un côté non plus intéressant, mais réellement utile, sans qu'il fût pour cela nécessaire de parler ni de *combustion* ni de *calorique*.

HOTEL-DIEU. — M. N. GUÉNEAU DE MUSSY.

Leçons cliniques sur le traitement du rhumatisme chronique.

On décrit généralement, sous le nom de rhumatisme chronique, des arthrites persistantes, dans lesquelles le travail morbide, dépassant les limites de la congestion ou de l'inflammation bénigne, aboutit à des lésions organiques toujours sérieuses, souvent irréparables.

Cette différence profonde qui existe entre la marche, les conséquences finales de cette affection et celles qu'on observe dans le rhumatisme aigu, a fait révoquer en doute leur affinité pathogénique. Les médecins surtout qui admettent derrière le rhumatisme une diathèse spéciale, n'en ont pas retrouvé les caractères distinctifs dans ces arthrites, qui ne leur paraissent avoir avec l'arthrite rhumatismale d'autres rapports que celui de leur commune localisation dans le même appareil organique, et, pour ne pas trancher une question qui semble aussi douteuse, ils ont proposé les dénominations d'arthrites chroniques, arthrite sèche (Deville et Broca), arthrites déformantes (Virchow), arthrite rhumatoïde (Garrod), rhumatisme goutteux (R. Adams, Fuller, Trastour), rhumatisme noueux (Trousseau), nodosités d'Heberden, rhumatisme chronique partiel, rhumatisme artériel primitif (Vidal, Plaisance).

Cette affection a été, dans ces vingt dernières années, l'objet de recherches intéressantes auxquelles resteront attachés les noms de MM. Cruveilhier, Charcot, Vidal, Trastour, Virchow et Garrod. Elle avait été décrite antérieurement sous le nom de goutte chronique, rhumatisme goutteux chronique, goutte des femmes, à cause de sa fréquence plus grande dans le sexe féminin, mais ces expressions affirmaient une relation avec la goutte que la plupart des auteurs modernes ont repoussée.

Cette relation cependant existe, et, dans beaucoup de cas, on rencontre, soit chez le malade lui-même, soit dans sa race, l'empreinte de la diathèse goutteuse. J'ai pu, chez la plupart de mes malades, trouver les traces de cette origine.

M. Charcot, dans ses savantes leçons, dit avoir vu le rhumatisme noueux se montrer chez une femme dont le frère était goutteux. Chez le quart des malades, M. Trastour a trouvé dans leurs ascendants, des antécédents de goutte et de rhumatisme. Ce chiffre est déjà important quand on songe avec quelle difficulté on obtient des malades traités à l'hôpital, des renseignements sur la santé de leurs parents. Le retour parfois périodique des poussées arthritiques, leur coïncidence fréquente avec l'automne et le printemps, leurs exacerbations nocturnes ont bien encore l'allure des affections goutteuses.

Mais évidemment, si la diathèse goutteuse est très-souvent derrière l'arthrite chronique, celle-ci n'en est pas une manifestation franche, un rejeton direct et légitime, et à côté des affinités que nous avons fait valoir, nous trouvons des dissemblances très-accusées.

Tandis que la goutte franche est rare chez les femmes, le rhumatisme chronique est plus commun dans leur sexe, au point que M. Cruveilhier l'avait appelée la goutte des femmes. La goutte a pour siége de prédilection les pieds; l'arthrite déformante s'attaque surtout aux mains.

Enfin, on ne trouve pas de dépôts uratés dans les cartilages articulaires, et on a cherché en vain la présence de l'acide urique dans la sérosité des vésicatoires placés autour des articulations malades. M. le docteur Garrod et son école se sont appuyés sur cette dernière circonstance pour repousser toute connexion entre la goutte et l'arthrite déformante. Comme j'ai eu occasion de le dire ailleurs, personne n'admire plus que moi les travaux de ce pathologiste éminent; mais, malgré le rôle très-important que joue l'acide urique dans les lésions goutteuses, je ne crois pas qu'on soit autorisé à considérer la présence de cet acide comme la cause première ou le critérium des accidents goutteux; l'acide urique n'est qu'une manifestation du trouble nutritif, qui est l'élément primordial de la goutte.

D'ailleurs, dans les races goutteuses, tout le monde sait que l'influence héréditaire peut s'exprimer sous des formes très-diverses; l'innéité arthritique prédispose aux rhumatismes et à toutes les maladies à mode congestif ou inflammatoire. Cette coefficience de la goutte dans le rhumatisme aigu se retrouve dans le rhumatisme chronique et constitue un rapport entre ces deux formes morbides.

Lorry, avant de mourir, avait esquissé un ouvrage, dont le titre doit rester comme une grande idée: *Sur les conversions et les transformations des maladies* (*De conversionibus et mutationibus morborum*). Les contours nets et arrêtés des formes morbides adoptées par les nosologistes s'effacent et se dérobent sans cesse devant le clinicien.

Quelle que soit la part accordée à la goutte dans l'étiologie de l'arthrite chronique, celle-ci, avons-nous dit, n'en est pas un dérivé direct; c'est un métis pathologique à la production duquel concourent comme facteurs plusieurs éléments morbides constitutionnels.

L'arthrite ou plutôt les arthrites chroniques, car il convient d'en distinguer plusieurs espèces, nous paraissent l'expression complexe de conditions pathogéniques multiples qui interviennent en proportion variable dans leur développement, et cette inégalité, dans la part de chaque coefficient, fait la variété des formes.

Nous avons déjà trouvé derrière le rhumatisme subaigu un état d'affaiblissement de l'organisme, une modalité constitutionnelle anomale qui retient la solution.

Dans l'arthrite chronique, ces mêmes conditions se retrouvent plus accentuées. Très-souvent, dans l'arthrite chronique des jeunes gens, on trouve comme facteur le lymphatisme; à un certain degré, il donne à l'arthrite un caractère particulier que nous indiquerons bientôt.

L'affaiblissement produit par l'âge, les excès, les privations ou les maladies antérieures, peut être responsable de la chronicité: on voit quelquefois des goutteux, épuisés par de nombreuses attaques de goutte franche, être atteints d'arthrites chroniques, qui n'ont aucun des caractères objectifs de la goutte légitime.

Avec les conditions constitutionnelles que nous venons d'indiquer, des causes occasionnelles, des modificateurs extérieurs, ont souvent une part dans le développement de l'arthrite chronique; l'influence prolongée du froid et de l'humidité peut être souvent mise en cause. M. Charcot l'a constatée dans la moitié des cas; c'est encore un rapprochement entre le rhumatisme aigu et le rhumatisme chronique. Cette condition étiologique est d'autant plus importante à connaître, que la persistance de son action peut être un obstacle à la guérison et rendre inefficaces tous les agents thérapeutiques qu'on opposerait à la maladie.

(*A suivre.*)

CLINIQUE MÉDICALE DE L'HOTEL-DIEU

M. Béhier.

Pleurésies à épanchements modérés : thoracentèse avec trocarts capillaires et aspiration. — Appareils divers (1).

Il me reste donc maintenant à vous parler de deux appareils construits d'après ce principe, ce sont ceux de MM. Potain et Castiaux.

Ils présentent tous deux les dispositions fondamentales de l'appareil à aspiration des plaies de MM. J. Guérin et Maison-

(1) Suite. — Voir le numéro du 7 janvier 1873.

neuve; seulement l'un et l'autre offrent certaines modifications de détails.

Le 19 décembre 1871, M. Mathieu présentait à l'Académie de médecine l'instrument imaginé par M. Potain : outre une modification importante apportée aux trocarts, sur laquelle je reviendrai, cet appareil se compose d'un flacon quelconque, dans lequel on pratique le vide au moyen d'une pompe aspirante. A ce flacon s'adapte un bouchon en caoutchouc, dont le mécanisme est très-ingénieux. Ce bouchon est à double jeu : une moitié sert à l'aspiration, tandis que l'autre moitié est destinée à laisser passer le liquide, aussi n'y a-t-il pas de tube central. Dès qu'on a fait la ponction (le vide étant fait préalablement dans le flacon), l'écoulement a lieu, et on peut en précipiter le cours en faisant de nouveau fonctionner la pompe.

M. Potain se sert d'un trocart capillaire qui glisse dans la canule d'une façon très-hermétique par le jeu d'un disque de liége placé dans une boîte à frottement qu'il traverse, et auprès de laquelle se trouve un robinet qu'on ferme avant de retirer le trocart. On évite ainsi toute introduction d'air. De plus, la canule est séparée, à son extrémité, en deux valves, ce qui n'est autre chose que la disposition que je vous signalais dans la canule du trocart anglais que l'on retrouve figurée dans le répertoire chirurgical de Blasius 1844.

Le robinet que porte la canule permet aussi, par le jeu de la boîte à liége, de désobstruer la canule à l'aide d'un mandrin bien calibré quand cela est nécessaire, sans qu'on puisse redouter la pénétration de l'air.

L'appareil de M. Potain fonctionne donc de la manière suivante : à l'un des deux tubes que porte le bouchon, qui est en caoutchouc vulcanisé, on adapte une pompe aspirante qui fait le vide dans le récipient, dans la bouteille ou tout autre vase, même un litre ordinaire en verre ayant un goulot que peut boucher le bouchon en caoutchouc ; puis, quand le vide est fait, on introduit dans la cavité pleurale le trocart; puis, la tige pointue retirée avec précaution et le robinet de la canule fermé, on se trouve, d'une part, avec une canule plongeant dans le liquide sans communication avec l'air extérieur, et d'autre part avec un tube qui, au moment où on fera jouer le robinet, sera mis en communication avec le vide de l'appareil.

On introduit alors l'ajutage de ce tube dans l'ouverture libre de la canule, à laquelle il s'adapte exactement; le robinet de la canule est ouvert, celui du bouchon est tourné dans le sens voulu et fait communiquer le vide avec la canule. Le liquide pleural afflue alors dans la carafe ou tout autre vase choisi, appelé qu'il est par le vide.

C'est là, comme vous le voyez, l'appareil de M. Jules Guérin. Seulement, au lieu du manchon qui coiffe les plaies ou les moignons des membres amputés, c'est un tube à ajutage et armé d'un robinet, et il y a, en outre, le robinet du bouchon avec la construction spéciale que je vous ai indiquée, et l'appareil tout entier s'applique sur une canule à trocart mobile, comme je l'ai dit, à travers une boîte à liége, et le robinet de la canule qui permet d'interrompre toute communication entre la poitrine et l'appareil ou l'extérieur.

L'appareil de M. Castiaux aussi, comme vous pouvez le voir, n'est autre chose, comme celui de M. Potain, qu'une modification de l'appareil de M. Jules Guérin.

Comme dans celui de M. Potain, il y a un bouchon en caoutchouc portant deux tubes, tous deux terminés par un robinet et destinés : l'un à recevoir la pompe aspirante, l'autre à s'adapter à la canule du trocart plongé dans la plèvre. Dans le bouchon, point de robinet ; mais, de sa partie inférieure, part un tube de verre qui plonge au fond du récipient. Ce tube de verre est en communication facile avec les deux tubes. C'est par lui que se fait le vide dans le récipient et par lui que le liquide aspiré pénètre dans ce même récipient. Ici encore, comme dans l'appareil de M. Potain, un vase à goulot quelconque peut remplir l'office de récipient, pouvu que le bouchon puisse s'y adapter régulièrement.

Le trocart à canule est absolument identique, si ce n'est que la boîte à frottement de la canule que le trocart traverse est garnie de rondelles de cuir au lieu de rondelles de liége. Le jeu de ce petit appareil est le même que celui que je vous indiquais pour l'autre ; mais il convient, pour rendre à chacun ce qui lui est dû, de vous dire que, dès 1870, M. Castiaux employait, publiquement dans le service de mon ami, M. le docteur Bernutz, la canule à boîte, tandis que M. Mathieu n'a présenté la sienne qu'à la date que je vous ai indiquée (19 décembre 1871).

(A suivre.)

MALADIES DE L'OREILLE

Par M. J. Toynbee, F. R. S.

(Traduction de M. Darin.)

Obs. VIII. — *Confusion cérébrale; impossibilité de marcher droit, déterminées par un engouement cérumineux.*

Miss R., âgée de 45 ans, me consulta en avril 1845. Elle me dit avoir éprouvé pour la première fois, quatre mois auparavant, des bruits d'oreilles qui furent suivis d'une surdité considérable. Ces symptômes durèrent plusieurs semaines, puis disparurent pendant trois semaines, à l'expiration desquelles ils revinrent compliqués d'un sentiment de confusion dans la tête. Ce symptôme s'exaltait parfois au point que la malade restait assez souvent quelques secondes sans pouvoir dire où elle était. Des accidents vertigineux se montraient de temps en temps assez intenses pour la faire chanceler et tomber dans les rues; d'autres fois, elle ne pouvait plus serrer ce qu'elle avait à la main et les objets lui échappaient.

L'examen fit découvrir dans chaque oreille une masse considérable de cérumen compacte. Quelques injections en débarrassèrent les conduits, et la disparition complète de tous les symptômes en fut la conséquence.

Dans quelques cas, la masse cérumineuse durcie a pressé contre la surface externe de la M. T. avec assez de force pour déterminer l'inflammation de ses tissus et celle de la membrane muqueuse de la cavité tympanique. Dans ces cas, il a fallu appliquer des sangsues pour faire disparaître complétement les symptômes cérébraux ; dans d'autres exemples, ces symptômes n'ont cédé que graduellement, bien qu'en règle générale, ils disparaissent avec l'éloignement du cérumen.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance annuelle (1). — Présidence de M. Dolbeau.

COMPTE-RENDU DES TRAVAUX DE LA SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE PENDANT L'ANNÉE 1872.

M. DESPRÉS, secrétaire annuel, a la parole.

Messieurs,

Vous voulez, à la fin de chaque année, entendre celui à qui vous avez confié l'entreprise d'une partie du monument que vous con-

(1) Fin. — Voir le dernier numéro.

struisez. Votre secrétaire a donc le devoir et l'honneur de vous rendre ses comptes et de venir vous exposer un résumé de vos travaux. Sa responsabilité est certes légère devant votre bienveillance, mais elle est plus lourde à porter devant ceux qui liront vos bulletins, car je ne suis pas sûr, pour ma part, d'avoir pu imiter les procès-verbaux modèles de plusieurs de mes prédécesseurs au secrétariat.

Un examen critique des faits et des discussions de cet exercice serait moins l'œuvre d'un secrétaire que celle d'un journaliste rendant compte du volume de l'année 1872.

Dois-je juger vos présentations, vos discours et vos rapports ? En vérité, je ne saurais le faire, à moins de me servir du style des anciennes académies ou universités, style si propre aux fines allusions, aux congratulations confraternelles et pour lesquelles il faut rechercher les moindres paroles de ses collègues, afin de brûler au-dessous d'elles quelques grains d'encens. Faut-il faire une table des matières raisonnée ? Ce projet serait séduisant si votre secrétaire avait pour mission de glisser une analyse des travaux qui vous ont été envoyés et qui sont déposés aux archives avec une simple mention au Bulletin. Alors, en effet, on pourrait avoir pour guide le remarquable travail de Louis, *l'Histoire de l'Académie de chirurgie*, où vous avez trouvé des observations inédites qui sont devenues classiques. Mais tel n'est point le rôle de votre secrétaire, si j'en juge par les compte-rendus de mes prédécesseurs. L'analyse de vos travaux est en réalité la substance des discours remarqués qui ont été prononcés devant vous.

Vous avez donc, messieurs, pendant l'année qui vient de s'écouler, abordé de grandes discussions sur les résections, l'érysipèle, les lymphadénomes, les ponctions capillaires évacuatrices et la rectotomie.

Les résections sous-périostées ont été l'objet d'une discussion à laquelle se sont mêlés plusieurs de nos correspondants. La plupart des membres de la Société de chirurgie ont été d'avis que les procédés de résections sous-périostées tels que les a proposés et exécutés, M. Ollier, après avoir mis à profit les meilleures incisions du tégument sur lesquelles Textor et M. Chassaignac avaient appelé l'attention, après avoir mis à profit les enseignements tirés de la réparation des os longs par le périoste, après la formation lente de la nécrose, constituaient un progrès réel et que les malades en tiraient un bénéfice assuré. La Société a été à peu près unanime pour admettre que plusieurs articulations et le coude en particulier se prêtaient merveilleusement à l'application du procédé. Sans doute il y aura encore des discussions à cet égard, mais ce ne sera plus certainement le procédé que l'on discutera, ce sera, suivant la remarque de M. Giraldès, la valeur comparée d'un même procédé pour des cas pathologiques différents sur une même articulation.

M. Verneuil a constaté une fois de plus la production des érysipèles par suite de l'absorption du pus des plaies par les lymphatiques. Il vous a présenté, sous un jour nouveau l'érysipèle, et l'a rattaché à l'adénite et à l'angioleucite. Il a dénommé érysipèles précoces ou érysipèles par auto-inoculation, les érysipèles nés subitement autour de plaies en suppuration. Une discussion approfondie s'est élevée à ce sujet, car l'érysipèle est tout dans l'origine qu'on lui suppose et dans la relation intime qu'il peut avoir avec l'angioleucite. Aucun sujet ne pouvait être mieux apprécié au sein de la Société de chirurgie, car nous voyons tous cette maladie chaque jour, et chacun avait à cet égard une expérience faite. Cependant, telle est la variété des esprits et la puissance des vieux écrits, que les opinions les plus opposées ont été défendues ici. L'érysipèle a pu être comparé à une fièvre éruptive, à une inflammation diffuse de la peau voisine du phlegmon diffus, enfin à une maladie infectieuse ou l'intoxication atteint à la fois le système lymphatique et le système veineux. Dans l'esprit de plus d'un, l'érysipèle et l'angioleucite étaient de même essence ; pour d'autres, ils étaient entièrement distincts. La plus grande partie des membres de la Société : MM. Verneuil, Chassaignac, Trélat, Panas, Le Fort, Giraldès, Marjolin, Sée et votre secrétaire ont défendu chacune de ces opinions. Cette partie de vos bulletins n'est pas la moins importante, et la valeur des objections contradictoires ne manquera pas, à l'avenir, d'être comptée par ceux qui voudront de nouveau écrire sur l'érysipèle. Deux points ressortent de cette discussion. L'érysipèle doit être considéré comme ayant pour origine un traumatisme ou une suppuration. La contagion de l'érysipèle, à laquelle votre secrétaire s'est efforcé de vous empêcher de croire n'a pas reçu ici une consécration d'évidence à laquelle on eût pu s'attendre après les importants travaux que M. Gosselin a inspiré à ses élèves.

Vous le dirai-je aussi, votre discussion a retenti dans les Sociétés savantes de Province. A Lille, M. Parise, un de vos correspondants les plus distingués s'est montré l'adversaire de la contagion de l'érysipèle.

Enfin, comme ces maladies que les médecins et les chirurgiens se disputent dans leurs livres, l'érysipèle a toujours été destiné à devenir l'objet de discussions philosophiques, et sans doute pour que rien ne manquât à la discussion, vous avez entendu M. Forget vous exposer la philosophie de l'érysipèle.

A l'occasion d'une communication de M. Trélat relative à un fait de généralisation d'adénites, avec production de tissu lymphoïde sur les points où il n'existe pas de ganglions lymphatiques, une discussion s'est élevée. Les esprits sont tournés vers des recherches sur ces lésions. Virchow, qui a étudié les lymphomes et les lymphadénomes, Hawkins et Bright ont fait des recherches anatomiques sur ce sujet. Trousseau avait abordé la question clinique en parlant de l'adénie. Les chirurgiens qui avaient admis, avec Lebert et Robin, un ganglioma ou cancer primitif des ganglions, avaient ébauché une nosologie et serré de plus près la question, mais rien n'avait été approfondi. Les discours de MM. Trélat, Verneuil, Panas et Giraldès ont touché à divers points de l'étude clinique de ce mal, mais, malgré des observations étendues, des analogies, des oppositions, des raisons plausibles, aucune preuve n'a été faite. La Société l'a si bien compris qu'elle a nommé une commission pour centraliser les renseignements sur le lymphadénome. Si votre secrétaire a bien compris, la question se trouve aujourd'hui posée de la sorte : Quelle est la nature et quels sont les signes d'une maladie distincte du véritable cancer et du sarcome qui, sans lésions antérieures de voisinage, débute par les ganglions lymphatiques, ne suppure pas, et gagne de proche en proche les chaînes des ganglions voisines les plus cachées, et arrive à une telle puissance de généralisation qu'on retrouve dans les lieux dépourvus de ganglions des tumeurs lymphoïdes contenant le même produit que les ganglions malades. C'est là, je crois, la pensée de M. Trélat, qui a défini de la sorte les termes du problème.

Vous avez discuté de nouvelles pratiques chirurgicales. Jadis les ponctions capillaires avec le trocart explorateur ont été vantées pour les kystes du foie et de l'ovaire depuis Trousseau ; elles ont été vantées pour les abcès chroniques et les collections d'origine hématiques par M. Voillemier ; on connaissait la seringue aspiratrice, avec trocart plat, de M. J. Guérin ; nous avions le robinet à double effet de Charrière. Il appartenait à un ancien élève de Velpeau, M. Dieulafoy, de réunir en un seul appareil et de mettre en usage les différents instruments et les variables procédés chirurgicaux des inventeurs anciens. L'instrument commode de M. Dieulafoy, accepté de suite par les médecins, et modifié heureusement encore par M. Potain, devait être utilisé en chirurgie. L'événement ne s'est pas fait attendre. M. Dolbeau a employé la ponction capillaire évacuatrice dans le traitement de la hernie étranglée ; M. Dieulafoy est venu lire un travail sur les ponctions évacuatrices dans les articulations.

De ces deux points de départ, nous avons vu successivement provenir d'abord des observations de ponctions capillaires évacuatrices appliquées aux hernies dans le but de favoriser le taxis avant l'ouverture du sac : ce sont les communications de MM. Fleury (de Clermont), Terrier et Folet; puis MM. Bailly et Demarquay ont produit des faits où la ponction avait été pratiquée sur l'intestin mis à nu, avant le débridement. Mais ces faits et ceux que M. Verneuil a empruntés à sa pratique, ne sont pas probants en faveur de

l'efficacité curative de la ponction capillaire évacuatrice dans les hernies; seulement ils ont tous montré que la ponction capillaire ne cause pas une lésion redoutable de l'intestin. Ceci, mis en lumière par MM. Dolbeau, Giraldès et Demarquay, était *a priori* concevable, car on se rappelle encore que Velpeau poussait très-loin la confiance en face des petites plaies et des petites perforations de l'intestin. Il conseillait, en effet, de réduire dans l'abdomen les intestins qui les présentaient, sans crainte de complication. La question reste néanmoins à l'étude. Les chirurgiens ne sont pas entièrement découragés en face du très-petit nombre de succès obtenus, et malgré la réprobation légitime qu'inspirent tous les moyens dilatoires qui retardent, si peu que ce soit, l'opération de la hernie étranglée.

Les ponctions capillaires évacuatrices dans les articulations, pour extraire les épanchements de toute nature, ont été moins discutés. Un fait rapporté par M. Dubrueil, la communication de M. Dieulafoy, laissent la discussion pendante. Elle a été à peine engagée, et elle reprendra sans doute à l'occasion du rapport sur le travail de M. Dieulafoy.

Enfin, une communication de M. Verneuil sur la rectotomie verticale destinée au traitement des rétrécissements du rectum, a été l'occasion d'une discussion à laquelle ont déjà pris part MM. Trélat et Panas. Cette discussion n'est pas terminée; c'est un héritage que l'année 1872 laisse à l'année qui la suit. Deux opérations sont en présence; elle concourent au même but, la section du rétrécissement, mais par des moyens différents; l'une sectionne de dedans en dehors avec l'écraseur; l'autre sectionne de dehors en dedans avec le bistouri. Mais à ces pratiques chirurgicales une objection a été faite. Le résultat des opérations est-il une guérison radicale? Les malades ne sont-ils pas obligés à faire la dilatation pour assurer la durée de leur guérison? C'est là qu'est resté la discussion.

Diverses présentations ont provoqué de courtes discussions, telle est la substitution des courants continus faibles, mais permanents, aux courants forts, mais temporaires, pour les paralysies et contractures musculaires et les lésions de nutrition. M. Le Fort, auteur de cette communication, et M. Giraud-Teulon ont annoncé des résultats acquis, et des promesses qui feraient espérer de nouvelles ressources contre certaines lésions reconnues incurables. A une séance suivante, M. Le Fort a produit encore un fait, où le courant continu ascendant a donné lieu à une cessation immédiate d'un spasme tétanique. On ne saurait méconnaître le rôle que jouera un jour l'électricité dans la thérapeutique, et tous les efforts tournés vers ce moyen ne sont pas demeurés et ne demeureront pas stériles. Pour le moment, une question est posée. Les courants continus l'emporteront-ils définitivement sur les courants dérivés; le rôle de chacun d'eux est-il borné à des cas spéciaux? Il n'est pas possible, en effet, d'affirmer encore quelque chose d'absolu, et c'est ce qui découle de l'intervention de MM. Bouvier et Perrin dans le débat.

La Société a été aussi préoccupée du traitement des anévrysmes cirsoïdes à propos de la communication de M. Labbé. Le rapport de M. Giraud-Teulon sur un travail du docteur Monoyer relatif à la fistule lacrymale a réveillé ici la comparaison entre les divers moyens de traiter les obstructions du canal nasal. MM. Verneuil, Chassaignac, Le Fort et Giraud-Teulon, ont pris parti pour et contre la dilatation du canal nasal d'après les procédés de M. Monoyer, et de cette courte discussion il est résulté que la dilatation temporaire, préconisée par Bowmann, est sortie victorieuse de la comparaison et a joui du bénéfice accordé à la dilatation temporaire dans les rétrécissements en général qui partout se trouvent bien de ce traitement.

Vous avez aussi discuté l'opportunité des opérations chez les femmes enceintes. M. Tarnier, en parlant de l'ablation d'une tumeur fibreuse de la vulve, MM. Verneuil, Blot et l'un de nos correspondants, M. Thomas (de Tours), ont été d'avis que les opérations provoquaient en général l'avortement, ou causaient des hémorrhagies redoutables. MM. Chassaignac, Demarquay et votre secrétaire, ont défendu une opinion opposée.

Je n'entreprendrai point de rappeler chacune des observations qui vous ont été adressées ou communiquées; les observations d'ovariotomie suivies de guérison dues à MM. Panas, Le Fort et Letenneur; l'observation de fistule urinaire ombilicale, congénitale, opérée par M. Guéniot; les opérations d'uranoplastie à lambeau nasal inventées par M. Lannelongue; enfin l'opération d'une hernie obturatrice, dont M. Trélat a discuté les indications, le manuel et les complications. Il suffit de signaler ces faits, dont la lecture est bien plus profitable que l'analyse, même la mieux faite.

Il faut en dire autant des faits rares que renferment notre bulletin : l'arrachement du pied avec tous les muscles de la jambe, dont M. Debreu, notre correspondant, nous a envoyé l'observation; un cas de nécrose totale du maxillaire inférieur chez un jeune enfant, dû à M. Guéniot; des kéloïdes cicatricielles du col de l'utérus, de M. Cazin; un corps fibreux du col de l'utérus d'un diagnostic difficile, dû à M. Le Fort; un kyste hydatique de la mamelle, observé par M. Ledentu.

Plusieurs communications, qui n'ont pas été l'objet de discussions, doivent être ici rappelées. Les unes, parce qu'elles sont la confirmation de doctrines déjà émises à la Société de chirurgie; les autres, parce qu'elles sont destinées à servir de lumières pour éclairer quelques points obscurs d'une controverse déjà séculaire.

M. Champenois, médecin principal de l'armée, vous a présenté une série de faits de plaies pénétrantes du genou par armes à feu, qui ont été traitées et guéries par l'immobilisation et un pansement très-soigné : l'amputation a pu être évité. Depuis longtemps, la chirurgie civile posait en principe que la conservation du membre était moins meurtrière que l'amputation de la cuisse. Ceux d'entre nous qui, pendant la dernière guerre, ont fait de la chirurgie d'armée dans de larges proportions, ont mis ce principe en pratique, et la grande statistique des blessures de la guerre de 1870 que prépare en ce moment le docteur Chenu, fournit déjà d'amples témoignages de la supériorité de la conservation sur les amputations. Il est juste d'ajouter que la génération actuelle des chirurgiens de nos armées ne connaissait pas les avantages de la conservation. Ici même, à la Société de chirurgie, M. Legouest était d'avis que l'on devait tenter la conservation du membre dans tous les cas où il n'y avait point fracas des surfaces articulaires, et il ne faisait point d'exception pour le genou. Cet avis était celui de la majorité des membres de la Société de chirurgie à cette époque.

Depuis Quesnay, l'infection purulente est le sujet des théories les plus ingénieuses, mais celles-ci renferment toujours une ou plusieurs indéterminées, qui déroutent les esprits les plus synthétiques. M. Verneuil, à l'Académie de médecine, comme au milieu de vous, poursuit ces inconnues. Il a touché ici un point délicat de la pyogénèse. Une suppuration d'une plaie découverte entraîne-t-elle la suppuration des lésions traumatiques non exposées, c'est-à-dire sous-cutanées? A cette question, M. Verneuil répond par l'affirmative. Mais n'est-ce pas là une phase de l'infection purulente, comme le pense M. Blot, ou bien, comme le maintient M. Verneuil, la suppuration de la plaie cachée est-elle simplement le retentissement de l'état fébrile simple causé par la suppuration de la plaie exposée? On hésite entre les deux alternatives, car nous n'avons pas encore la théorie véritable du mécanisme de l'infection purulente, capable de rallier tous les esprits. Peut-être cela tient-il, ainsi que le dit le philosophe médical, à ce que le mal atteint vite les sources de la vie et est, comme ce qu'il détruit, un problème qu'il n'est pas encore possible de résoudre.

Des injections intra-veineuses de chloral ont été faites par M. Oré contre l'empoisonnement provoqué par la strychnine; l'auteur, en vous adressant le résultat des expériences faites à cet égard sur les animaux, inférait de celles-ci que le chloral injecté dans les veines était susceptible de guérir le tétanos. Ses expériences étaient concluantes, et M. Verneuil à qui la question était le plus familière, n'a fait qu'une restriction à l'usage des injections intra-veineuses sur l'homme; il a dit seulement que la blessure d'une veine constituait un danger avec lequel le chirurgien devait compter.

Diverses autres communications ont attiré votre attention. Le rap-

port de M. Dolbeau sur les exostoses des sinus de l'olfaction, à propos d'une observation du docteur Pamard, a eu ici le caractère d'une véritable communication. Vous avez écouté avec curiosité les essais des greffes animales dont vous a parlé M. Dubrueil, et la tentative de transplantation d'un lambeau de peau, entièrement détachée, sur une perte de substance, exécutée par M. Le Fort, tentative que Laugier, suivant la mention qu'en a fait M. Panas, aurait autrefois poursuivie. Vous vous êtes enfin intéressé à une communication de M. Duboué, relative à l'odeur acide de l'haleine, comme caractère diagnostic du diabète, et à un mémoire du docteur Magitot, notre nouveau collègue, sur l'anatomie pathologique des kystes des mâchoires, qui semblent devoir être rattachés à un trouble dans l'évolution du follicule des dents, ou à une lésion du périoste dentaire.

Tels sont, messieurs, les principaux travaux qui ont vu le jour cette année dans vos séances si bien remplies et si profitables pour ceux qui les suivent de près.

Je me suis permis de faire une petite modification à la table de vos bulletins. Pour suppléer aux lacunes de ce compte rendu, vous trouverez à la fin du volume une table des rapports et une table des communications originales, ayant le caractère dogmatique. Ces deux tables sont adjointes à la table analytique des matières et des auteurs qui appartiennent à l'économie ordinaire de vos bulletins. J'ajoute que votre président et votre secrétaire général ont été les instigateurs de cette modification.

Les comptes rendus ne comportent pas de péroraison. Cependant, messieurs, aucun de mes prédécesseurs n'y a manqué, en terminant son discours il exprimait, avant les malheurs de notre pays, la joie qu'il éprouvait d'appartenir à une Société prospère et respectée. Depuis, la même joie était peut-être au fond du cœur, mais il ne venait aux lèvres que des paroles d'espoir, comme si nous-mêmes nous avions une revanche à prendre. Nos associés nationanx, disputés à leur ancienne patrie, nos frères de Strasbourg, privés du foyer d'instruction, où plus d'un hôte allemand s'était venu jadis chauffer, tout cela nous attristait et nous faisait souhaiter des jours meilleurs. Puis, malgré nous, nous nous sommes demandé si nous avions toujours donné le bon exemple.

Laissez-moi vous le dire en terminant, les assemblées de notre pays, à force de se croire supérieures au commun des hommes, oublient ou négligent de voir le spectacle de l'auditeur curieux qui suit leurs débats, non pour entendre ce qui est juste, non pour voir éclore des vérités nouvelles que les assemblées ne peuvent décréter ni voter, mais pour apprendre comment on peut utiliser des hommes distraits ou un noyau d'amis pour servir son intérêt ou sa fortune. Plus que les assemblées politiques, nous échappons à cet écueil, grâce à la nature de nos travaux. Mais si nous sommes collègues ici, nous sommes rivaux ailleurs, rivaux en vertu du principe de la concurrence vitale, de la bataille pour la vie, cette loi naturelle qu'on retrouve au milieu des conditions sociales les plus compliquées. A la vérité, sauf les honneurs du bureau, nous n'avons rien à nous disputer ici ; la Société de chirurgie ne dispense aucune fonction lucrative. Mais nous parlons ici parfois pour le public et la clientèle plus que pour nous-mêmes, et c'est alors que nous donnons l'exemple; et quand, ouvertement, nous cherchons à faire mieux que nos rivaux ou concurrents, à les vaincre s'il se peut, mais avec des armes loyales, nous donnons cette fois le bon exemple en même temps que nous contribuons à relever le niveau moral et intellectuel de notre pays, ce qui est, à mon sens, la première de toutes les revanches de nos défaites.

M. GUYON, secrétaire général, a la parole pour prononcer l'éloge de Michon et Guersant, membres fondateurs et anciens présidents de la Société. (Sera publié).

PRIX DÉCERNÉS PAR LA SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE EN 1872.

Prix Duval. — Le prix Duval, fondé en 1854 par J.-B. Duval, destiné à récompenser la meilleure thèse de chirurgie publiée en France dans le courant de l'année et présentée au jugement de la Société de chirurgie, est décerné à M. le docteur Albert Malherbe (de Nantes), pour sa thèse intitulée : *De la fièvre dans les maladies des voies urinaires. Recherches sur ses rapports avec les affections du sein.*

Prix Laborie. — Le prix Ed. Laborie a été fondé en 1868 par Mme veuve Laborie.

La Société ne décerne pas de prix, mais elle accorde :

1° Un encouragement de 800 francs à M. le docteur J. Gayet (de Lyon) pour son travail intitulé : *Recherches expérimentales sur la capsule du cristallin. Applications chirurgicales ;*

2° Un encouragement de 500 france à M. le docteur M. Desprez (de Saint-Quentin), pour son travail intitulé : *De l'énucléation du cristallin dans l'opération de la cataracte capsulo-lenticulaire ;*

3° Un encouragement de 500 francs à M. Petit, interne provisoire des hôpitaux, pour ses deux mémoires intitulés : *De l'état des veines et en particulier des veines intra-musculaires à la surface et au voisinage des plaies en suppuration. Rapport de cet état avec la théorie embolique de la pyohémie.*

Note pour servir à l'histoire de la phlébite inguinale consécutive à la compression de l'artère fémorale au pli de l'aine.

PRIX DE LA SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE POUR 1873

Prix Duval. — Par suite d'une donation de Duval, la Société de chirurgie a fondé, à titre d'encouragement, un prix de 100 francs en livres pour la meilleure thèse de chirurgie publiée en France dans le courant de l'année.

Autant que possible, les recherches doivent s'appuyer sur des observations recueillies par l'auteur lui-même dans un service d'hôpital.

Sont admis à concourir les docteurs ayant rempli les fonctions d'internes dans les hôpitaux civils ou ayant un grade analogue dans les hôpitaux militaires ou de la marine.

Les thèses soutenues depuis le 1er janvier d'une année jusqu'au 31 décembre de la même année sont seules admises au concours.

Deux exemplaires des thèses doivent être adressés à la Société avant le 15 janvier.

Prix Édouard Laborie. — Le prix Édouard Laborie est annuel et d'une valeur de 1,200 francs. Il est décerné au meilleur travail *manuscrit* sur un sujet quelconque de chirurgie ; toutefois, la Société de chirurgie choisit tous les six ans un sujet spécial. Le sujet est indiqué une année à l'avance. Les mémoires écrits en français, en allemand ou en latin, doivent être adressés au secrétariat général de la Société de chirurgie, avant le 1er novembre de chaque année. Ils sont accompagnés d'un pli cacheté indiquant le nom et l'adresse de l'auteur.

Il n'y a pas de sujet désigné pour 1873 ; la Société n'ayant pas décerné de prix en 1870, 71 et 72, mais ayant accordé cette année une somme de 1,800 francs pour encouragements, aura à décerner, en janvier 1874, non-seulement le prix annuel de 1,200 francs, mais elle aura à disposer d'une somme de 1,500 francs pour distribuer des encouragements s'il y a lieu.

Le secrétaire : ARMAND DESPRÉS.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

École de médecine de Marseille. — Les concours annuels de l'École ont donné les résultats suivants :

Élèves en médecine : 1re année. — 1er prix : M. Raynaud ; mentions honorables : MM. Aube et Manuel.

2e année. — 1er prix : MM. Giraud, Rampal, Giboux et Lambert.

3e année. — 1er prix : M. Gamel ; 2e prix : M. Rouquette.

Élèves en pharmacie. — 1er prix : M. Slizzervicz ; 2e prix : M. Chevalier ; mention honorable : M. Raynaud.

— *École de médecine de Limoges.* — La distribution des prix aux élèves de l'École a donné les résultats suivants :

Élèves en médecine. 1re année. — Prix : M. Couty; mention : M. Charpentier.

2e année. — Prix : M. Ballet.

3e année. — Mention : M. Filhouland.

Élèves en pharmacie et élèves en médecine réunis. — Chimie et pharmacie. — Prix : M. Menessier, élève en pharmacie; — mention : M. Pessartou, élève en médecine.

Histoire naturelle et matière médicale. — Prix : M. Mennessier; mention : M. Pessartou.

— *Hôpitaux de Marseille.* — MM. Laget, Bernard, Reynaud, Fauton et Sabatier sont nommés élèves externes près les hôpitaux de Marseille.

— *Hôpital de Limoges.* — A la suite d'un excellent concours, ont été nommés internes, MM. Charpentier, Couty, d'Arsonval et Pessartou.

— Nous avons le regret d'apprendre la mort de M. Huguier, ancien chirurgien de l'hôpital Beaujon, officier de la Légion d'honneur, membre de l'Académie de médecine et de la Société de chirurgie, professeur d'anatomie à l'École des beaux-arts.

Ses obsèques se feront mercredi 15 courant, à 11 heures du matin, à l'église Saint-Augustin.

— Nous avons le regret d'annoncer la mort de M. le docteur Chatin (de Lyon), de M. le docteur Cavalier (de Marseille), et de M. le docteur Bonsergent (de Romorantin).

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Traité des maladies du cœur, par A. Friedreich, professeur à l'université de Heidelberg, traduit par les docteurs Lorber et Doyon. — 1 vol. in-8° cart. Prix : 10 francs. — Paris, Adrien Delahaye.

Du rhumatisme aigu et de ses diverses manifestations chez les enfants, par le docteur Constant Picot. — In-8°. — Prix : 3 fr. 50.— Paris, Adrien Delahaye.

Études cliniques et thermométriques sur les maladies du système nerveux, par le docteur Bourneville, 2e fascicule (Urémie et éclampsie puerpérale. Épilepsie et hystérie). — In-8° avec fig. Prix de chaque fascicule : 3 fr. 50. — Paris, Adrien Delahaye.

Le Directeur : Dr E. Le Sourd.

Paris. — Typographie A. Pougin, quai Voltaire, 13.

N° 6. — JEUDI 16 JANVIER 1873. 46e ANNÉE. JEUDI 16 JANVIER 1873. — N° 6.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Bureaux : 57, rue des Saints-Pères, 57
PRÈS L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

Le prix d'abonnement
doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne hors de Paris
dans les bureaux des Messageries et chez les Libraires
Les lettres non affranchies sont refusées.

AU CORPS MÉDICAL. — Un [illegible] du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui n'en peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS		
Trois mois. .	8 fr. 50 c.	POUR L'ÉTRANGER le port en sus suivant les derniers tarifs des Postes.
Six mois. . .	16 —	
Un an. . . .	30 —	

Paris, le 15 janvier 1873.

SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

La discussion sur la septicémie a été reprise très-inopinément.

Les rapports à lire n'étaient pas prêts, ce qui forcément retardera la fixation de la séance solennelle.

D'ailleurs, avant cette séance, il sera convenable de changer en un titre définitif le titre intérimaire donné à M. Béclard. M. Dubois (d'Amiens) vient de mourir, et celui qui depuis longtemps remplit si bien les fonctions délicates de secrétaire perpétuel, doit enfin représenter pleinement comme tel l'Académie vis-à-vis du public.

On a religieusement écouté et vivement applaudi la lecture du discours que M. Béclard était allé prononcer aux obsèques de son prédécesseur.

Puis, comme il fallait bien trouver de quoi remplir l'ordre du jour, la parole a été donnée à M. Chassaignac sur la question soulevée, au mois d'octobre, par un mémoire de M. Davaine.

Mais l'attention ne fut plus la même. Bientôt le bruit des conversations particulières en vint à dominer la voix, pourtant très-distincte, de l'honorable chirurgien; et il fallut l'intervention du président pour obtenir un peu de silence relatif.

Pourquoi cela? Serait-ce que M. Chassaignac écrirait mal ou lirait mal? tout au contraire, il s'étudie à trop bien écrire et à trop bien lire. Sa parole est lente et scandée avec grand soin. Dans une question scientifique, le fond disparaît sous la forme; les habiletés de langage, les développements oratoires, les traits d'esprit, ce qu'en rhétorique on appelle les *lieux*, τοποι, toujours au service de ceux qui possèdent à fond l'art de parler ou d'écrire, tous ces ornements étrangers occupent le premier plan et rejettent dans l'ombre les arguments qui pourraient atteindre les médecins ou d'autres savants.

Aussi n'est-ce point là un de ces discours qu'il est possible d'analyser utilement. Ce que nous aurions pu faire, si le manuscrit eût été laissé au secrétariat suivant la coutume, c'était d'en donner un *spécimen ;* par exemple, quelqu'une des pages de fines plaisanteries, pleines de sel attique, sur la culture des virus, la *septiciculture*, et la crainte de voir les nouveaux virus ainsi développés, concentrés, devenant un jour définitifs, exercer leurs ravages comme le choléra, la peste, la variole.

Ce n'est point à dire que les arguments vraiment scientifiques fassent absolument défaut dans le discours de M. Chassaignac, mais ils y tiennent si peu de place, qu'il faudrait beaucoup d'attention pour les y trouver.

Du reste, cette discussion sur la septicémie nous paraît prématurée : les bases manquent. Les expériences de M. Davaine auraient besoin d'être mieux connues dans leur ensemble et dans leurs détails.

Je viens de relire les derniers mémoires de ce savant ingénieux, et j'ai vu que, faute de temps, il avait renoncé à décrire, suivant la méthode scientifique, chacun des faits observés par lui, ou même à donner seulement les chiffres de tous les résultats obtenus, soit positifs, soit négatifs. Il s'était borné à quelques exemples et à de larges indications, suffisantes sans doute pour constituer un titre de priorité, pour ouvrir la voie à des expériences futures, mais qui ne peuvent conduire à rien si elles ne sont pas complétées.

Il est impossible de savoir si les résultats obtenus concordent assez bien les uns avec les autres pour permettre de formuler une loi précise.

On sait combien sont délicates ces expériences qui aboutissent à la mort ou à la survie, lorsque les sujets en sont peu robustes et peu vivaces de nature. Il peut se rencontrer des séries, tant heureuses que malheureuses, qui modifient profondémnent les résultats.

Si l'on n'est pas mis au courant de toutes les conditions dans lesquelles se sont faites les expériences, conditions intrinsèques et extrinsèques, dose employée chaque fois et date de la mort, lésions trouvées à l'autopsie ou absence de toute lésion, l'autopsie ayant été faite, proportion de mortalité parmi les animaux vivant avec ceux-là en dehors de l'intervention expérimentale, etc.; si surtout on ne sait pas même combien il est mort d'animaux et combien en ont survécu dans chaque série, on ne peut que douter encore, ou se décider à croire sur la parole du maître, quand le maître, et je reconnais que ce serait ici le cas, est un homme trop perspicace pour donner à penser qu'il s'est trompé lui-même, trop consciencieux pour être soupçonné de tromper les autres.

Ainsi, la base principale du célèbre mémoire lu par M. Davaine dans la séance du 8 octobre, les expériences qu'il a faites sur 105 cobayes avec du sang soumis à une putréfaction plus ou

moins prolongée, en a-t-il vraiment communiqué la connaissance à ses auditeurs ou à ses lecteurs ?

Pas le moins du monde. Elles restent encore un secret personnel à lui seul.

« Un relevé statistique de tous ces cas, dit-il, pourrait avoir de l'intérêt, mais il prendrait beaucoup de temps ; je me bornerai donc à en extraire quelques groupes, que je comparerai entre eux. »

Connaîtrons-nous au moins la statistique de ces deux groupes ? Ce serait déjà quelque chose, car le premier comprend 22 cobayes inoculés avec du sang conservé de un à deux jours, et le second 44 cobayes inoculés avec du sang conservé de onze à soixante jours : total, 66 animaux, dont M. Davaine a relu l'histoire pour voir avec quel sang ils furent inoculés. Rien n'empêchera donc de donner tous les chiffres se référant à ces deux groupes, la perte de temps sera nulle... Eh bien, ici encore, notre curiosité ne sera pas satisfaite.

M. Davaine se borne à dire : « Sur les 22 cobayes du premier groupe, 17 ont été inoculés à la dose de une goutte à un centième de goutte ; 12 sont morts, 5 ont survécu. Sur les 44 cobayes du second groupe, 26 ont été inoculés à la dose de une goutte à un centième de goutte ; 1 est mort, 25 ont survécu. » Quant aux 23 autres animaux inoculés à des doses différentes, il n'en est pas dit le moindre mot.

Or, cet oubli n'est pas sans importance, quand on sait que, dans une série, M. Bouley a vu tous ses lapins mourir et M. Tillaux tous les siens vivre en les inoculant de la même manière, avec du sang de même date.

Ce qu'il y avait à établir par les expériences en question, ce n'était certes pas la possibilité d'une septicémie, d'un empoisonnement mortel par l'introduction de liquides provenant d'un corps en putréfaction. Cela, personne jamais n'en avait pu douter. Les piqûres anatomiques sont malheureusement assez fréquentes pour que la plupart d'entre nous en aient pu voir de près les résultats funestes chez quelques-uns.

Mais pourquoi pas chez tous ?

Pourquoi passent-elles inaperçues chez celui-ci et causent-elles la mort chez celui-là ?

Est-ce donc simplement une question de terrain ? ou bien une question de germe ? ou à la fois toutes les deux ?

Cette notion vague deviendrait scientifique, à proprement parler, du moment où, connaissant bien chacun des facteurs et chacune des circonstances essentielles, il serait possible de prévoir avec une certaine assurance le résultat d'une expérience ou d'un accident auquel on assiste.

La méthode expérimentale bien appliquée a conduit souvent à ce résultat, en ce qui touche d'autres questions. En isolant les uns des autres quelques éléments du problème, elle a permis de déterminer leur importance relative et de poser des lois au lieu de théories plus ou moins ingénieuses et plus ou moins probables.

Malheureusement, je n'ai pas besoin d'insister pour montrer que M. Davaine, du moins par ce qu'il a bien voulu nous faire connaître de ses expériences, n'a nullement sorti du vague cette grande question de la septicémie.

Il a montré qu'après avoir inoculé à des cobayes du sang putréfié, il avait vu les uns mourir, les autres survivre. La proportion n'était pas la même, mais il y avait des survivants et des morts dans chacun des groupes ; tantôt la quantité de substance putride introduite sous la peau était indifférente, ce qui ferait penser à un virus proprement dit ; tantôt, au contraire, elle avait une importance capitale, ce qui porterait à écarter cette hypothèse.

Des résultats tout à fait semblables auraient été également obtenus en inoculant, non plus des liquides en putréfaction, mais du sang tiré à des malades, soit à peine souffrants, soit gravement atteints de fièvre typhoïde.

Partout le nombre proportionnel des survies et des morts paraît différer seul ; et ce nombre, M. Davaine s'abstient de le donner en entier, quand il est un peu élevé, et pourrait acquérir ainsi de l'importance.

Ne l'ayant pas donné pour les cobayes, il en vient aux lapins par ces simples mots :

« Mes expériences sur les lapins ont donné des résultats tout à fait semblables ; je crois inutile de les rapporter ici. »

Je ne sais si tous les lecteurs auront éprouvé la même impression, mais les mémoires de M. Davaine m'ont donné le désir ardent de voir un homme moins occupé, pouvant consacrer plus de temps à noter tous les résultats, suivre les mêmes expériences, et nous sortir enfin du vague, s'il est possible.

Dr Victor Revillout.

HOTEL-DIEU. — M. N. Guéneau de Mussy.

Leçons cliniques sur le traitement du rhumatisme chronique (1).

L'arthrite chronique peut être localisée dans une seule articulation ou dans un petit nombre de jointures; quand elle est uni-articulaire, elle peut succéder à un traumatisme, à une contusion, à une entorse chez des sujets placés dans les conditions constitutionnelles que nous avons indiquées plus haut.

Dans ce cas, l'arthrite prend souvent le caractère fongueux, mais si l'élément *lymphatisme* n'est pas très-développé, si la persistance du travail morbide est entretenue par l'imprudence du malade et par la mauvaise direction du traitement, les lésions peuvent, pendant plusieurs années, rester limitées aux parties molles de l'articulation ; les fongosités paraissent développées en dehors de la synoviale, et les mouvements imprimés aux surfaces articulaires permettent de constater qu'elles sont demeurées intactes.

J'ai vu dernièrement une affection de ce genre chez un goutteux âgé de 60 ans. Il avait été soumis à de grandes épreuves morales ; sa constitution était forte en apparence, cependant il était pâle et anémié ; sa fille était morte tuberculeuse, sans qu'on pût imputer à l'influence maternelle l'origine de la syphilis chez cet enfant, car la mère est saine et vigoureuse ; évidemment, il y avait chez le malade, à côté de la goutte, une légère disposition lymphatique. A la suite d'une entorse de l'articulation tibio-tarsienne gauche qu'il s'était donnée plus de deux ans auparavant, l'articulation était restée tuméfiée, douloureuse. Cette tuméfaction lui donnait un volume considérable, et présentait un caractère fongueux très-accentué, qui fut constaté avec moi par deux des chirurgiens les plus distingués de Paris. Nous reconnûmes que les cartilages diarthrodiaux n'étaient pas altérés et que les ligaments distendus avaient conservé leur intégrité. Le malade, habitué à souffrir et bravant la douleur, avait continué à marcher et n'avait suivi aucun traitement régulier.

Des applications répétées de teinture d'iode, l'usage interne de l'iodure de potassium, la compression d'après la méthode du

(1) Suite. — Voir le dernier numéro.

docteur Burgraeve et quelques bains alcalins arsénicaux, triomphèrent en six semaines d'une affection qui durait depuis deux ans et demi.

J'ai vu, tout dernièrement aussi, une tuméfaction fongueuse des articulations tarsiennes, consécutive à un rhumatisme de ces jointures, chez un jeune homme de 25 ans, bien musclé, mais lymphatique et ayant de la goutte dans sa race. Comme le malade précédent, il avait continué à marcher, et même pendant quelque temps à monter cheval, malgré la gêne et la douleur que lui causait cette affection. Quand je le vis, il était malade depuis plus d'un an. Il avait été sans succès aux eaux de Lamalou.

Comme la note lymphatique était très-accusée chez ce jeune homme, je jugeai nécessaire d'opposer à cette affection un traitement énergique, consistant dans le repos horizontal, l'usage alternatif de l'iodure de potassium et de l'eau de la Bourboule à l'intérieur, et comme moyen topique, le fer rouge et la compression. M. le docteur Richet, appelé auprès du malade, partagea mon sentiment, et au fer rouge, traitemeent que j'avais proposé, substitua un moyen très-ingénieux qu'il a imaginé et qui combine l'action du feu avec l'acupuncture : il fit 12 à 15 piqûres avec des aiguilles de platine fixées dans des boules d'acier rougies au feu. Ces piqûres donnent issue à une sérosité visqueuse jaunâtre, qui continue à couler pendant une ou deux semaines par les petites ouvertures restées fistuleuses; il employa ensuite la compression, et au bout de sept à huit semaines, ce jeune homme était complétement guéri ; la tuméfaction, la douleur avaient disparu ; il ne conservait plus qu'un peu de raideur, qui se dissipa sous l'influence de l'exercice et de bains alcalins arsénicaux.

Que la constitution soit plus atteinte, que l'élément strumeux y ait imprimé plus profondément son cachet, que les conditions hygiéniques soient plus mauvaises, et alors on verra apparaître les lésions des cartilages, les fongosités et la suppuration intra-articulaires, en un mot, la *tumeur blanche* qui est placée avec raison en dehors des rhumatismes chroniques, quoique l'élément rhumatismal puisse être un des coefficients de son évolution initiale. Si on n'admet pas cette combinaison des diathèses, ces métissages, suivant l'expression de M. Pidoux, beaucoup d'affections chroniques sont pour le clinicien des problèmes insolubles.

Ainsi, dans l'étude de l'arthrite rhumatismale chronique, nous avons été amenés à toucher l'arthrite scrofuleuse dans laquelle l'élément arthritique, quand il intervient, ne forme qu'un rôle secondaire, tandis que dans les formes que nous allons actuellement étudier, c'est l'élément lymphatique qui est dominé, quand il se montre, par l'élément rhumatismal ou goutteux.

Chez les vieillards, les arthrites chroniques uni-articulaires ne sont pas rares. La coxalgie sénile en est une forme. Sous l'influence de la débilitation de la nutrition, ces arthrites peuvent aboutir à la destruction complète des cartilages, quelquefois avec éburnation des surfaces osseuses, épanchements séro-purulents dans les cavités articulaires. Ces altérations, graves dans la décentralisation sénile de la vie, ont ordinairement, sur la santé générale, une influence moins fâcheuse que celles qu'elles exercent chez l'adulte. Elles sont habituellement accompagnées, comme la plupart des phlegmasies des os, d'un travail hyperplastique Des stalactites osseuses environnent l'articulation malade, et j'ai montré, en 1836, à la Société anatomique, une pièce où on suivait l'évolution de ces stalactites, la tête du fémur était hérissée d'un chevelu de prolongements fibro-celluleux, qu'on voyait flotter quand on plaçait cet os sous l'eau. Quelques-uns étaient rendus rigides par des noyaux cartilaginoïdes ; dans quelques-uns de ceux-ci, on trouvait un dépôt osseux, et, à côté, on voyait des stalactites osseuses de forme et de grandeur diverses.

L'arthrite multi-articulaire est caractérisée cliniquement par la déformation des articulations qui lui ont valu le nom d'*arthrite noueuse* ou *déformante*, par des douleurs habituellement vives, exacerbantes, et par l'importance des mouvements.

A ces symptômes, viennent souvent s'ajouter des troubles consécutifs de la nutrition et de l'hématose.

Le caractère le plus saillant est la déformation articulaire. Dans beaucoup de cas, les articulations déformées offrent un volume considérable. Les petites jointures des extrémités forment des nœuds ou des tumeurs arrondies qui se dessinent en relief sur l'amaigrissement et l'atrophie des parties voisines.

Les articulations malades peuvent être fongueuses, empâtées, leur aspect rappelle les tumeurs blanches, et cette forme de lésion peut envahir simultanément un grand nombre d'articulations. Elle peut ne se montrer que dans un petit nombre de jointures malades, et les articulations ainsi altérées peuvent présenter des mouvements anomaux.

On peut, avec ces fongosités, constater des épanchements liquides qu'on observe surtout dans les genoux.

D'autres fois, l'arthrite est sèche ; les mouvements sont accompagnés de craquements. Les articulations peuvent se détruire, comme nous l'avons dit à propos du rhumatisme chronique mono-arthritique. Les extrémités des os peuvent s'éburner ; des stalactites osseuses ou des ostéïdes peuvent se développer autour ou à l'intérieur de la cavité articulaire.

(*A suivre.*)

CLINIQUE MÉDICALE DE L'HOTEL-DIEU

M. Béhier.

Pleurésies à épanchements modérés : thoracentèse avec trocarts capillaires et aspiration. — Appareils divers (1).

Depuis, M. Castiaux a souvent employé, au lieu de ce trocart, une aiguille tubulée dont la pointe, une fois la ponction faite, peut être rentrée et dissimulée à l'aide d'un petit mécanisme fort ingénieux, mais c'est là un détail peu important.

Le jeu de cet appareil est analogue à celui que je vous indiquais pour l'appareil Potain, comme pour l'appareil de M. Jules Guérin. Le vide fait dans l'appareil et le trocart enfoncé dans la plèvre, le dard est retiré, et le robinet de la canule fermé avec les précautions que je vous ai indiquées; puis le tube qui ne porte pas la pompe et communique avec le récipient où est fait le vide, est adapté à l'orifice extérieur de la canule ; le robinet de celle-ci est ouvert, puis le robinet du tube, et le liquide aspiré arrive par le tube central dans le récipient. Comme vous le voyez ici, aucun jeu de robinet dans le bouchon, d'où simplicité plus grande de la manœuvre et économie réelle.

Le tube central que porte l'appareil de M. Castiaux a, selon moi, une utilité réelle. D'abord, à l'aide d'une pompe refoulante, il peut servir à vider l'appareil. Pour cela, on ferme le robinet du tube pectoral qu'on retire de la canule préalablement fermée.

La pompe foulante accumule l'air dans l'appareil, et quand

(1) Fin. — Voir le numéro du 14 janvier 1873.

on ouvre le robinet du tube pectoral, le liquide contenu dans la carafe s'échappe jusqu'à la fin. Le robinet du tube est fermé, la pompe aspirante est substituée à la pompe foulante, et l'opération peut être recommencée si l'abondance du liquide le nécessite. Mais cette vidange de l'appareil n'est pas l'utilité véritable de ce tube central, car on a à peu près aussi vite fait de fermer le robinet de la canule, celui du tube qui y était adapté, d'oter le bouchon et de vider directement le vase. Mais l'utilité véritable, c'est que si vous voulez après l'aspiration faire une injection médicamenteuse, vous n'avez qu'à mettre dans le récipient vidé de la sérosité, le liquide que vous voulez injecter, puis vous substituez la pompe foulante à la pompe aspirante, et au moment où vous ouvrez le robinet du tube adapté à la canule, le liquide passe dans la cavité thoracique. Pour le retirer sans rien changer à la position du malade ou de l'appareil, vous faites jouer la pompe aspirante et vous voyez le liquide médicamenteux sortir de la plèvre et remplir le récipient comme s'il s'agissait d'une simple thoracentèse évacuatrice. Vous voyez maintenant l'utilité du tube central de cet appareil qui permet sans grand mouvement de faire des lavages très-larges de la plèvre.

Enfin, pour tout dire, l'appareil de M. Potain, comme l'appareil de M. Castiaux, offre cette disposition qu'à peu de distance du robinet qui s'adapte à la canule le tube en caoutchouc est interrompu par un petit tube de verre bien ajusté qui sert à voir quelle est la nature du liquide que l'on extrait, et aussi avec quelle régularité ou quelle rapidité l'aspiration est opérée. Cet appareil de M. Castiaux semble donc plus complet que les autres. En outre, M. Castiaux y joint l'emploi d'un *tube dit d'exploration*. C'est un très-petit tube de verre garni de deux robinets hermétiquement soudés à chacune de ses extrémités. De ces deux robinets, l'un est coiffé par un ajutage à frottement d'une aiguille creuse excessivement fine; l'autre porte un robinet qui peut recevoir l'extrémité de la seringue aspirante. L'extrémité armée de ce tube étant fermée par son robinet, l'autre extrémité reçoit sa pompe aspirante, et le robinet correspondant étant ouvert on fait l'aspiration dans le tube et on ferme le robinet supérieur. On a alors un petit tube armé d'une aiguille creuse très-mince et partant très-facile à faire pénétrer à travers la paroi thoracique. Ce petit appareil est du reste très-facile à manier. Etant donné un épanchement, on introduit l'aiguille à travers la paroi thoracique, ce qui se fait très-facilement; on ouvre le robinet voisin de cette aiguille, lequel établit la communication entre la cavité pleurale et le tube où existe le vide. Le liquide afflue et remplit le tube. On peut alors apprécier à travers les parois de verre les qualités de ce liquide, voir s'il est séreux, puriforme ou purulent, et on prend son parti en conséquence.

Ce petit *appareil explorateur* est véritablement très-commode mais à tout prendre on peut s'en passer, car les premières portions de liquide qui tombent dans l'appareil peuvent vous renseigner même au moment où elles passent par le petit tube de verre qui commence en quelque sorte le tube aspirateur.

Au reste, cet appareil aussi a fait ses preuves. Vous l'avez vu fonctionner pour nos malades, et vous avez vu avec quelle facilité il marche et avec quelle innocuité il peut être appliqué. Déjà nombre de fois ailleurs, et surtout dans le service de notre ami, le docteur Frémy, l'auteur l'a mis en œuvre et il a retiré tantôt 400 grammes de sérosité avec guérison immédiate, et ailleurs 2,400 avec non moins davantage. Il est, remarquez-le, plus simple à la fois et plus complet; mais tel que M. Castiaux le présente, il a un inconvénient réel : c'est son prix très-élevé. C'est, soyez-en convaincu, un vice rédhibitoire que le prix élevé d'un appareil. C'est un obstacle réel à la vulgarisation de l'opération. J'ai donc alors demandé à M. Aubry, fabriquant d'instruments de chirurgie, qui s'est prêté de la meilleure grâce à cette tentative, de supprimer toutes les choses inutiles et le luxe instrumental, et j'ai obtenu de lui un appareil complet qui ne va pas au-delà de 20 et 25 francs avec deux pompes, l'une aspirante, l'autre foulante, et les trocarts nécessaires. Cet appareil, vous le voyez ici, et vous l'avez vu fonctionner au lit des malades. Vous avez pu constater avec quelle facilité vous pouviez le manœuvrer. Une modification peu considérable faite au robinet aspirateur a primitivement permis de pouvoir faire remplir à l'appareil l'office de siphon aspirateur ou injecteur au besoin. Du reste, retenez le bien, messieurs, tous ces divers appareils, ceux de M. Potain, de M. Castiaux, celui que j'ai fait modifier tout cela, ce ne sont autres choses que les appareils de MM. Jules Guérin et Laugier appliqués à la thoracentèse capillaire. Ces appareils répondent bien aux conditions indispensables; *Ils font le vide préalable*, *ils sont faciles à adapter aux canules capillaires*, *le vide peut y être augmenté* ou *renouvelé selon le besoin; enfin, grâce aux dernières modifications* que nous leur avons fait subir, *ils sont d'un prix peu élevé*, ils sont de *construction solide* et *ne demandent*, *s'ils s'altèrent*, *l'intervention d'aucun ouvrier spécial.* Ce sont là les conditions indispensables pour *l'emploi de plus en plus étendu de la thoracenthèse*, à titre de *moyen de traitement*, même dans les *épanchements médiocres.* Ces appareils rendent l'opération facile, je vous ai démontré qu'elle était d'une innocuité parfaite; les faits vous ont prouvé les avantages considérables qu'elle présente; le problème est donc résolu dans ses termes essentiels et vous pouvez, en toute sûreté, employer désormais ce moyen de traitement bien plus sûr et bien plus rapide que tout autre dans les épanchements pleurétiques, même peu considérables.

En terminant, laissez-moi vous dire, messieurs, que je serai heureux si les enseignements que vous avez puisés de ce côté, à la Clinique, vous ont été profitables, et si, plus tard, alors que vous serez appelés à donner vos conseils ou à prendre vous même, seuls et de suite votre parti, vos souvenirs d'études peuvent vous procurer la hardiesse raisonnée et vous soutenir dans les luttes que vous aurez à supporter pour secourir vos malades.

KYSTE SALIVAIRE DE LA PAROTIDE

Par le Dr J.-B. Bouchaud.

Une jeune fille de 9 à 10 ans m'est amenée par son père en juillet 1866, pour une tumeur qu'elle portait à la face.

Cette enfant est bien constituée, non scrofuleuse et d'une bonne santé habituelle.

Sans cause appréciable, elle a vu apparaître, il y a plus d'un an, et se développer graduellement, sans gêne et sans douleur, une tumeur sur la joue droite. — Pour la faire disparaître, elle a employé des topiques variés qui n'ont pas eu d'autre résultat que d'irriter et d'enflammer la peau.

La tumeur a la grosseur d'un petit œuf et une forme arrondie. Située au-devant du lobule de l'oreille, et au-dessous de l'arcade zygomatique, elle atteint le bord antérieur de la branche montante du maxillaire. Elle est molle, fluctuante, ne glisse pas au-dessus des parties sous-jacentes, et la peau qui la recouvre est rouge, excoriée et adhérente.

Au dire de la malade, elle n'augmente pas au moment de la mastication, et le côté droit de la bouche est tout aussi humide que le côté gauche.

L'indocilité de l'enfant ne permet pas de sonder le canal de Stenon.

De pareils signes indiquent bien l'existence d'un kyste, mais ceux qui ont été jusque là rencontrés dans cette région étant en très-petit nombre, on ne saurait porter un diagnostic plus complet.

Je me décide à une ponction avec le trocart capillaire. La poche se vide rapidement, et j'obtiens un liquide clair, un peu jaunâtre, légèrement visqueux et coloré en rouge par un peu sang mélangé.

Voyant la tumeur disparaître, la jeune malade se croit guérie, et tout heureuse, se prépare à reprendre le chemin de sa demeure, mais elle me revient quelques heures après. Elle a mangé, et à mesure que la mastication s'opérait, la tumeur reprenait son volume.

Je me contente, pour le moment, d'établir un bandage compressif, en attendant qu'on puisse faire mieux.

L'enfant revint quinze jour après dans le même état que précédemment. Persuadé alors qu'il s'agissait bien d'un kyste salivaire, je dus me demander à quelle opération il fallait avoir recours. Ouvrir largement le kyste exposait à voir persister une fistule ; faire des injectious iodées n'offrait pas plus de chances de succès. Je crus qu'il fallait tenté, ce qui est conseillé par M. Nélaton, d'établir une fistule interne. Dans ce but, je fais une ponction par la face interne de la joue, au devant du masséter, et je vide le kyste. J'introduis ensuite, par la canule, un fils d'argent que je laisse en place, après l'avoir recourbé au niveau de l'orifice buccal de manière à le fixer sur le crâne, espérant que le liquide salivaire prendrait son cours autour du fils métallique. Il n'en fut rien. La jeune fille, gênée par le corps étranger, s'en débarasse avant quarante-huit henres, et les choses reprennent leur état primitif.

Dans cette seconde opération, je pris soin d'analyser, à l'aide du réactif de Trommer, le liquide retiré par la ponction, et j'obtins une transformation rapide de l'amidon cuit en glycose tout aussi bien qu'avec la salive ordinaire.

La malade reste dès lors chez elle, ne voulant plus se soumettre à aucune opération ; elle continue cependant l'emploi de divers topiques irritants, et la tumeur finit par s'ouvrir. La suppuration dure peu ; un écoulement salivaire suit et persiste quelques semaine. Après cela, tout se ferme, et la malade se trouve guérie sans qu'il soit sorti aucun calcul.

Il ne reste plus maintenant qu'une cicatrice légère.

Les kystes salivaires de la parotide, aussi simples et aussi nets, sont si exceptionnels que le cas que nous venons de citer nous semble offrir un certain intérêt..

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 14 janvier 1873. — Présidence de M. DEPAUL.

CORRESPONDANCE OFFICIELLE

M. le ministre de la guerre adresse à l'Académie un exemplaire de la 33e livraison de la carte de France, dressée par l'État-major.

M. le ministre de l'agriculture et du commerce transmet :

1° Le compte rendu des maladies épidémiques qui ont régné en 1871 dans le département de la Charente-Inférieure ;

2° Un rapport de M. le docteur Maichecq sur une épidémie d'angine qui a régné dans cette ville pendant l'année 1871 (commission des épidémies);

3° Un rapport de M. le docteur Dubois sur le service médical des eaux minérales de Vichy pendant l'année 1871 (commission des eaux minérales).

CORRESPONDANCE NON OFFICIELLE

La correspondance non officielle comprend :

1° La relation d'une épidémie de stomatite ulcéreuse observée au dépôt de 65e de ligne à Auxerre (Yonne), par le docteur Favier (commission des épidémies);

2° Une lettre de M. Netter, relative au rapport signalé entre le typhus d'une part, et d'autre part *l'endémie* scorbutique et la famine. M. Netter rappelle qu'à la suite de la guerre de Crimée, devant la Société de médecine de Constantinople, il a le premier établi ce rapport et qu'il est revenu à plusieurs reprises sur cette question dans diverses publications, notamment dans ces lettres sur la contagion publiées par la *Gazette des hôpitaux* en 1863 ;

3° Un mémoire sur *le cancer* de l'utérus et ses rapports avec le digestion et le sang, par M. le docteur Kuntler de Placerville (Californie);

4° Une note complémentaire sur les épidémies de fièvre jaune de l'île de Gorée, par M. le docteur Beranger-Féraud, médecin en chef de la marine (commission des épidémies);

5° Une lettre de M. Purry, qui demande à être inscrit à l'ordre du jour de l'une des séances prochaines pour faire une communication sur l'état actuel de la science et de la pratique médicale.

M. BUSSY présente, de la part de M. Limousin, pharmacien à Paris, la description et quelques échantillons de nouvelles capsules en pain azyme, destinées à l'administration des poudres médicamenteuses (comm.: MM. Mialhe, Gubler et Pidoux).

M. GUÉNEAU DE MUSSY présente, de la part de M. Decamps, ancien médecin de marine, le modèle d'un lit mécanique dont il donne la description.

M. BOUILLAUD dépose sur le bureau une brochure de M. le docteur Krishaber, intitulée : *De la névropathie cérébro-cardiaque.*

M. LE PRÉSIDENT annonce à l'Académie la perte qu'elle vient de faire dans la personne de M. Dubois (d'Amiens), décédé à Amiens le 10 courant, et dans la personne de M. Huguier, membre titulaire décédé à Paris le 12 janvier.

M. LE SECRÉTAIRE PERPÉTUEL INTÉRIMAIRE, sur l'invitation de M. le président, lit le discours qu'il a prononcé sur la tombe d M. Dubois (d'Amiens).

Discours prononcé par M. Béclard aux obsèques de Dubois (d'Amiens).

Messieurs,

Le confrère éminent, qu'après trois années de cruelles souffrances, la mort vient d'enlever à sa famille et à ses amis, laissera dans la science une mémoire respectée. L'Académie de médecine de Paris, dont il était le secrétaire perpétuel et dont il dirigea les travaux pendant près d'un quart de siècle, inscrira son nom au nombre de ceux qui l'ont le mieux servi.

M. Dubois était né dans les dernières années du siècle passé. En 1828, il terminait à Paris ses études médicales et partait presque aussitôt pour Saint-Pétersbourg en compagnie d'un jeune Français; dont il dirigeait l'éducation. Aussi, lorsqu'il reprit sa carrière interrompue, il y apporta des goûts littéraires qu'il ne devait plus cesser de cultiver.

A peine de retour, on le voit rassembler les matériaux d'un traité de pathologie générale, publier, presqu'en même temps, un plan complet d'études médicales, une série de brochures sur la doctrine de Gall, sur celles de Broussais et de Cabanis, et concourir avec succès pour l'agrégation à la Faculté de médecine.

En 1846, les portes de l'Académie s'ouvrent devant lui, et il devient bientôt un des membres les plus actifs, un de ceux que les discussions les plus importantes trouvent toujours prêts à la lutte. Peu après, il prenait part aux épreuves du concours ouvert à la Faculté pour une chaire de pathologie interne. Il ne fut pas nommé, mais les suffrages se partagèrent presque également entre l'heureux vainqueur et le redoutable vaincu.

En 1847, les suffrages de l'Académie, en l'appelant au fauteuil devenu vacant par la mort de Pariset, le mirent enfin à sa véritable place. Il faut d'abord lui rendre cette justice que personne ne lui contestera, c'est qu'en devenant l'administrateur scientifique et littéraire de la Compagnie, et, en quelque sorte, son chargé d'affaires vis-à-vis du public, il comprit toute l'étendue de ses devoirs, prit à cœur ses fonctions nouvelles et porta sa sollicitude sur des intérêts jusque-là fort négligés sous le règne débonnaire de son prédécesseur.

Ici s'ouvre pour M. Dubois la partie la plus brillante de sa carrière, celle qu'il aimait le mieux à rappeler, celle qui avait laissé dans son cœur les plus vifs souvenirs. Tous les ans, dans une séance solennelle, et devant un auditoire d'élite, M. Dubois, en sa qualité de secrétaire perpétuel, prononçait l'éloge d'un des membres décédés de la Compagnie. D'années en années, le talent de M. Dubois prenait plus d'ampleur et d'éclat. On peut citer comme ses œuvres, peut-être les plus achevées, quoique dans des genres différents, l'éloge d'Étienne Geoffroy Saint-Hilaire, dans lequel l'indomptable rival de Cuvier est peint sous des couleurs saisissantes, et celui d'Achille Richard, dans lequel l'auteur assouplit son style et nous conduit dans le gracieux domaine de l'empire des fleurs.

Les auteurs favoris de M. Dubois étaient ceux du grand siècle; il en avait le culte, et rien ne pouvait lui être plus agréable que d'entendre dire qu'on les retrouvait dans ses écrits.

Animé de la noble et courageuse ambition de dire à tous la vérité, alors même qu'elle n'est pas agréable à entendre, M. Dubois n'a pas toujours flatté ses modèles, et s'est parfois montré hardi jusqu'à la témérité. C'est qu'il avait hâte de porter sur ses personnages l'impartial jugement de l'histoire. Il pensait que si le panégyriste peut au seuil de la tombe n'exprimer que des regrets, il est bon dans les académies d'ajouter à ces regrets des vérités utiles, et qu'enfin, lorsqu'on n'a plus devant soi que des lecteurs, on ne doit aux morts qu'une seule chose : la justice.

J'ai la conscience, dit-il, dans l'introduction qui précède la collection de ses éloges, j'ai la conscience d'avoir rempli mon devoir avec équité et modération, je puis même dire avec bienveillance.

Les critiques que soulevèrent son éloge de Chomel l'affligèrent profondément, mais ne l'ébranlèrent pas. Il prit encore une fois la plume pour se donner, ainsi qu'il le dit lui-même, l'indicible bonheur de toujours louer, et l'éloge de Thénard, qu'il prononça en 1861, fut le dernier.

Les louanges méritées qu'il avait si souvent conquises il les pouvait goûter encore, et d'autant plus douces qu'il avait senti les amertumes de la critique. Fort de sa conscience il préféra se renfermer dans le silence; il s'effaça et abandonna le premier rôle pour ne plus jouer que le second, mais pour le jouer en maître.

Ce n'est pas ici le lieu, et le moment n'est pas venu d'examiner l'œuvre de M. Dubois avec toute l'attention qu'elle mérite. Ce qu'on peut dire, c'est que l'impression générale qu'on retire cette salutaire lecture, c'est le sentiment profond de la mission morale de l'écrivain. Point de ces croquis de fantaisie dans lesquels le peintre cherche plus à faire valoir la richesse et le brillant de sa couleur qu'à reproduire sincèrement les traits de son modèle. Point de ces portraits délicats et raffinés dans lesquels le personnage s'efface sous les grâces tempérées de la forme; mais des compositions larges, fermes et vigoureuses et peintes à grands traits, des ressemblances frappantes et fortement accentuées.

Dans sa conversation, M. Dubois tenait toutes les promesses de l'écrivain. Ceux qui ont pénétré dans son intimité ne perdront pas le souvenir de ses anecdotes pleines de verve. Par la bonne humeur de ses récits, il semblait chercher à oublier les douloureuses atteintes d'une santé déjà chancelante.

Composées pour occuper les loisirs de sa retraite anticipée, les deux remarquables études sur la dernière maladie de J.-J. Rousseau et sur la mort de J. César, et dont il me pria de donner pour lui lecture à l'Académie furent, en quelque sorte, son testament littéraire et scientifique.

Sa santé subit brusquement une altération profonde. Il quitta Paris et se réfugia dans sa ville natale, au milieu des siens. Grâce aux soins dévoués de sa femme et de ses enfants, il put vivre encore, ou plutôt souffrir de longs mois, pour s'éteindre enfin le 10 janvier, à l'âge de 75 ans.

Je n'ai pas oublié, et je n'oublierai jamais, qu'il y a dix ans, tandis que M. Dubois était encore plein de santé et dans toute la maturité du talent, il prit un jour par la main pour le placer près de lui celui que, dans son indulgence, il appelait alors son jeune émule.

Aussi j'ai tenu à honneur de venir parmi vous pour porter la parole au nom de l'Académie, et recherché le douloureux devoir d'adresser à mon cher maître un dernier adieu.

Discussion sur la septicémie.

M. CHASSAIGNAC. (Voir le Premier-Paris.)

Rien n'étant plus à l'ordre du jour, la séance est levée à 5 heures moins le quart.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

L'Association française contre l'abus du tabac et des liqueurs alcooliques a constitué son bureau, pour 1873, de la manière suivante :

Présidents d'honneur : MM. les docteurs Jolly et Jules Guérin. — *Président annuel* : M. le docteur Brière de Boismont. — *Vice-présidents* : MM. de Beaupré, Crivelli (Louis), le docteur Boucher, le docteur Vernois. — *Secrétaire général* : M. Decroix. — *Secrétaires des séances* : MM. Decret et Gindre-Malherbe. — *Secrétaire pour l'étranger* : M. A. Delondre. — *Archiviste* : M. Ch. Lucas. — *Trésorier* : M. Bourrel.

— Une place d'interne est vacante à l'Asile public d'Aliénés de La Roche-Gandon (Mayenne). — Les candidats devront, pour se conformer aux règlements, fournir l'acte de naissance, un certificat d'études et un certificat d'externat dans les hôpitaux; ils devront adresser ces pièces avec leur demande à M. le préfet de la Mayenne. — Les avantages sont : le logement, chauffage, éclairage, blanchissage, nourriture et 800 francs d'appointements.

— On demande un médecin pour Pontault (Seine-et-Marne), ligne de Mulhouse, — Bonne clientèle, pharmacie, logement. — S'adresser au maire de Pontault.

— Clientèle à céder gratuitement près Paris. Produit : 9,000 fr.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Tous les livres annoncés dans ce Bulletin sont déposés aux bureaux du journal. Une personne, attachée à l'administration de la *Gazette*, est chargée spécialement de satisfaire aux demandes de nos abonnés (achats de livres, instruments et autres objets).

Recherches expérimentales sur le fonctionnement du cerveau, par le docteur Édouard FOURNIÉ, médecin adjoint à l'institut national des Sourds-Muets. — In-8° avec 4 planches coloriées. — Paris, Adrien Delahaye.

Étude critique de la trophonévrose faciale, physiologie pathologique, par le docteur Henri FRÉMY. — In-8°. Prix : 3 francs. Paris, Adrien Delahaye.

Contribution à la chirurgie des fractures des membres; appareils nouveaux, par le docteur Louis BEAU (de Toulon), médecin en chef de la marine. — Paris, 1872, in-8° de 124 pages avec figures intercalées dans le texte. Prix : 3 francs. — J.-B. Baillière et fils.

Recherches sur la conservation temporaire des cadavres au point de vue des travaux de dissection et de médecine opératoire, par le docteur Ch. Leprieur.— In-8°. Prix : 2 francs. Paris, Adrien Delahaye.

De la suppression de la compression digitale préliminaire dans l'amputation des membres. Description de procédés nouveau, par le docteur Charles Pillet.— In-8°. Prix : 2 francs. — Paris, Adrien Delahaye.

Contribution à l'étude de l'alcoolisme, par le docteur G. Marty. — In-8°. Prix : 2 francs. — Paris, Adrien Delahaye.

Tribut à l'histoire de l'embolie des artères vertébrales, par M. le docteur Huret. — In-8° avec 2 planches lithographiées. Prix : 2 francs. — Paris, Adrien Delahaye.

Du traitement de la syphilis, par le docteur E. Blacher, ancien élève de l'hôpital du Midi. — In-8°. Prix : 1 fr. 50. — Paris, Adrien Delahaye.

Histoire de la médecine et des doctrines médicales, par M. le docteur Bouchut. 2e édition. 2 vol. in-8°. — Prix : 16 francs. — Germer Baillière.

Nouveau Dictionnaire de médecine et de chirurgie pratiques, illustré de figures intercalées dans le texte. Directeur de la rédaction : S. Jaccoud. Se composera d'environ 30 volumes gr. in-8° cavalier de 800 pages, avec figures intercalées dans le texte. Prix de chaque volume : 10 francs.

Les tomes I à XVI sont en vente.— Les principaux articles du tome XVI sont : *Genou*, par Panas; *Géographie médicale*, par M. Rey; *Glandulaire* (Tissu), par Th. Laennec; *Glaucôme*, par Cusco et Abadie; *Glycose*, par Buignet; *Goitre* et *Goitre exophthalmique*, par Luton; *Glycérine* et *Goudron*, par Héraud et Barrallier; *Goût*, par Math. Duval; *Goutte*, par Jaccoud et Labadie-Lagrave; *Gravelle*, par Desnos; *Greffe animale*, *Greffe épidermique*, par Math. Duval; *Grenouillette*, par Desprès; *Grippe*, par H. Gintrac, etc. — Paris, 1873, J.-B. Baillière et fils.

Du rhumatisme aigu et de ses diverses manifestations chez les enfants, par le docteur Constant Picot. — In-8°. — Prix 3 fr. 50.— Paris, Adrien Delahaye.

Le Directeur : Dr E. Le Sourd.

Paris. —Typographie A. Pougin, quai Voltaire, 13.

N° 7. — SAMEDI 18 JANVIER 1873. 46e ANNÉE. SAMEDI 18 JANVIER 1873. — N° 7.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Bureaux : 57, rue des Saints-Pères, 57
PRÈS L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix d'abonnement
doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

On s'abonne hors de Paris
dans les bureaux des Messageries et chez les Libraires
Les lettres non affranchies sont refusées.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui n'en peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS		
Trois mois. .	8 fr. 50 c.	
Six mois. . .	16	—
Un an. . . .	30	—

POUR L'ÉTRANGER le port en sus suivant les derniers tarifs des Postes.

REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE

Du zona frontal ou ophthalmique et des lésions oculaires qui s'y rattachent.

Dans la belle leçon de M. Bouchut sur le zona et l'herpès produit par la névrite, recueillie par M. Labadie-Lagrave et insérée dans les numéros des 7 et 9 janvier, nous trouvons, parmi les faits invoqués comme preuve de la dépendance immédiate qui lie le zona à une affection des nerfs subjacents, le fait, consigné dans un mémoire récent du docteur Wyss (de Zurich), d'un zona ophthalmique avec altération profonde du nerf ophthalmique de Willis à son point d'émergence, au niveau du ganglion de Gasser.

Nous saisissons cette occasion pour signaler à nos lecteurs un travail très digne d'intérêt que vient de publier M. le docteur Alb. Hybord, sous le titre inscrit en tête de cet article ; travail qui lui a été suggéré par un fait de ce genre, qu'il a eu l'occasion d'observer il y a deux ans à l'hôpital des Cliniques dans le service de M. le professeur Richet, dont il était alors l'interne. C'est à l'aide de ce fait et de quelques observations semblables qui lui ont été communiquées par MM. Galezowski et Lailler, pris comme point de départ et rapprochés des principaux travaux publiés sur ce sujet, tant en Angleterre qu'en Allemagne, que M. Hybord a cherché à tracer une histoire générale d'ensemble de cette affection.

Sous le nom de zona frontal ou ophthalmique, M. Hybord désigne, avec les auteurs anglais, une éruption herpétique dont les groupes de vésicules sont en rapport avec la distribution des ramifications superficielles de la première branche du nerf trijumeau.

Voici les caractères principaux qu'il lui assigne :

Le zona frontal ou ophthalmique peut être précédé de phénomènes précurseurs, ou, au contraire, apparaître d'emblée.

Les phénomènes précurseurs sont locaux ou généraux. Les premiers consistent en des modifications de la sensibilité. M. Hybord les a trouvées, avant toute modification cutanée, dans 47 cas où le mode de début a été soigneusement établi. Le plus habituellement, ces douleurs sont constituées par de véritables douleurs névralgiques. M. Hybord établit à cet égard une distinction basée sur l'époque, plus ou moins éloignée, à laquelle les douleurs remontent.

Dans une série de faits, la douleur névralgique n'a précédé l'éruption que d'un temps relativement court, de quelques heures à un, deux, trois ou quatre jours au plus.

Dans une seconde série, les douleurs ont été antérieures à l'éruption de plusieurs jours, de huit à dix et même quinze jours.

Dans une troisième, les douleurs existaient depuis longtemps, depuis un ou plusieurs mois.

Des douleurs oculaires ont accompagné quelquefois, dès le début, les autres phénomènes douloureux de la face.

Les autres symptômes locaux, précurseurs de l'éruption, sont sans importance ; ce sont des démangeaisons, des fourmillements, un sentiment de cuisson, de chaleur.

Les phénomènes généraux précurseurs, apparaissant en même temps que la douleur névralgique, ou peu après, consistent simplement en du malaise, de l'insomnie, quelquefois des vertiges, des étourdissements, des troubles gastriques. Parfois aussi il se manifeste des symptômes fébriles.

Dans quelques cas, les phénomènes généraux sont constitués par l'appareil symptomatique qui annonce ordinairement l'urticaire ou l'érythème nerveux, frissons plus ou moins violents et prolongés, malaise, courbature, vomissements, céphalalgie frontale ou générale.

Que le zona ait débuté d'emblée ou qu'il ait été précédé de phénomènes prodromiques, l'éruption suit une évolution qui est toujours à peu près la même. Comme dans le zona des autres parties du corps, apparaissent d'abord des plaques rouges, érythémateuses, le plus souvent accompagnées d'un sentiment de cuisson et de démangeaisons pénibles.

Après un temps variable, de quelques heures à un ou deux jours, sur ces plaques naissent des vésicules, dont la forme, le volume et le nombre varient suivant la confluence de l'éruption et l'étendue du territoire cutané de la branche ophthalmique qu'elles occupent.

L'éruption vésiculeuse n'occupe pas, avec la même fréquence, les divers points du territoire cutané innervé par la branche ophthalmique. Elle se borne le plus souvent à un ou plusieurs points de la région orbito-fronto-pariétale.

Les phénomènes généraux qui accompagnent l'éruption sont habituellement peu prononcés et de peu d'importance.

Les douleurs qui peuvent précéder l'éruption d'un temps variable ou n'apparaître qu'avec elles, constituent, pendant la durée

de l'évolution des vésicules, le symptôme le plus constant et le plus pénible. Conjointement avec ces douleurs, on observe pendant l'éruption des altérations de la sensibilité cutanée, anesthésie, analgésie, thermoparalysie, etc.

Le côté le plus intéressant et le moins connu de l'affection dont il s'agit est la série des altérations oculaires. De toutes ces lésions, les plus fréquentes sont celles de la conjonctive. Cette membrane est souvent simplement congestionnée. D'autres fois, elle est franchement enflammée. Dans quelques cas, il existe de véritables vésicules sur un point quelconque de la conjonctive, mais surtout vers le bord de la cornée. M. Hybord a constaté une fois une altération de la sensibilité de la conjonctive après l'éruption, anesthésie complète de la portion de cette membrane qui entoure la cornée.

La fréquence des lésions de l'iris et de la cornée est un fait remarquable dans le zona ophthalmique; elles se sont montrées dans près de la moitié des faits relevés. La kératite et l'iritis sont isolées ou réunies; la kératite peut se montrer sous des formes différentes. Superficielle ou profonde, ne causant quelquefois que le dépolissement de la membrane, elle produit plus souvent des ulcérations ou des opacités plus ou moins étendues. Les ulcérations de la cornée sont uniques ou multiples; quelquefois superficielles, elles sont souvent abruptes et profondes et entament une partie des lames de la membrane. Elles se forment en général avec une grande rapidité; leur durée est variable; elles guérissent habituellement. Dans quelques cas cependant, l'ulcération a abouti à la perforation de la cornée.

L'iritis, moins fréquente que la kératite, se montre le plus souvent avec le caractère aigu habituel.

Les lésions de la cornée et de l'iris sont, le plus souvent, en relation avec la présence de l'éruption sur le côté du nez.

La cornée et l'iris se prennent, que l'éruption siége sur tout le côté ou sur l'aile du nez, ou qu'elle n'occupe que la moitié supérieure et même un point encore plus limité de l'organe; les lésions peuvent être aussi graves dans cette dernière condition que dans la première.

L'éruption peut envahir le nez, de la racine à la pointe, sans que l'œil soit fatalement atteint.

Enfin, l'œil peut souffrir, alors même que l'éruption est limitée au front et à la paupière supérieure.

Ainsi, dans le zona opththalmique, l'iris et la cornée souffrent rarement quand l'éruption ne siége pas sur le territoire des branches du nerf nasal; ils souffrent habituellement quand tout le côté dn nez est envahi; l'iris et la cornée sont d'autant plus exposés à souffrir, et peut être à souffrir gravement, que l'éruption recouvre tout le côté du nez ou l'aile du nez.

Isolés ou réunis aux lésions précédentes, les paralysies des muscles de l'œil ne se sont pas montrées fréquentes. M. Hybord n'en a trouvé que 7 exemples. Elles ne lui ont paru avoir aucune relation avec l'intensité des douleurs, la gravité et la distribution spéciale de l'éruption cutanée.

Enfin M. Hybord a réuni dans un paragraphe spécial les altérations de l'organe de la vue, que l'on ne rencontre qu'exceptionnellement dans ces cas là, telles l'amblyopie, l'inflammation de la sclérotique, la suppuration de l'œil et la perforation de la cornée.

L'anatomie pathologique a démontré dans le zona l'existence d'un processus irritatif, d'une inflammation, d'une véritable névrite du ganglion spinal ou du tronc nerveux dont le territoire cutané a été envahi par l'éruption. Les résultats nécrophiques, qui sont dus surtout à M. Wyss, cités dans le travail de M. Hybord et dans la leçon de M. Bouchut, confirmeraient à cet égard les faits cliniques, où l'on a vu, en effet, le zona survenir à la suite de blessures de nerfs (zonas traumatiques), apparaître dans le cours de myélites chroniques (zonas secondaires) et où l'éruption se rattache à l'irritation et à l'inflammation de certaines régions du système nerveux. Or, ajoute M. Hybord, le zona étant toujours identique à lui-même, ayant toujours le caractère fondamental d'être subordonné à la distribution du nerf sous-jacent, doit dériver d'un processus identique. D'où il est conduit à formuler cette conclusion :

Le zona spontané, comme le zona traumatique et le zona secondaire, est l'expression cutanée d'une névrite ou d'une irritation causée par une hyperémie active, ayant pour siége soit le ganglion spinal, ou son analogue le ganglion de Gasser, soit un point quelconque de la périphérie du nerf, soit la substance grise, les cornes postérieures de la moelle, ou les cordons postérieurs.

Cette conclusion s'étaye encore sur les conditions étiologiques du zona, qui reconnaît le plus souvent pour cause l'action du froid.

En ce qui concerne particulièrement les lésions de la cornée et de l'iris dans le zona ophthalmique, celles-ci résulteraient de l'irritation, de l'inflammation des filets ciliaires qui se rendent à ces membranes. Elles seraient, par conséquent, des lésions de même ordre que les lésions cutanées.

Le pronostic de cette affection est sérieux.

Pour le traitement, les indications doivent se déduire naturellement de la pathogénie qui a montré le lien de l'éruption avec la lésion nerveuse, qui devient le fait primordial. Les injections narcotiques hypodermiques, le sulfate de quinine en doivent être les éléments principaux.

Enfin, à défaut d'indications précises fournies par les lésions oculaires, on ne saurait trop recommander à cet égard la plus grande surveillance, ainsi que le fait très-judicieusement observer M. Hybord.

Les pneumonies pernicieuses ou à accès.

Les faits de pneumonies pernicieuses que nous avons rapportés d'après notre confrère M. Fisseux, dans notre Revue du 4 janvier, nous ont valu deux communications sur le même sujet, l'une de M. le docteur Lavit (de Cessenon), l'autre de M. le docteur Morely (d'Arsentat), que nous nous empressons de mettre en substance sous les yeux de nos lecteurs.

M. le docteur Lavit nous écrit que, depuis sept ans, il étudie dans sa pratique les affections qui l'ont surpris, comme elles ont paru surprendre M. Fisseux. Il voit dans les faits de notre confrère la fièvre catarrhale qui s'entache si facilement de malignité ou de perniciosité. Les cinq observations de M. Fisseux, « se rapportent à des cas pareils que j'ai observés et qui sont des pneumonies catarrhales, affections générales dont la manifestation locale pulmonaire, dans ce cas-ci, est peu de chose relativement à l'acte morbide *totius substantiæ*, cette intoxication de l'organisme qui menace la vie. »

« Il est sans doute fort difficile, ajoute notre correspondant, de dire *a priori* si une pneumonie est simplement inflammatoire ou si elle est catarrhale, insidieuse, maligne, et c'est bien là l'écueil du diagnostic, qui peut conduire à une thérapeutique bonne ou funeste, selon qu'il aura été heureusement ou malheureusement porté. Mon expérience à ce sujet m'avait amené à conclure que toutes les fois que j'avais affaire à l'affection catarrhale, à une pneumonie catarrhale par exemple, le traitement

en usage, émissions sanguines, tartre stibié, produisait un résultat déplorable, presque toujours mortel. Un ouvrage sur la malignité morbide, publié à Montpellier par le docteur Coural, en 1864, par hasard tombé sous mes yeux il y a deux ans, a irrévocablement fixé ma manière de voir, attendu que parmi les causes produisant la malignité, il cite les émissions sanguines, l'émétique, les purgatifs drastiques, etc. (p. 31).

« De tout cela je conclus que lorsqu'il y a lieu de soupçonner que certaines pneumonies ne sont pas franches, que telle est la constitution médicale régnante, il faut absolument renoncer aux médications précitées, amender les points de côté par des vésicatoires, remplacer le tartre stibié par le kermès minéral à dose expectorante seulement, et enfin maintenir les forces de l'organisme, qui est toujours prêt à tomber dans l'adynamie et l'ataxie. Si, malgré ces précautions, il survient la moindre menace de délire, presque toujours précédé par des hallucinations passagères et tranquilles, symptôme auquel j'attache une grande importance et qui est souvent pour moi un rayon lumineux à travers ces affections obscures, alors n'hésitez pas un seul instant, car tout retard peut être fatal, donnez du sulfate de quinine à petites doses, *dix* centigrammes de deux en deux heures, du bouillon et autres réconfortants à l'heure d'intervalle, et, pourvu que vous ayez eu le temps de faire passer ainsi *un* gramme du médicament, vous pouvez être sans inquiétude sur votre malade et porter auprès de la famille un heureux pronostic. »

M. le docteur Morely, dans une note qu'il avait rédigée à l'occasion d'une série d'articles sur la pneumonie émanés de la rédaction de la *Gazette des Hôpitaux* en juillet dernier et qu'il s'est déterminé à nous adresser, au sujet des questions de M. Fisseux, résume les résultats de ses observations et de son expérience personnelle sur ce point si important de pratique.

L'étendue de cette note, pleine de faits et de considérations d'un grand intérêt, ne nous permettant pas de l'insérer intégralement, nous nous bornerons à exposer, sous forme de propositions, les conclusions qui en ressortent.

1° Il existe des pneumonies à accès, c'est-à-dire des pneumonies *pendant le cours desquelles* se développent des accès intermittents.

2° Ces accès sont indépendants de la pneumonie, c'est-à-dire que la peunomie suit sa marche après que les accès ont été enlevés et que, la pneumonie disparue, *ces accès peuvent reparaître seuls*.

3° Ces accès, négligés ou méconnus, affectent souvent la *forme pernicieuse*, soit pendant la pneumonie, soit après la pneumonie.

4° Le remède héroïque est le sulfate de quinine à haute dose associé à l'opium.

5° Ces accès sont généralement de *courte durée* (1 à 6 heures) et incomplets (le premier stade manque le plus souvent).

6° Ces pneumonies à accès peuvent présenter *la forme épidémique*.

7° Ces pneumonies à accès sont fréquentes : 1° dans les pays où la fièvre paludéenne est endémique ; — 2° chez les individus qui ont une pneumonie survenue à la suite d'ingestion d'eau glacée et bue en grande quantité, ex. : le cidre ; 3° à la suite d'ingestions provoquées, dans le cours d'une pneumonie, par l'administration intempestive d'aliments.

Je signalerai encore ce fait basé sur l'observation : si on traite vigoureusement un individu par le tartre stibié et les émissions sanguines, et que cet individu offre justement la complication d'accès, l'accès est mortel d'emblée.

8° La pneumonie à accès naît de toutes pièces, c'est-à-dire que la même cause qui engendre la pneumonie d'abord, engendre l'accès ensuite. Cependant, je reconnais qu'un accès antérieur à une pneumonie peut devenir pernicieux pendant le cours de cette pneumonie. Ce fait rentre dans la règle générale.

Au contraire, une pneumonie survenue chez un fiévreux, ne devient généralement pernicieuse que parce que l'existence de la fièvre palustre a détérioré la constitution, mais non parce que l'accès est d'emblée pernicieux.

10° L'accès aggrave, lorsqu'il se produit, la pneumonie et réciproquement.

Mais, au fond, accès et pneumonie ont une marche distincte.

11° La pneumonie disparue, l'accès coupé, cet accès peut reparaître, à courte échéance, et, chose capitale, avec le même caractère pernicieux qu'il affectait pendant la peumonie.

De là, l'indication de donner le sulfate de quinine pendant quelque temps après la disparition des accidents.

12° La possibilité de ces accès doit être présente à l'esprit du médecin ; il doit en parler chaque fois aux parents et les mettre sur la voie ; il faut, la complication reconnue, donner le sulfate de quinine à haute dose, associé à l'opium, et *l'administrer soi-même au malade*. Succès inespérés dans des cas en apparence désespérés.

MALADIES DE L'OREILLE

Par M. J. Toynbee, F. R. S.

(Traduction de M. Darin.)

MALADIES DU DERME : INFLAMMATION AIGUE.

Obs. I. — *Inflammation aiguë du méat dermoïde provenant du froid.*

M. E., Esq., âgé de 26 ans, médecin, me consulta en janvier 1853 pour une douleur violente des deux oreilles. Il dit avoir été pris quatorze jours auparavant d'une attaque de forte douleur dans les deux oreilles, surtout du côté gauche, après avoir été traversé par la pluie ; la douleur durait depuis vingt-quatre heures quand l'écoulement apparut, et le soulagement avec lui. La veille du jour où il vint me trouver, pendant un voyage, la douleur revint dans chaque oreille, mais plus particulièrement à droite ; de temps à autre, la souffrance augmentait considérablement.

L'examen montra le derme des deux conduits auditifs très-rouge et gonflé ; l'épiderme manquait, mais point d'écoulement. La distance de l'audition pour chaque oreille était de 45 centimètres ; un tampon d'ouate imbibé d'un liquide volatil amena la guérison.

Obs. II. — *Inflammation aiguë du derme. Abondante sécrétion.*

Miss. M., âgée de 17 ans, grande, un peu délicate, me consulta le 20 décembre 1853, pour une douleur de l'oreille droite avec écoulement.

Historique. Dix jours auparavant, elle avait éprouvé dans l'oreille une légère douleur, qui s'aggrava peu à peu, au point de l'empêcher de reposer la nuit. Cela dura huit jours, toutefois avec des périodes de mieux. Deux jours avant de me venir voir, elle eut un écoulement d'oreille qui durait encore.

L'examen montra le méat rempli du produit de l'écoulement ; extrait à l'aide de la seringue, il constituait une masse considérable de mucus blanc, de la grosseur d'une féverole ordinaire et d'écailles épidermiques. Le méat membraneux était très-tuméfié et rouge, la couche dermoïde de la M. T. était également rouge et gonflée. La distance de l'audition n'était que de 20 centimètres.

Traitement. — Application de deux sangsues à l'orifice du méat,

injections d'eau chaude dans le conduit auditif deux fois par jour. La douleur se calma graduellement, et en six jours l'écoulement avait disparu.

ÉTUDE SUR LES SELS NATURELS ARSENICO-FERRIQUES DE LA DOMINIQUE

Par le docteur M. DURAND.

I

Les propriétés médicales des eaux minérales sont dues aux éléments qu'elles tiennent en dissolution; c'est à ces sels qu'elles doivent leurs qualités chimiques et leurs qualités thérapeutiques. Il est des sources, il est vrai, dont les effets sur l'organisme n'ont pas encore été éclairés par l'analyse la plus consciencieuse, parce qu'il est, dans ces eaux, des substances dont la chimie n'a pu déterminer les proportions exactes, ni même déceler la présence. C'est ainsi que l'on vient de découvrir que les eaux bicarbonatées de Vals (Saint-Jean, Précieuse, Désirée, Magdeleine, Rigolette) contiennent de la lithine en d'assez fortes proportions.

M. F. Wurtz, chef du laboratoire d'analyse de la Pharmacie centrale de France, a publié, dans l'*Union pharmaceutique* (1), les procédés qu'il a employés dans la recherche de cette substance.

M. Gavarret, professeur de physique à la Faculté de médecine, par des expériences spectrales, est arrivé à la même conclusion : la présence de la lithine dans ces sources.

A ce sujet, rappelons encore le remarquable travail de M. le professeur Chatin, relatant ses recherches de l'iode dans les eaux des sources Saint-Jean, Rigolette, Précieuse, Magdeleine et Désirée, de Vals; le savant académicien y a constaté la présence de ce métalloïde (2).

N'est-ce pas, en effet, au fer qu'elles renferment, que les eaux de Bussang, d'Orezza, etc., doivent leurs propriétés? Le soufre contenu dans les sources de Luchon, de Baréges, de Cauterets, n'explique-t-il pas l'action curative dont sont douées ces eaux renommées à si juste titre?

On peut donc affirmer que les effets thérapeutiques des eaux minérales dépendent essentiellement des principes actifs, connus ou inconnus, qui dominent dans leur composition.

Après avoir tenté, sans succès, de fabriquer des *eaux minérales artificielles*, on eut l'idée de dégager les sels que les eaux minérales tiennent en dissolution, ou bien encore de recueillir les dépôts ou résidus que l'on rencontre sur leur parcours, et, partant, de remplacer ces eaux par les substances actives qu'elles renferment.

Les premières tentatives faites dans cette voie ne furent pas heureuses, et, pour arriver à de meilleurs résultats, il fallait modifier les procédés employés jusque-là. Voyons quelle est la valeur de ceux qui viennent d'être appliqués à la source Dominique.

II

La source *Dominique* ne date pas d'hier. Connue depuis plus de deux cents ans (1602), elle a été baptisée du nom qu'elle porte, en souvenir de la guérison qu'y obtint, au commencement du dix-septième siècle, un religieux de l'ordre des Dominicains depuis longtemps atteint d'une fièvre quarte rebelle.

(1) Juin 1872.
(2) *Union pharmaceutique*, septembre 1872.

Quoi qu'il en soit, dès l'année 1774, Vincent Raulin écrivait qu'il regardait cette eau « comme un excellent fébrifuge et antipériodique. »

La Dominique prend naissance au milieu des massifs de montagnes qui servent de contre-fort à la chaîne du Coiron; l'examen des roches d'où sort l'eau fait connaître une constitution dans laquelle dominent le feldspath et l'argile, le quartz et la pyrite blanche arsenicale.

Selon un des membres les plus éminents de l'Institut, M. Daubrée, c'est une roche éruptive composée par un granit injecté de pyrite et sur les parois duquel se trouvent des failles, multiples et parallèles, dissociées par l'action d'un mouvement intérieur (1). Les recherches faites au laboratoire de la Pharmacie centrale de France démontrent que la partie pyriteuse s'oxyde à l'air en se couvrant de taches ocracées de sous-sulfate de sesquioxyde de fer.

L'eau de la Dominique, analysée par M. Ossian Henry, est composée de la manière suivante :

Sur 1,000 grammes d'eau, on a trouvé :

Acide sulfurique.	1.74
— arsénique.	
Sesquioxyde de fer.	
Chaux et soude.	
Acide silicique.	
Chlore	
Acide phosphorique.	
Matière organique.	

Le rapport de M. Ossian Henry contenant cette analyse fut approuvé par l'Académie de médecine.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 26 décembre 1872 — Présidence de M. DOLBEAU.

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

CORRESPONDANCE

La correspondance comprend :

La *Gazette des Hôpitaux*; — l'*Union médicale*; — la *Gazette hebdomadaire*; — — le *Bordeaux médical*; — la *Revue médicale de Toulouse*; — le *Lyon médical*; — la *Revue médicale de Limoges*; — la *Gazette obstétricale*.

M. LARREY offre à la Société les thèses de chirurgie soutenues à la Faculté de Paris en 1871-72; — le *Rapport sur les prix Montyon*, fait à l'Académie des sciences, le 25 novembre 1872, par M. H. Larrey.

M. GIRALDÈS, membre titulaire, écrit à la Société pour lui demander le titre de membre honoraire. Cette demande sera soumise à la Société, dans sa séance du 22 janvier.

PROPOSITION

M. FORGET dépose, au nom de plusieurs de ses collègues et au sien, la proposition suivante :

« La Société de chirurgie, en présence de l'occupation du territoire français par l'étranger et des malheurs privés dus à l'inondation, décide qu'elle n'aura pas de banquet annuel. Elle ouvre une souscription dans son sein au profit des inondés. »

Ont signé : MM. Larrey, Marjolin, Alp. Guérin, Boinet et Forget.

M. LE PRÉSIDENT met la proposition aux voix. Elle est adoptée à l'unanimité.

(1) *Union pharmaceutique*, octobre 1871, p. 112.

M. LE TRÉSORIER recueille les souscriptions et est chargé d'en faire parvenir le montant à destination.

COMMUNICATION

Réunion par première intention sous le pansement ouaté. — **M. A. GUÉRIN** présente un exemple de réunion par première intention, à la suite d'une amputation de cuisse obtenue sous le pansement ouaté. Bien que, dit le présentateur, je n'ai point l'habitude de chercher la réunion par première intention sous le pansement ouaté, j'ai fait ici ce que fait M. Desormaux, et j'ai obtenu de la sorte, à Paris, fait rare, une réunion par première intention.

Le malade a succombé; mais, sur cette pièce vous en voyez la cause : il y a une ostéomyélite du fémur qui existait avant l'opération, et qui a entraîné l'infection purulente. Le 4 décembre, l'amputation a été faite pour une tumeur blanche ulcérée du genou; mais le 6 déjà, il y a eu une irrégularité dans le pansement ouaté; la plaie était à découvert, on a du recommencer le pansement.

Je crois que la compression élastique et l'incubation ont eu là l'utilité réelle qui a été constatée dans des cas où le pansement ouaté a réussi. La chaleur uniforme maintenue autour de la blessure par la ouate met les plaies dans les conditions de celles qu'on traite dans les climats chauds, et qui se réunissent si bien par première intention.

Je fais ici encore mon profit d'un travail qu'un interne distingué des hôpitaux achève en ce moment. Ce travail montre que tous les faits de greffe épidermique, de réimplantation de tissus divisés, ont repris pendant les temps chauds. La chaleur régulière est donc un des effets salutaires du pansement ouaté.

M. BLOT. L'ostéomyélite est certainement la cause de l'infection purulente.

M. LANNELONGUE partage l'avis de M. Blot. Il ajoute que la pièce est un bel exemple de réunion immédiate et que ce qui est particulier, c'est le défaut de réunion de l'os aux parties molles et de cicatrice du squelette. Pour ce qui est de la régularité de la température sous le pansement ouaté, je crois que la théorie de M. Guérin n'est pas d'accord avec les faits. En l'absence d'expériences thermométriques, on ne conçoit pas *a priori*, et d'après les lois de la physique, que la température d'une partie puisse être maintenue à un égal degré, malgré une enveloppe de ouate. Pour ce qui est des opérations pendant la chaleur et l'été dans nos climats, je les crois plus avantageuses que les opérations pendant l'hiver, car, en été, il y a plus d'écarts dans la température qu'il n'y en a en hiver.

M. DESPRÉS. Mais les os ne se réunissent jamais par première intention avec les parties molles. Ce que l'on voit sur cette pièce n'est pas exceptionnel : c'est la règle. Velpeau l'avait bien démontré, la réunion des plaies d'amputation n'est jamais complète; il y a toujours une suppuration de l'os qui s'écoule autour du fil à ligature.

M. A. GUÉRIN. La ouate est un isolant qui maintient autour du membre une température constante. Il n'est pas besoin de thermomètre; on sait bien que la glace entourée de ouate ne font que très-lentement dans un milieu même dont la température est élevée.

Dans les cas où j'ai traité la plaie d'amputation sans réunir, j'ai vu l'os se couvrir de bourgeons charnus; mais, dans ce cas, l'os, comme vous le voyez, n'était pas recouvert de bourgeons charnus. Il n'y avait pas de pus autour de la section; il y avait seulement un peu de pus sur le côté.

M. LANNELONGUE fait observer que la glace fond à la longue, et que le corps humain ne peut être comparé à la glace.

ÉLECTION

Commission pour l'examen des titres des candidats à la place de membres correspondants.

Sont élus : MM. Marjolin, Panas, Paulet, Chassaignac, Boinet.

RAPPORTS DES PRIX

Prix Laborie. — **M. PAULET** lit le rapport sur les travaux envoyés pour le concours du prix Laborie. (Voir le numéro du 9 janvier 1873.)

Prix Duval. — **M. LANNELONGUE**, au nom d'une commission composée de MM. Marjolin, Panas, Tillaux, Duplay et Lannelongue, lit le rapport sur les thèses envoyées pour le concours du prix Duval.

Trois thèses ont été adressées à la Société. Leur importace mérite de fixer votre attention, mais je me hâte de vous dire qu'elles ne répondent pas également à l'esprit qui doit diriger sur le choix de la récompense à donner.

Le travail de M. Hybord, intitulé : *Des calculs de la vessie chez la femme et la petite fille*, est avant tout une monographie correcte et calquée sur le modèle des descriptions classiques. Un premier chapitre renferme quelques considérations anatomiques où l'auteur expose le résultat de quelques recherches sur les dimensions de l'urèthre et l'étendue de l'espace qui sépare ce canal des branches ischio pubiennes; ces résultats n'ajoutent que peu de chose aux notions acquises. Dans les autres parties qui composent l'historique, les symptômes, le diagnostic et le tempérament, on retrouverait, poussées à un haut degré, les qualités de la description classique, si une certaine diffusion ne venait nuire à la clarté de l'exposition.

La partie de ce mémoire qui arrête le lecteur est celle qui traite des indications et contre-indications d'où découle le choix de la méthode et des procédés qui doivent convenir à chaque cas.

Il serait trop long de vous donner les conclusions formulées par M. Hybord. D'une manière générale, elles ne s'éloignent pas d'ailleurs de celles que l'on accepte pour l'homme dans les cas de pierre d'un égal volume et de pareille densité. Ma proposition ne saurait comprendre toutefois les cas où la dilatation uréthrale est applicable, car cette méthode ne peut être adoptée à l'urèthre de l'homme.

Il ressort cependant d'une statistique donnée par M. Hybord que la taille a été plus souvent, beaucoup plus souvent pratiquée que toutes les autres méthodes, et, en effet, cette statistique comprend 211 cas de taille et 10 cas de lithotritie. Le premier de ces deux nombres comprend 191 succès et 29 morts, soit 9 0/0 de morts. Le second comprend 10 succès. Sans vouloir rapprocher ces chiffres, dont le rapprochement ne saurait fournir aucune conclusion favorable au choix de l'une ou l'autre méthode, on n'en est pas moins frappé du petit nombre de lithotrities dont les résultats ont été consignés; je crois que cette lacune peut être comblée en faveur de la lithotritie en disant que bon nombre de chirurgiens l'ont pratiquée sans publier leurs résultats.

Au surplus, cette statistique de 211 cas n'est pas assez précise, elle ne sépare pas les âges comme le titre du mémoire semble le faire pressentir, et à plus forte raison ne mentionne-t-elle pas les cas, et cependant il est probable qu'il en est parmi eux beaucoup qui, par leur singularité, eussent légitimé précisément le choix de la taille. Un fait qui a lieu d'étonner et qui touche à l'âge des malades, consiste à ne voir figurer en aucun titre les hôpitaux d'enfants de Paris dans cette table statistique ou dans ce travail. Est-ce que, dans ces hopitaux, pendant une période de 20 ans, par exemple, aucune des petites malades qui s'y sont présentées n'ont pas eu de pierre, ou bien est-ce que l'auteur a négligé de prendre des renseignements à cet égard? C'est, qu'en effet, dans ce travail, les matériaux relatifs aux calculs pierreux des petites filles sont très-peu nombreux et insuffisants à fixer la question. Il est regrettable de ne trouver, dans le travail de M. Hybord, qu'une observation personnelle. A ce titre, il s'éloigne de l'esprit du fondateur.

La thèse de M. Foucault, intitulée : *Essai sur les tumeurs mixtes* est certainement le travail le plus complet que l'on ait fait sur ce point. Les variétés anatomiques de ces tumeurs sont soigneuse-

ment distinguées les unes des autres, et cette étude s'accompagne d'une mention très-exacte des faits publiés. L'auteur a même fait quelques efforts pour distinguer cliniquement les variétés les unes des autres, et sans atteindre à cet égard des résultats positifs, néanmoins on doit lui savoir gré d'avoir cherché à pénétrer dans ces secrets, tout comme on doit lui être reconnaissant de l'examen historique qui précède son travail.

Une partie cependant n'a pas reçu tout le développement suffisant, je dirai même nécessaire; c'est celle qui concerne la thérapeutique de ces tumeurs. Ce n'est pas qu'on ne trouve pas, dans ce mémoire, un exposé méthodique, précis et complet des procédés opératoires; tout cela est fidèlement décrit. On voit même, signalées dans les observations, les perturbations immédiates apportées dans le mouvement et la sensibilité par les opérations. Cependant M. Foucault n'a pas, à notre avis, interrogé assez longtemps les modifications ultérieures, et surtout, ce qui fait complétement défaut, ce sont les résultats de ces opérations suivis à long temps.

En n'abordant pas la question des récidives de ces tumeurs, dont il existe un certain nombre d'exemples, M. Foucault a oublié que ses descriptions anatomo-pathologiques devaient servir à éclairer la clinique et par suite le conduire à fixer la question des récidives.

Le mémoire de M. Malherbe est intitulé : *De la fièvre dans les maladies des voies urinaires*, et il contient des résultats importants sur les rapports de l'état fébrile avec les lésions du rein. J'ajouterai volontiers que ce sont ces recherches qui donnent à ce travail sa valeur et qui en constituent l'originalité. Il est vrai que l'auteur n'a pas eu l'initiative de cette idée, mais il la soutient avec plus de preuves qu'on ne l'a fait jusqu'à lui, et ces preuves, il les tire de ses observations personnelles et de ses examens cadavériques. Devant ces résultats et après discussion des autres théories, l'auteur est conduit à admettre que la lésion rénale précède la fièvre, qu'elle la détermine ; je dis plus, qu'elle est l'unique cause de la fièvre. Il y a donc, d'après lui, une altération rénale dont les termes pourraient être posés de la sorte : congestion au premier degré, suppurations partielles ou générales du parenchyme rénal, en dernière analyse, et entre ces deux formes une néphrite interstitielle qui a été surtout bien appréciée par M. Malherbe. Sans doute il serait aisé de faire la critique de la théorie qui comprend très-certainement un bon nombre de cas où les accidents fébriles sont la dépendance de la lésion rénale, mais qui a aussi la prétention de les subordonner tous sans exception. Mais si vous pensez comme moi qu'il n'y a pas lieu de discuter cette opinion, néanmoins, il m'a paru nécessaire de signaler une lacune à laquelle n'a pas songé M. Malherbe. Je veux parler de l'examen des urines pendant la période rénale congestive, examen qui a lui seul eût suffi à la faire reconnaître et eût donné un appui de plus à la théorie.

L'ensemble du mémoire démontre une étude consciencieuse qui n'a négligé aucun point. Les caractères de la fièvre urineuse sont tracés avec une très-grande précision, précision qui manquait dans les descriptions antérieures, il faut le dire, et elle découle très-naturellement, dans ce travail, de l'analyse des faits recueillis par l'auteur. Cette analyse l'a conduit ainsi à montrer les différences essentielles qui séparent cette fièvre des fièvres intermittentes à accès pernicieux ou non, et par suite à éclairer la thérapeutique sur des points jusqu'ici controversés.

D'après ces considérations, la commission vous propose d'accorder le prix Duval à M. Malherbe, qui a recueilli de nombreuses et importantes observations.

A 4 heures et demie, la Société se forme en comité secret.

Le secrétaire : ARMAND DESPRÉS.

VARIÉTÉS

Médecins béatifiés (1).

Au nombre des bienheureux dont l'Église a inscrit en lettres d'or les noms sur ses tablettes, on en compte plusieurs qui ont fait de la médecine leur étude favorite, le but de leur saint ministère, et qui, pour cela, ont été honorés par les médecins, à des époques surtout où la foi était d'une vivacité extrême dans le cœur des disciples d'Esculape.

Nous allons donner le catalogue de ces médecins béatifiés, en les rangeant suivant les mois et les jours où on les fête :

31 janvier. *Saint Cyrus.* Célèbre par les services qu'il rendait aux pauvres malades, qu'il suivait jusqu'au tombeau, en prenant même soin de leurs dépouilles. On nous le représente comme guérissant les diverses maladies du corps, non pas tant par des prescriptions médicales que par des miracles envoyés d'en haut : « *Ægritudines corporis varias non, ut antea, præscriptionibus medicis, sed virtute divina editis miraculis curabat.* » Il fut décapité à Alexandrie, sous Dioclétien (284-305). On rapporte que la boutique qu'il avait occupée fut changée en un temple, où les fidèles arrivaient en foule implorant l'intercession du saint pour la guérison de leurs infirmités.

3 février. *Saint Blaise.* Évêque de Sébaste, en Arménie, sous Dioclétien. Il fut martyrisé, l'an 316, par l'ordre d'Agricola, gouverneur de Cappadoce. Les bourreaux lui déchirèrent les côtes avec des peignes de fer. C'est pour cela que les cardeurs l'ont pris pour leur patron.

6 février. *Saint Julien.* Martyrisé sous l'empereur Maximin, vers 236.

25 février. *Saint Césaire.* Il était sénateur de Byzance et frère de saint Grégoire de Nazianze. Telle était la réputation qu'il s'était acquise, que les habitants de Byzance lui offrirent, mais en vain, les plus grands honneurs publics, un mariage avec une noble dame et la dignité sénatoriale. On n'indique pas l'époque de sa mort, qui paraît avoir été naturelle.

29 février. *Saint Denis*, diacre. Il fut persécuté en 410 par Alaric, roi des Goths. Une longue épitaphe qu'on avait gravée sur son tombeau commençait par ces deux vers :

> Hic Levita jacet Dionysius artis honestæ
> Functus et officio quod medicina dedit...

10 mars. *Saint Codratus*, de Corinthe. Il fut martyrisé dans cette dernière ville, avec d'autres adorateurs du Christ, sous Decius et Valerianus (249-266), et sous le juge Jason.

15 mars. *Saint Joachim.* Il était du Japon, et fut tué au mois de mai 1613.

13 avril. *Saint Papilus.* Il fut crucifié, à Pergame, vers l'année 164, sous l'empereur Commode, avec sa sœur Agathonice.

3 mai. *Saint Juvénal*, évêque de Narnie. Ce fut le pape saint Damase (366) qui l'éleva à cette haute dignité, en le retirant d'un monastère dont il était le médecin zélé et assidu.

6 mai. *Saint Jean de Damascène.* Mort vers 754. On le représente comme ayant écrit plusieurs livres de médecine.

20 mai. *Saint Bernardin.* Issu de l'une des plus illustres familles de Sienne. Né en 1380, mort en 1444. Il se consacra au service des malades, et montra un dévouement admirable pendant la peste qui désola Sienne en 1400. Saint Bernardin a laissé plusieurs œuvres spirituelles qui ont été imprimées en 1591.

2 juin. *Saint Alexandre.* Phrygien de nation. Il pratiqua la médecine et fut, par les ordres de Marc-Aurèle Antonin (161-180), livré à Lyon aux bêtes féroces.

13 juin. *Saint Basile le Grand.* Père de l'Église grecque. Né en 329 à Césarée, en Cappadoce, mort en 379.

19 juin. *Saint Ursicin.* Il était Ligurien et souffrit le martyr sous le juge Paulin, et par suite des persécutions de Néron (54-68). Un miracle s'opéra après qu'il eût été décapité : « *Statim, ac si viveret,*

(1) Extrait du *Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales.*

surrexit, et utraque manu caput suum a terra elevans, in eum locum ubi postea humandum fuerat, detulit. »

16 juin. *Saint Sanctus.* Médecin sous Antonin. Il fut mis à mort par les ordres d'un certain gouverneur nommé Sébastien, et eut à subir des tortures épouvantables.

29 juin. *Saint Samson.* Il exerça d'abord la médecine à Rome; puis s'étant consacré prêtre, il se donna tout entier au service des pauvres dans l'hôpital de Constantinople. Saint Samson vivait sous Justinien, qu'il avait même guéri d'une grave maladie. Il avait la spécialité des maladies désespérées : « *Morbos curans ab aliis deploratos.* » On raconte que peu de temps après sa mort, son tombeau laissa suinter un liquide (*humor*) admirable contre les maladies.

15 juillet. *Saint Antioche,* médecin de Sébaste. Il eut la tête tranchée par les ordres du juge Adrien. Mais la décollation laissa échapper du lait à la place du sang, et le bourreau fut tellement impressionné qu'il se convertit *illico* au Christ et subit lui-même le martyre.

17 juillet. *Saint Pantaléon,* bienheureux très-vénéré parmi les Grecs. Il subit le martyre à Nicomédie, en 303, et fut traîné à la queue d'un cheval. Ce fut la jalousie de ses confrères médecins qui le perdit et qui le dénonça; ils ne purent lui pardonner d'avoir rendu la liberté à des esclaves et de guérir tous les malades.

23 juillet. *Saints Ruvenne et Rasiphus.* Ils étaient frères, Bretons, et furent martyrisés à Seez.

16 août. *Saint Diomède.* L'empereur Dioclétien le fit décapiter à Nicée, en Bithynie.

17 août. *Saint Philippe.* Il était de Florence, pratiqua la médecine à Paris et mourut en 1285.

20 août. *Saints Leontius et Carpophorus.* Ils furent tués en Arabie, sous Dioclétien.

25 août. *Saint Gennadius.* Médecin fort habile.

26 septembre. *Saints Cosme et saint Damien.* « *Sacris litteris erudili, artis medicinæ clarissimi.* » Ils subirent le martyre sous Dioclétien, vers la fin du troisième siècle. On sait qu'au treizième siècle il se forma en France, sous l'invocation de ces deux saints, la confrérie des chirurgiens, dite de Saint-Cosme.

26 septembre. *Saint Eusèbe.* Il vivait sous l'empereur Maxence. Fut-il martyrisé? Mourut-il dans son lit? Les avis sont partagés à cet égard-là.

18 octobre. *Saint Luc, évangéliste.* Voilà le grand patron de la Faculté de médecine de Paris, le « patron des médecins orthodoxes » comme on disait rue de la Bûcherie. Il était d'Antioche, accompagna saint Paul dans son voyage de Troade en Macédoine, alla prêcher seul à Corinthe, et fut mis à mort en Achaïe, à l'âge de quatre-vingt-quatre ans (vers 60).

29 octobre. *Saint Zenobius.* « *Medicinæ preceptis optime imbutus.* » Il fut décapité avec sa sœur Zénobie, sous l'empereur Dioclétien.

2 novembre. *Saint Theotodus,* de Laodicée en Syrie. » *Medicus et episcopus.* »

19 novembre. *Saint Oreste,* de Cappadoce. Il fut martyrisé sous Dioclétien, et telle était l'énergie de sa foi qu'en mourant il traça, avec le sang qui coulait de ses blessures, le nom de Jésus.

5 décembre. *Saint Emilien.* Fut crucifié sur la terre africaine, sous le roi Adrien Hunnericus.

A. Chéreau.

La *Société d'hydrologie* tiendra sa prochaine séance le 20 janvier, à trois heures. M. le docteur Gigot-Suard, médecin des eaux de Cauterets, traitera la question de l'intoxication par l'acide urique. Cette commmunication emprunte un vif intérêt aux discussions qui se sont élevées à l'occasion de la maladie et de la mort de Napoléon III.

Le Directeur : Dr E. Le Sourd.

Paris. — Typographie A. Pougin, quai Voltaire, 13.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Bureaux : 57, rue des Saints-Pères, 57
PRÈS L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix d'abonnement doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

On s'abonne hors de Paris dans les bureaux des Messageries et chez les Libraires. Les lettres non affranchies sont refusées.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui n'en peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS: Trois mois. . 8 fr. 50 c. — Six mois. . . 16 — — Un an. . . . 30 —

POUR L'ÉTRANGER le port en sus suivant les derniers tarifs des Postes.

Paris, le 20 janvier 1873.

La question de l'*Assistance médicale de nuit*, si bien étudiée depuis 1869 par la Société des médecins des bureaux de bienfaisance de Paris, et surtout par M. le docteur Passant, secrétaire général de cette Société, avait été adoptée en principe par l'ancien directeur de l'Assistance publique, M. Husson. Les événements ont retardé la mise en œuvre d'une idée si digne d'attirer l'attention du corps médical. Cette question reparaît aujourd'hui ; mais, née d'un besoin non douteux, elle s'était d'abord présentée avec la simplicité d'exécution la plus grande ; puis, sous la plume de quelques publicistes, elle n'a pas tardé à prendre un aspect qui la rendrait peu exécutable. Il importe donc de la ramener à son point de départ, et de la rendre assez pratique pour qu'elle triomphe de toutes les difficultés d'établissement.

Nous ne perdrons pas notre temps à démontrer l'utilité de l'*Assistance médicale de nuit.* Il n'est pas un praticien qui ne sache par expérience combien le malade qui, la nuit, réclame avec la plus grande ardeur — pour une affection souvent très-légère — les soins du médecin le plus rapproché de son domicile, oublie vite le lendemain la plus modeste expression de reconnaissance pour le service rendu. De là un certain refroidissement pour le *sacerdoce*, et le refus de sortir la nuit pour un client qu'on ne connaît pas ; de là la nécessité d'assurer un service pour donner des soins à ces malades ; de là, enfin, l'idée de la création d'un nouveau mode d'assistance, dite *de nuit.*

L'idée est juste, bonne. Est-elle pratique ? Prenons pour exemple Paris ; avec quelques modifications de détail, on pourra faire l'application aux villes moins importantes.

Un premier fait frappe tous les yeux. Pour appliquer l'assistance médicale de nuit, il est inutile de faire des créations nouvelles; il suffit de se servir des moyens qui existent déjà sous nos yeux. L'administration veille à notre sûreté personnelle ; pour nous préserver, autant que possible, des gens dangereux, elle a continuellement, le jour et la nuit, l'œil ouvert. Sur toute la surface de Paris, dans tous nos quartiers, à une distance assez rapprochée, existent des postes dits *de police*, qui, en même temps, sont actuellement des postes de *secours.* Pourquoi donc demander la création de postes nouveaux dans les mairies, créations qui ne sauraient qu'entraîner des dépenses considérables et conséquemment écarter, — en ces temps de malheur, — l'application d'une idée si utile ?

Prenons le poste de police comme point de départ, et dans un instant, on verra qu'il n'est pas indifférent d'en agir ainsi. Ce poste renferme déjà une boîte de secours ; complétons-la, si cela est jugé nécessaire. Que maintenant on fasse un appel à tous les médecins qui consentiront à faire un service de nuit. Vous en pressentez immédiatement le résultat. Une liste est dressée, dans laquelle chaque médecin est inscrit, non-seulement dans son arrondissement, mais encore dans le périmètre du poste de police le plus voisin de son domicile. Un état de roulement est établi, et chaque poste, — prenant alors le titre de poste de secours, — reçoit, dans un tableau, l'énumération des médecins de service chaque nuit.

Un accident arrive dans la nuit, une personne tombe malade ; il faut un médecin. Au lieu de courir, comme aujourd'hui, un peu au hasard, on vient directement au *poste de secours* le plus rapproché. Là, on demande un médecin ; on est certain de ne pas perdre de temps. Un des agents du poste ouvre un registre à souche, fait signer le requérant, détache le double de la déclaration, puis conduit chez le médecin celui qui est venu demander des secours. Cette précaution n'est pas inutile dans certains quartiers ou déserts ou mal famés.

Le médecin de service suit ceux qui sont venus le requérir ; il donne les soins nécessaires ; puis, reconduit chez lui par l'agent du poste, il reçoit le double de la déclaration, qui est restée attachée à la souche, — et qui lui servira plus tard à recevoir ses honoraires.

Voici le mode d'action dans sa plus grande simplicité. Combien de malades auraient recours à cette assistance médicale de nuit ? L'expérience seule l'apprendrait et permettrait de développer les moyens d'action.

Ici, nous ne voulons qu'indiquer une chose, c'est que très-simplement, sans création nouvelle, ce service peut être rapidement installé.

Jusqu'à présent, nous n'avons eu en vue que d'assurer le secours au malade, et la *sécurité* au médecin. Comment ce service serait-il rémunéré ?

Nous avons parlé de la signature donnée par le requérant, et du double remis au médecin. Ces pièces sont destinées à prouver le service rendu. Fixons maintenant le chiffre des honoraires à la somme si modeste de *dix francs*. Cette somme serait versée

directement entre les mains du médecin par l'Administration, et contre le double de la déclaration signée par le requérant. Reste le recouvrement sur le malade ; ce recouvrement serait opéré par les soins de l'Assistance publique.

Mais ceux qui ne peuvent payer *dix francs*, comment payeront-ils? Ceux-là ou ne payeront pas, ou payeront un prix modeste, arrêté par l'Administration. Les bureaux de bienfaisance ne font pas payer l'indigent, et quelle que soit la dépense représentée par cette dernière catégorie de malades, on ne doit pas s'y arrêter. C'est un devoir pour l'Administration d'y faire honneur.

L'Assistance médicale de nuit est, comme on le voit, chose très-pratique. Nous venons de faire fonctionner devant tous cette organisation nouvelle : que son mode d'action puisse être encore simplifié, que certains détails soient améliorés ; nous y applaudissons de grand cœur. Nous voulons ici montrer seulement que l'Assistance médicale de nuit est possible, facile, sans dépenses pour ainsi dire ; que le moment de l'application est arrivé en France, et que nous ne devons pas, comme toujours, laisser l'étranger appliquer des idées françaises, sans en profiter nous-mêmes.

HOTEL-DIEU. — M. N. Guéneau de Mussy.

Leçons cliniques sur le traitement du rhumatisme chronique (1).

En même temps que les os subissent ces changements dans leur forme, ils en éprouvent dans leur direction, et on voit survenir des subluxations qui augmentent la difformité et la gêne des mouvements.

Les mains sont le plus souvent affectées, puis les coudes, les épaules, les hanches, les genoux, les pieds, la mâchoire elle-même et le rachis peuvent être envahis par le travail morbide.

Ces altérations, dans la direction et les rapports des os, peuvent se présenter sous plusieurs formes qui ont été étudiées avec soin par MM. Charcot, Vidal et Trastour. Elles peuvent être ramenées pour les articulations des mains, siége des déformations les plus fréquentes et les plus caractéristiques, à trois types, décrits avec détails dans la thèse de M. Charcot.

Les doigts sont en général inclinés, accolés les uns aux autres, en ailes de pigeon, vers le bord interne de l'avant-bras. L'extrémité inférieure du cubitus est très-saillante et souvent subluxée. La position que les phalanges prennent et qu'elles gardent invinciblement est telle, dans les deux premiers types de M. Charcot, que la phalange et la phalangette sont dans un mouvement opposé à celui de la phalangine. Ainsi, dans le premier type, la phalange et la phalangette sont dans une flexion forcée. La seconde phalange est étendue ; elle est fléchie dans le second type, tandis que la première et la troisième restent étendues. M. Vidal en a décrit un troisième dans lequel les phalanges représentent une ligne droite.

Les muscles de la main sont habituellement atrophiés et rétractés ; leurs tendons forment des brides rigides. Cette rétraction peut s'étendre aux muscles de l'avant-bras.

Lorsque le coude est envahi, il est bien difficile de l'étendre, et les mouvements sont très-limités.

La hanche est plus rarement atteinte chez l'homme que chez la femme.

L'arthrite chronique du genou entraîne en général une flexion forcée ; le tibia est repoussé en arrière et en dehors, et la rotule est subluxée vers le condyle externe.

Cette affection est beaucoup plus rare aux pieds qu'aux mains.

Quand la mâchoire est prise, la déglutition devient très-difficile.

En même temps que ce travail anormal s'accomplit dans les organes locomoteurs, les malades, en général, éprouvent des douleurs vives. On en rencontre cependant chez lesquels l'évolution des lésions articulaires s'est faite sans douleurs, ou bien elles ont été légères et passagères. Le plus souvent, au contraire, elles sont très-intenses, térébrantes, exacerbantes, ordinairement plus violentes la nuit que le jour. Ce sont surtout celles qui se font sentir au niveau des os qui présentent ce caractère.

Les douleurs musculaires, suivant la remarque de M. Charcot, sont plus sourdes; cependant elles affectent souvent la forme de crampes et peuvent être accompagnées de contractures, de palpitations musculaires, et quelquefois d'un tremblement qui, si il était continu, rapprocherait cette affection de la *paralysis agitans ;* d'autant plus qu'il n'est pas rare d'observer des lésions articulaires dans cette dernière maladie. Des fourmillements incommodes, des douleurs à caractère névralgique peuvent venir augmenter encore les tortures des pauvres malades.

En général, c'est chez les jeunes sujets qu'on observe les troubles de sensibilité les plus accentuées.

Chez un assez grand nombre de malades, les exacerbations semblent influencées par les variations atmosphériques, et se montrent surtout dans les saisons froides et humides, et chez quelques-uns elles reviennent périodiquement, comme font les attaques de goutte. Chez d'autres, elles coïncident avec les saisons chaudes ou paraissent échapper à toute influence cosmique, et on ne peut leur assigner aucune cause occasionnelle appréciable.

Chez quelques malades, l'arthrite déformante débute par les pieds et les mains simultanément ; puis elle se concentre dans les articulations des membres supérieurs.

En général, la marche de cette affection est chronique d'emblée ; quelquefois, elle succède à une attaque de rhumatisme articulaire aigu. Dans d'autres cas, la maladie chronique par sa durée, par l'évolution des lésions qui l'accompagnent, est constituée par une chaîne d'accès, accompagnés de réaction fébrile, et offrant tous les symptômes d'une affection aiguë, avec cette circonstance caractéristique que les lésions dans la période de rémittence peuvent diminuer sans disparaître, et chaque crise ajoute à la déformation et à l'impotence des parties malades. J'ai le plus souvent observé cette forme chez de jeunes sujets. Le génie de la maladie est essentiellement chronique ; la diathèse dont elle est l'expression y présente une activité continue, qui s'apaise incomplétement sans s'arrêter, s'affaiblit sans s'épuiser dans l'évolution de phénomènes morbides, revêtant l'apparence de l'acuité, plutôt subaigus que franchement aigus. Des souffrances si violentes et si continues, l'immobilité à laquelle les malades sont condamnés, l'insomnie qui prive leur système nerveux si éprouvé du repos réparateur, dont il a un si grand besoin, réagissent sur les fonctions nutritives. Habituellement, leur appétit est languissant, leurs digestions sont pénibles ; quelques-uns sont tourmentés par des sueurs visqueuses. L'amaigrissement, l'anémie, sont la conséquence fréquente de tous ces troubles fonctionnels ; et des affections cachectiques, comme la

(1) Suite. — Voir les numéros des 14 et 16 janvier 1873

tuberculose, trouvent dans ces organismes épuisés, un terrain trop favorable à leur développement.

Quoique les complications cardiaques soient beaucoup moins fréquentes dans cette affection que dans le rhumatisme articulaire aigu, elles ne sont pas très-rares ; dans quelques cas, il est vrai, elles ont précédé le rhumatisme chronique, et si elles ont avec lui quelque connexion, il faudrait la chercher dans une diathèse qui serait la condition pathogénique de ces deux maladies. Mais on les voit aussi se développer pendant l'évolution de l'arthrite chronique, qui, par ce côté-là, se rapprocherait encore de la forme aiguë.

On a aussi observé des ophthalmies chroniques chez les malades atteints d'arthrite chronique.

Dans la période cachectique, quand les malades sont depuis longtemps condamnés au repos horizontal, des eschares au sacrum peuvent survenir et hâter la terminaison funeste.

Lorsqu'au contraire, la nutrition n'est pas sérieusement atteinte, cette affection peut permettre une longévité avancée.

Les *lésions* varient suivant la forme morbide : dans la forme *molle*, le tissu connectif circum-articulaire est infiltré; de nombreux noyaux celluleux y attestent un travail de prolifération des éléments conjonctifs. La synoviale est villeuse, rouge, injectée; elle peut être doublée de fongosités ; sa cavité peut renfermer un liquide séreux, trouble ou puriforme. Les cartilages peuvent être ramollis, offrir l'aspect *velvétique* et présenter sur leurs bords des ulcérations taillées à pic. Des bandes fibreuses ou fibro-celluleuses unissent les extrémités osseuses et concourent à la déformation.

Dans la forme *sèche*, on peut retrouver encore quelques-unes de ces lésions; mais parfois, suivant la remarque de Cruveilhier, les extrémités articulaires des os sont denses et comme éburnés.

Les muscles atrophiés subissent les dégénérescences fibreuses ou stéateuses.

Quand nous réunissons toutes les données que je viens d'exposer, nous trouvons qu'il y a dans cette affection un élément conjonctif, inflammatoire, le plus souvent, au moins, subordonné à une disposition diathésique ; en même temps, la nutrition est affaiblie, languissante, soit en vertu d'un état constitutionnel de l'organisme, soit sous l'influence de causes accidentelles, et souvent des conditions extérieures, occasionnelles, comme on dit dans le langage de l'école, sont venues exciter, mettre en œuvre ces aptitudes morbides ; enfin, suivant la prédominance de tel ou tel de ces éléments, la forme de la maladie pourra présenter ces nuances diverses, dont nous avons décrit les principales et qui modifient les indications. Il en est une première qu'il faut avant tout satisfaire; elle est le préambule et l'auxiliaire nécessaire de tous les moyens thérapeutiques : c'est de soustraire le malade à l'action des causes extérieures qui ont pu contribuer au développement de la maladie. Quand on le peut, on ne saurait être trop exigeant sur ce point ; j'ai plusieurs fois fait quitter aux malades l'habitation du rez-de-chaussée, si agréable et souvent si dangereuse. Je leur ai fait abandonner des maisons dont les conditions hygiéniques me paraissaient un obstacle à la guérison. (*A suivre.*)

OBSTÉTRIQUE

DE LA CONDUITE A TENIR APRÈS L'APPLICATION DU TAMPON DANS LES CAS D'INSERTION VICIEUSE DU PLACENTA.

Par M. BAILLY, professeur agrégé.

La gravité extrême des hémorrhagies utérines qui dépendent d'une insertion vicieuse du placenta, donne un intérêt puissant au moindre détail du traitement de cet accident. On ne saurait trop rigoureusement fixer les principes de la thérapeutique à cet égard, préciser les indications, afin de dissiper autant que possible toute incertitude sur la conduite à tenir dans un cas donné, et d'épargner au praticien encore novice un embarras et des hésitations qui peuvent si promptement causer d'irréparables malheurs.

Depuis les écrits de Leroux (de Dijon) sur le tamponnement vaginal, ce moyen héroïque a fait faire un grand pas au traitement des grandes hémorrhagies puerpérales, et son emploi est aujourd'hui devenu général. Les auteurs sont unanimes sur ce point : *toutes les fois que, pendant la grossesse ou la première partie du travail, se manifeste une hémorrhagie dangereuse par son abondance ou sa durée, on doit tamponner.* Le précepte est formel, absolu.

Mais là où les principes du traitement sont moins nettement définis et où le doute peut naître dans l'esprit d'un jeune médecin, c'est sur la conduite à tenir ultérieurement chez une femme soumise actuellement à l'emploi du tampon. Faut-il, se guidant sur la marche du travail, retirer le tampon, quand on juge la dilatation du col suffisante et terminer artificiellement l'accouchement ? Faut-il, au contraire, confier aux efforts de la nature l'expulsion du tampon, puis celle du fœtus et de ses annexes ?

Il faut le reconnaître, de ces deux méthodes, la première est la seule que mentionnent les traités modernes d'obstétricie. L'expectation ou l'abandon volontaire du travail à la nature, après tamponnement, n'est même pas indiquée dans la plupart de ceux qui passent, à juste titre, pour les plus classiques et les meilleurs.

Lachapelle non plus ne consacre, dans ses mémoires, aucun passage à l'examen de ce point de pratique, et cependant la lecture de ses observations prouve qu'il laissait parfois les efforts naturels opérer l'accouchement chez les femmes qu'elle avait tamponnées.

Les auteurs enfin qui mentionnent l'éventualité d'une terminaison spontanée du travail, en pareille circonstance, semblent la considérer moins comme une pratique raisonnée et volontaire que comme un accident survenu à l'insu et contre les intentions de l'accoucheur.

Cette doctrine, implicitement contenue dans les traités d'accouchements publiés en France, renferme, à mon avis, une erreur qui peut avoir de fâcheuses conséquences dans la pratique, et contre laquelle M. le docteur Weill a cherché à réagir, dans une thèse inaugurale, pour laquelle ce médecin distingué a bien voulu réclamer mes conseils.

Le but du présent travail est d'établir, avec M. le docteur Weill et M. le professeur Pajot, qui nous a précédés tous deux dans cette voie, qu'après avoir tamponné une femme atteinte d'hémorrhagie causée par l'insertion vicieuse du placenta, on doit, *le plus souvent*, abandonner à la nature la terminaison de l'accouchement ; que cette méthode donne des résultats meilleurs *quant à la mère ;* et qu'en se plaçant surtout au point de vue des intérêts de cette dernière, on doit réserver l'intervention chirurgicale pour quelques cas exceptionnels que je ferai connaître plus loin. Une expérience antérieure m'avait déjà amené à cette opinion ; un fait récent, dans lequel une conduite opposée et conforme aux préceptes habituels a été promptement suivie de la mort par hémorrhagie de mon opérée, m'a confirmé

encore la justesse de la doctrine que j'expose aujourd'hui dans ce journal.

Exposé de la méthode. — Je n'ai pas besoin, sans doute, de décrire longuement ici une méthode thérapeutique que son seul nom définit suffisamment, et que tout le monde comprend. L'expectation, considérée dans le cas particulier qui nous occupe, aussi bien que d'une manière générale en médecine, c'est l'abstention plus ou moins complète et quelquefois absolue de l'intervention chirurgicale ou médicale, c'est l'action de la nature substituée à celle de l'art. Cette dernière ne fait pourtant pas ici absolument défaut; mais elle ne s'exerce que faiblement. Voici en quoi elle consiste : la femme ayant été solidement tamponnée et l'hémorrhagie complétement suspendue, on attend que le contact du tampon provoque les contractions de la matrice ou en accroisse la force. Dans le cours du travail, on surveille attentivement la vulve, pour s'assurer qu'aucune perte nouvelle ne se produit, et l'on renforce immédiatement le tampon si la femme perd à nouveau. Quand les efforts prennent le caractère expulsif et commencent à chasser le tampon, on soutient celui-ci avec la main pendant la douleur pour le forcer à rentrer après que la contraction a cessé. Par cette manœuvre, on maintient l'extrémité du tampon constamment appliquée sur l'orifice utérin, et l'on s'oppose à la formation, en ce point, d'une cavité dans laquelle le sang ne manquerait pas de s'accumuler. Ainsi soutenu, le tampon ne recule que peu à peu devant les progrès de la partie fœtale ou du placenta, et maintient jusqu'à la fin les voies génitales complétement fermées. Lorsqu'une portion du tampon assez considérable pour faire prévoir la fin prochaine du travail a été ainsi expulsée par les efforts naturels, il est de la plus grande importance d'administrer un ou deux grammes d'ergot de seigle pour aider aux contractions de la matrice et assurer le retrait de celle-ci après l'issue de l'enfant.

Le placenta, dans le cas d'implantation centrale, précèdera souvent le fœtus. C'est là, je crois, une circonstance favorable pour la mère. Si, au contraire, le gâteau placentaire, partiellement adhérent, reste dans la matrice après la sortie de l'enfant, on ne l'enlèvera, règle générale, que dans les délais habituels, si la femme ne perd pas; on n'achèverait de suite le décollement que si une nouvelle hémorrhagie se produisait.

A ces soins assez simples, qui n'excèdent pas sensiblement ceux que réclame un accouchement normal, se réduit l'intervention de l'accoucheur dans les cas qui se prêtent à la méthode dite *d'expectation* dont il est ici question. Pour que cette conduite obtienne tout le succès possible, il importe, autant que faire se pourra, de n'avoir pas à renouveler l'application du tampon pendant le cours du travail. Retirer l'appareil lorsque les contractions de la matrice se succèdent avec régularité, est une opération toujours pleine de danger, et on ne doit l'entreprendre qu'après avoir préparé un second tampon, que l'on tient constamment à sa portée. Elle est d'ailleurs le plus souvent inutile. Le cathétérisme de la vessie ne saurait la justifier, puisqu'il suffit d'enlever les bourdonnets de soutien pour mettre à nu l'orifice de l'urèthre et faire pénétrer la sonde. L'ablation temporaire du tampon n'est donc vraiment indiquée que dans les cas rares où cet appareil d'obturation, après avoir mis fin à la perte, n'aura pas provoqué, au bout de vingt-quatre heures, les contractions de la matrice, qui sont un de ses effets habituels et les plus désirables dans les circonstances dont je m'occupe.

Le fait suivant, de date toute récente, renferme une application assez exacte de la méthode d'expectation, et un spécimen de ses résultats habituels tant pour la mère que pour l'enfant.

Obs. I. — *Insertion vicieuse du placenta; hémorrhagies successives pendant la grossesse et le travail; tamponnement, accouchement naturel sans perte nouvelle; rétablissement de la mère et mort du fœtus.*

Mme F..., rue Budé, n° 9, 28 ans, brune, petite mais d'une bonne constitution, est arrivée au terme de sa troisième grossesse. Ses deux premières couches ont été naturelles. Le 4 février 1872, au sortir de son lit, Mme F... éprouve une première perte, assez abondante, qu'aucune cause extérieure n'avait provoquée et qui dure vingt minutes environ. Le 19 mars 1872, une nouvelle hémorrhagie, tout aussi spontanée mais moins abondante que la première, se produit dans les mêmes conditions, c'est-à-dire au moment du lever. Enfin le 26 mars suivant, Mme F... est prise d'une troisième perte, plus copieuse que les deux autres, à cinq heures du matin, étant encore couchée. Elle fait venir aussitôt sa sage-femme, qui demande l'avis de M. le docteur Baillet et de M. le docteur Rambaud. Quelques instants après l'arrivée de nos confrères, et sous leurs yeux, se produit une nouvelle hémorrhagie abondante. M. Baillet, m'étant venu chercher, nous trouvons à notre arrivée, vers dix heures et demie du matin, la malade fort pâle et prise de pandiculations et de fréquents bâillements. Le pouls radial est très faible. Depuis deux heures environ, Mme F... éprouve toutes les cinq minutes une douleur de reins pénible avec retentissement dans le bas-ventre; il est évident que le travail est commencé. Un solide tampon est aussitôt appliqué : 250 grammes de charpie et 300 grammes de cérat sont nécessaires pour parfaire l'obturateur vaginal, que soutient un bandage en T formé d'une serviette pliée en quatre suivant la longueur et d'un mouchoir cousu perpendiculairement sur la serviette. Après avoir retiré du vagin les caillots sanguins qui l'obstruaient, l'avoir nettoyé au moyen d'une injection d'eau fraîche, et avant d'introduire les bourdonnets de charpie, je m'assure que la dilatation du col égale l'étendue d'une pièce de deux francs et que le placenta recouvre la moitié postérieure du segment inférieur de la matrice. Le doigt n'atteint aucune partie d'enfant, mais, par la palpation, on sent manifestement la tête du fœtus mobile au-dessus du pubis. L'enfant paraît avoir succombé déjà, du moins une auscultation attentive ne perçoit pas les battements de son cœur.

Pour relever les forces de la malade, nous lui prescrivons de prendre toutes les demi-heures alternativement une tasse à café de bouillon froid et une tasse d'eau rougie.

A trois heures et demie, le facies est meilleur, la voix plus forte, le pouls radial fréquent et faible mais pourtant bien frappé. Les contractions utérines, soutenues et régulières, présentent déjà le caractère expulsif.

Nous ajournons une nouvelle réunion, mais prévoyant l'issue possible de l'accouchement avant notre retour, nous donnons à la sage-femme pour instructions : 1° d'enlever le bandage au moment où l'extrémité du tampon aura été repoussée hors de la vulve; 2° de maintenir avec la main appliquée sur la vulve la portion restante de l'appareil, de manière à ne la laisser sortir que peu à peu.

Ces instructions furent suivies à la lettre par Mme Furon, et à cinq heures du soir, Mme F... accouchait spontanément, sans perte nouvelle, d'un garçon mort-né d'un développement ordinaire. La délivrance, également naturelle, eut lieu vingt-cinq minutes après la sortie de l'enfant.

Quand nous revînmes près d'elle, Mme F..., ranimée par les boissons nutritives et spiritueuses qu'elle avait prises, avait la face plus colorée, le pouls meilleur; elle se sentait plus forte et n'éprouvait aucune douleur. Le placenta, que j'aurais voulu pouvoir examiner, avait déjà été jeté.

Suites de couches naturelles.

(A suivre.)

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 26 octobre 1872. — Présidence de M. MOISSENET.

RAPPORT

M. BESNIER donne lecture du rapport trimestriel sur les maladies régnantes.

La constitution médicale a conservé pendant l'été, dit le rapporteur, les caractères de parfaite régularité et de bénignité extraordinaires qui lui avaient été propres pendant la durée de l'hiver et du printemps. A aucune période correspondante des années précédentes, les maladies populaires n'ont été aussi peu nombreuses et aussi peu graves, à aucune époque la mortalité générale ne s'est abaissée davantage.

De même que dans les deux saisons précédentes, la bénignité des maladies et l'abaissement du chiffre de la mortalité affectent un caractère de généralité absolue ; ils appartiennent aux hôpitaux comme aux hospices, aux asiles de l'enfance comme à ceux des adultes, à la population civile comme à la population militaire.

Voici les chiffres de la mortalité générale comparée pour les hôpitaux et hospices civils de Paris pendant les trois mois de juillet, août et septembre des années 1870 et 1872.

JUILLET		AOUT		SEPTEMBRE	
1870	1872	1870	1872	1870	1872
1362	893	1350	930	1328	955

Total des trois mois pour 1870........ 4,040
— — 1871........ 2,778

COMMUNICATIONS

M. DUJARDIN-BEAUMETZ lit une *Note complémentaire sur les altérations des tubes en caoutchouc par les solutions iodées.*

A la suite de la lecture de notre travail sur les altérations des tubes en caoutchouc par les solutions iodées, plusieurs membres de la Société des hôpitaux ont exprimé le désir que de nouvelles recherches vinssent compléter ces premières données. Ce sont ces nouveaux résultats qui font aujourd'hui le sujet de cette communication.

La question la plus importante était de savoir si, dans les solutions composées contenant à la fois l'iode et l'iodure de potassium, solutions les seules employées quand il s'agit de faire des injections dans les cavités closes, les tubes en caoutchouc subissaient les mêmes altérations que dans les solutions plus ou moins étendues de teinture d'iode dans l'eau.

Déjà, dans nos premières recherches, nous avions montré que l'iodure de potassium seul n'avait aucune action sur ces tubes. Le mélange de ce sel avec la teinture d'iode modifierait-il les résultats obtenus? telle était la question. Pour la résoudre, nous avons plongé des tubes en caoutchouc pendant plusieurs jours dans les solutions suivantes :

N° I. Teinture d'iode....... 20 grammes.
Iodure de potassium... 2 —
Eau................. 100 —

N° II. Teinture d'iode........ 40 —
Iodure de potassium.... 4 —
Eau................. 100 —

N° III. Iode................ 5 —
Iodure de potassium... 10 —
Eau................. 40 —
(Bonnet.)

N° IV. Iode................ 5 grammes.
Iodure de potassium... 5 —
Alcool à 90°......... 50 —
Eau distillée.......... 100 —
(Codex.)

N° V. Iode................ 3 grammes.
Iodure de potassium... 6 —
Alcool rectifié........ 100 —
(*Pharmacopée anglaise.*)

Dans toutes ces solutions, nous avons obtenu les mêmes altérations que nous avions déjà constatées. Les tubes en caoutchouc augmentent de volume. Leur surface extérieure présente une striation transversale très-marquée. Leur élasticité disparaît, et lorsque l'on fait sur ces tubes une traction même légère, on voit se produire une série de fissures longitudinales, et si ces tractions deviennent plus énergiques, le tube se brise transversalement.

Nous mettons sous les yeux de la Société les résultats obtenus par les solutions n°s I et II, qui permettent d'apprécier très-nettement les altérations que nous venons de décrire; altérations qui sont plus ou moins marquées, selon la quantité d'iode que contient la solution. Plus elle est considérable, plus les altérations sont rapides et manifestes.

Il était un second point, qui avait aussi appelé l'attention de nos collègues, c'était de savoir quelle était la composition de la teinture d'iode qui avait servi dans nos expériences. On faisait remarquer, en effet, qu'il paraît exister une certaine différence au point de vue de l'action locale, entre la teinture que nous trouvons dans les hôpitaux et celle qui nous est fournie par les officines de la ville. Les renseignements que nous avons été prendre à la Pharmacie centrale des hôpitaux nous permettent d'affirmer que, pour la fabrication de la teinture d'iode, on suit dans cet établissement les prescriptions du *Codex*. Cette teinture contient donc :

Iode.................... 10 parties.
Alcool à 90°............. 120 —

Et si l'on a trouvé des différences dans la teinture d'iode selon son origine, c'est qu'à la température ordinaire, ce mélange se fait difficilement et nécessite l'agitation très-fréquente de la solution; il est donc possible que, dans certaines pharmacies, la dissolution soit incomplète, et que, par conséquent, elle soit moins chargée d'iode; d'où son action locale moins énergique.

Cette teinture s'altère assez rapidement par la production d'une certaine quantité d'acide iodhydrique. On pouvait se demander quel rôle jouait la présence de cet acide dans les altérations que nous avons signalées. Nous avons donc fait une seconde série d'expériences, dans laquelle nous avons fait des mélanges à quantité variable de teinture d'iode et de dissolution d'acide iodhydrique, et nous avons mis en contact avec ces mélanges des tubes en caoutchouc. Ces expériences sont encore trop récentes pour que nous puissions donner aujourd'hui des résultats positifs. Mais il nous semble que ce mélange ne paraît pas modifier d'une manière sensible les premiers résultats que nous avons obtenus.

Il nous paraît donc désormais acquis que les solutions iodées altèrent les tubes en caoutchouc; il faudrait donc arriver, ou bien à enlever à la teinture d'iode, sans en altérer toutefois l'effet thérapeutique, cette fâcheuse action sur le caoutchouc, ou bien à modifier ce dernier pour le mettre à l'abri de ces altérations.

Ce sont là des travaux qui s'éloignent trop de notre sphère, et que doivent entreprendre des personnes plus compétentes. Mais si ces questions ne trouvaient pas de solution, il faudrait désormais employer les plus grands ménagements lorsque, dans une cavité close, on fera des injections iodées au moyen d'un tube en caoutchouc placé à demeure, et les craintes devront être d'autant plus vives que l'ouverture sera plus étroite et le tube plus faible.

M. Boinet, auquel ses travaux donnent une si grande compétence lorsqu'il s'agit de l'emploi de l'iode au point de vue thérapeutique, dans une communication qu'il a bien voulu nous adresser, nous a dit que, depuis longtemps, il avait été frappé de cette altération des tubes en caoutchouc par la teinture d'iode, ce qui l'avait fait renoncer à l'emploi de ces tubes, qu'il remplace très-avantageusement par des sondes en gutta-percha vernies, sondes qu'il a soin cependant de renouveler fréquemment. C'est là un moyen simple, que je voulais, en terminant, signaler à la Société.

M. FÉRÉOL donne quelques nouveaux détails sur l'observation d'*Ulcère tuberculeux de la langue,* qu'il a présentée dans une précédente séance.

LECTURE

M. DIEULAFOY lit un travail ayant pour titre : *Traitement de l'épanchement du péricarde par aspiration* (ce travail est renvoyé à une commission composée de MM. Moutard-Martin, Roger et Potain).

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Séance du 19 juillet 1872. — Présidence de M. GROS.

Moyens propres à détacher les concrétions calcaires adhérentes aux parois de la vessie.

OBS. II. — Le 14 novembre 1868, je vois, avec MM. le baron Larrey et le docteur Michel, M. G..., artiste d'un grand talent, âgé de 60 ans. Il y a cinq ans, M. Civiale lui a fait la lithotritie. Depuis cette époque il est resté sans souffrir jusqu'à il y a six mois. Alors les envies d'uriner deviennent de plus en plus fréquentes. Bientôt la miction est accompagnée de ténesme douloureux allant de l'anus au gland et qui se continue après la cessation du jet. Souvent les dernières gouttes d'urines sont suivies d'un peu de sang. M. G... croit à une nouvelle pierre. En même temps les fonctions digestives se font mal. La constipation habituelle nécessite l'usage journalier des lavements et souvent la prise de thé purgatif ou d'un à deux verres d'eau de Pullna. Les matières fécales, vertes et fétides, sont souvent des crottes dures. La bouche est mauvaise et la langue est recouverte d'un enduit fuligineux noir.

La sensibilité au froid est très-grande. La peau est sèche et rugueuse. La face est jaune pâle. Les urines, fortement colorées, comme du bouillon gras très-fort, déposent des matières glaireuses purulentes dans lesquelles il y a des caillots de sang. L'odeur des urines est très-ammoniacale.

M. G... me montre les graviers qu'il a rendus depuis quelque temps. Ils sont gros comme de fortes têtes d'épingles, granulés; leurs surfaces offrent de nombreuses aspérités très-aiguës. Ils sont tachés de sang, et le malade me dit que tous ces graviers sont sortis enveloppés d'un caillot de sang.

La verge est constamment très-rétractée et dure, comme cela arrive dans les cas de spasmes douloureux de l'urèthre.

Il y a souvent des douleurs sourdes sous l'hypochondre droit. Le foie dépasse de deux doigts les côtes, et de temps en temps il y a évacuations spontanées de bile, tantôt par la bouche, tantôt par les garde-robes.

Avec MM. le baron Larrey et le docteur Michel, je crois à une récidive de pierre, et pour faire l'examen direct, je passe d'abord une sonde en gomme à béquille. En arrivant au col vésical, j'éprouve un arrêt, et en même temps il s'écoule du sang par le pavillon de la sonde. Celle-ci, poussée doucement, frotte sur quelque chose de rugueux en pénétrant dans la vessie. L'urine succède brusquement au sang. La vessie vidée, j'y injecte cent grammes d'eau tiède. J'introduis la sonde coudée en métal qui, en passant sur le col de la vessie, frotte très-nettement sur du calcaire. Avec elle, je ne trouve rien dans le fond de la vessie. J'introduis le brise-pierre explorateur qui, comme tous les autres instruments, frotte sur du calcaire au niveau du col vésical. Je fais dans la vessie les manœuvres exploratrices de préhension de la pierre, mais je ne trouve rien.

Je conclus à l'existence de graviers fixés sur le col de la vessie.

Tous les matins, pendant quatre jours, je passe une grosse sonde en gomme à béquille (n° 22) pour faire des injections d'eau phéniquée dans la vessie. Toutes les fois, il sort un peu de sang par le pavillon de la sonde, immédiatement avant l'urine; et toujours, au moment de la sortie du sang, je perçois le frottement sur le calcaire du premier examen. Ce passage de la sonde dans le col vésical provoque constamment une vive douleur.

Il n'y a pas de gravier évacué. Alors j'applique mon irrigateur continu de l'urèthre et de la vessie (décrit dans mon *Traité des opérations des voies urinaires*, page 194), et je montre au malade à s'en servir. La petite sonde, conduite dans la vessie, y porte de l'eau tiède. Dès que l'envie d'uriner se fait sentir, le malade ferme le robinet du siphon, et, en urinant, il chasse, par-dessus la petite sonde, dans l'urèthre, le liquide accumulé dans la vessie.

La vessie est ainsi remplie et vidée sept à huit fois de suite. Les deux premières fois, on fait arriver de l'eau tiède, puis on place le siphon dans une solution phéniquée que l'on fait passer dans la vessie et l'urèthre, et l'on termine par de l'eau tiède. Les premières mictions ainsi provoquées sont un peu douloureuses, mais le robinet étant ouvert dès que la première douleur de la miction apparaît, celle-ci est arrêtée, la vessie recevant du liquide. Peu à peu cette douleur de la fin de la miction se calme et n'existe plus à la fin de la séance d'irrigation.

M. G... fait matin et soir une séance d'irrigation. Le troisième jour, il commence à rendre des graviers enveloppés de caillots de sang. C'est ainsi qu'est évacué celui représenté grossi du double (fig. 2).

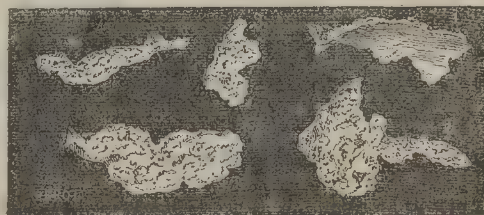


Fig. 1.



Fig. 2.

Chaque irrigation est suivie d'un calme relatif très-notable, les envies d'uriner étant momentanément moins fréquentes. Les urines deviennent peu chargées; mais la réapparition des douleurs vives entre chaque séance persiste pendant vingt jours. Alors le calme est complet, les envies d'uriner n'arrivent plus que toutes les deux ou trois heures, et la miction n'est suivie d'aucune douleur. Les urines déposent toujours un peu de pus.

Le 18 décembre, en présence de mes confrères, je fais un examen complet de la vessie. Le passage de la sonde en gomme sur le col n'est plus accompagné de l'évacuation de sang; il n'y a plus de frottement rugueux et la douleur est moindre. Avec la sonde coudée et le brise-pierre explorateur, je ne trouve rien dans la vessie ni au pourtour du col.

Je conseille d'éviter à tout prix la constipation en prenant tous les jours un lavement, et au besoin un ou deux verres d'eau de Pullna.

M. G... reprend ses habitudes, mais la marche le fatigue vite, et il est toujours très-sensible au froid. Il se plaint toujours de douleur dans l'hypochondre droit.

Jusqu'aux premiers jours de mars 1869, le bon état local, du côté de la vessie, se maintient. A cette époque, je suis appelé. M. G... a une rétention d'urine. Il est très-abattu; son teint est jaune, légèrement ictérique; sa peau est chaude, sèche et rugueuse; sa langue, saburrale, est noire. L'appétit est nul. Le malade se plaint d'une douleur violente à l'hypochondre droit, qui est très-bombé. Le foie,

(1) Suite. — Voir le numéro du 11 janvier 1873.

très-sensible à la pression, descend de quatre doigts au-dessous des côtes.

Je passe une sonde dans l'urèthre sans rencontrer, au col de la vessie, la légère résistance et les rugosités. Je retire de la vessie 500 grammes d'urines foncées et ammoniacales.

Il se forme une grande poche fluctuante au-dessous des côtes droites, et le malade meurt le 16 mars.

(*A suivre.*)

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Hôpitaux de Lyon. — Par suite du décès de M. Chatin, médecin de l'hospice de la Charité :

M. Perroud passe à la Charité ; — M. Mayet, à l'Hôtel-Dieu ; — M. Français, médecin suppléant, est nommé titulaire à l'hôpital de la Croix-Rousse.

M. le docteur Chappet remplace M. Chatin comme doyen des médecins des hôpitaux.

— A céder immédiatement une bonne clientèle à Paris. Produit, 12,000 francs. — S'adresser au bureau du journal.

— Clientèle à céder gratuitement près Paris. Produit : 9,000 fr.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Annuaire pharmaceutique, par le docteur C. Méhu, pharmacien de l'hôpital Necker, licencié ès sciences physiques. 11e année. Paris, 1873. — Prix : 1 fr. 50. — J.-B. Baillière et fils.

Histoire de la médecine et des doctrines médicales, par M. le docteur BOUCHUT. 2e édition. 2 vol. in-8°. — Prix : 16 francs. — Germer Baillière.

Traité d'histologie pathologique, par le docteur Édouard RINDFLEISCH, professeur d'anatomie pathologique à l'université de Bonn. Traduit sur la seconde édition allemande et annoté par le docteur F. GROSS, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Nancy. — Paris, 1873, 1 vol. gr. in-8° de IV-740 pages avec 260 figures intercalées dans le texte. — Prix : 14 francs. — J.-B. Baillière et fils.

Traité pratique des maladies des yeux, par le docteur E. MEYER, chevalier de la Légion d'honneur. — 1 beau volume in-12 de 736 pages avec 256 figures intercalées dans le texte. Prix : 10 fr. — Paris, 1873. H. Lauwereyns.

L'Étudiant micrographe, traité pratique du microscope et des préparations, par ARTHUR CHEVALIER, O. ✻, 1 vol. de 600 pages, 600 figures : 7 fr. 50. — Delahaye, place de l'École-de-Médecine. — Catalogue illustré des microscopes, gratis, chez Arthur Chevalier, Palais-Royal.

Recherches expérimentales sur le fonctionnement du cerveau, par le docteur Édouard FOURNIÉ, médecin adjoint à l'institut national des Sourds-Muets. — In-8° avec 4 planches coloriées. Prix : 4 francs. — Paris, Adrien Delahaye.

Contribution à l'étude de l'alcoolisme, par le docteur G. MARTY. — In-8°. Prix : 2 francs. — Paris, Adrien Delahaye.

Le Directeur : Dr E. LE SOURD.

Paris. — Typographie A. POUGIN, quai Voltaire, 13.

N° 9. — JEUDI 23 JANVIER 1873. 46e ANNÉE. JEUDI 23 JANVIER 1873. — N° 9.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Bureaux : 57, rue des Saints-Pères, 57
PRÈS L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

Le prix d'abonnement
doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne hors de Paris
dans les bureaux des Messageries et chez les Libraires
Les lettres non affranchies sont refusées.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui n'en peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS: Trois mois. . 8 fr. 50 c. — Six mois. . . 16 — — Un an. . . . 30 —

POUR L'ÉTRANGER le port en sus suivant les derniers tarifs des Postes.

Paris, le 22 janvier 1873.

SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

Au point de vue oratoire, excellente séance.

M. Chassaignac a fourni à M. Bouley l'occasion d'une de ces improvisations étincelantes d'esprit, qui sont de véritables bonnes fortunes pour les auditeurs. Il faut dire que le défenseur des faits, opposés aux théories, avait beau jeu.

Est-ce que jamais la découverte d'un fait jusqu'alors inaperçu ne se trouve pas en contradiction avec quelque notion reçue ? Est-ce que la pathologie a cessé de faire des progrès ? Est-ce que ces progrès n'ont pas lieu par l'observation de quelque chose que les cliniciens n'avaient jamais vue, bien qu'elle se soit souvent passée sous le regard des cliniciens ?

M. Bouley a cité comme exemple la morve humaine, acquise par le contact d'un cheval morveux, et qui, niée d'abord au nom de l'expérience par tous les cliniciens, fut bientôt après observée par un grand nombre.

M. Chassaignac avait comparé aux doses homœopathiques les dilutions extrêmes de liquides virulents. M. Bouley, rapprochant les virus de ces germes microscopiques dont la pullulation est tellement rapide qu'il leur suffit de quelques instants pour envahir des espaces immenses, a demandé si tel était le cas pour les médicaments prescrits par les homœopathes. Par exemple, a-t-on vu que l'or, administré en solution à quelque animal, à un bœuf, se mît à envahir son sang en y pullulant ? On aurait alors trouvé mieux que la pierre philosophale.

Quant à l'utilité de la septiciculture, en admettant que les expériences fussent couronnées d'un plein succès, M. Chassaignac l'avait contestée; mais M. Bouley a fait voir combien elle serait grande à tous les points de vue. Au point de vue thérapeutique, puisque l'on pourrait expérimenter tous les remèdes que l'on croirait antiputrides sur tous les animaux qu'on septicémiserait expérimentalement ; au point de vue de l'hygiène, puisque ce serait là un vaste champ d'études pour ceux qui voudraient se rendre compte de l'influence du régime sur la résistance vitale ; au point de vue de la prophylaxie des malades septicémiques, puisque l'on pourrait voir dans quelles conditions les germes de ces maladies se conservent ou disparaissent. A ce propos, M. Bouley a fait une digression vers la peste bovine. Il a raconté comment on pouvait, par la méthode expérimentale, s'assurer que les germes de cette maladie devaient être détruits par la fermentation dans les fumiers : les corps organisés, cadavres d'animaux, etc., que l'on y avait déposés, y ont disparu en quelques jours, sans laisser d'autres traces que les os, les poils et quelques débris de tissu fibreux. Aussi les immenses fumiers de la Villette provenant d'animaux malades ont-ils pu être impunément livrés aux adjudicataires après deux mois de fermentation. Ce terme de deux mois avait été fixé à tout hasard, mais par une série d'inoculations de matières septiques provenant d'animaux enfouis dans le milieu fermentescible, il serait possible d'arriver à une notion plus précise, autrement dit plus scientifique.

Après avoir ainsi dégagé la question il ne restait plus qu'à montrer la constance des résultats obtenus sur les animaux par l'inoculation de matières septiques.

M. Bouley a raconté des expériences que nos lecteurs trouveront analysées plus loin, au compte rendu de la séance. Mais je dois dire qu'elles ont causé une sorte de déception à ceux qui parcouraient déjà, en imagination, les horizons si vastes que l'orateur aurait montrés dans sa réponse à M. Chassaignac.

En effet, si de deux lapins inoculés le même jour, dans les mêmes conditions, avec un même liquide, aux mêmes doses, l'un restait en santé parfaite, l'autre mourait, comment arriver à la certitude lorsque l'on voudrait étudier l'action, soit d'un médicament, soit d'un régime alimentaire particulier ?

Toujours le vague.

Avant le mémoire de M. Davaine, avant le premier mémoire de MM. Coze et Feltz, qui, comme l'a rappelé M. Bouley, a précédé les expériences de M. Davaine, on en était déjà, à très-peu de chose près, où l'on en est encore aujourd'hui.

Mais je me place au point de vue de la médecine proprement dite, de la pathologie humaine.

Les animaux n'étant pas exposés naturellement aux piqûres anatomiques, on n'avait pas songé que chez eux, comme chez l'homme, des accidents très-graves et même la mort pourraient être le résultat de l'inoculation de matières putrides.

C'était, en médecine comparée, une lacune qui vient d'être comblée.

Il devient de plus en plus probable qu'aucune race de mammifères n'échappe absolument à cette cause de mort.

L'existence la plus fragile, dans les expériences de ce genre, semble être celle du lapin.

On a même pu croire un instant, d'après les premières expériences de M. Davaine, que la septicémie de toute provenance était couvée pour ainsi dire par le lapin, acquérait dans son organisme une activité beaucoup plus grande, et qu'ainsi il serait possible de déceler, en les multipliant, les atomes que l'homme pourrait renfermer dans telle ou telle maladie.

Les faits observés par M. Bouley nous enlèvent cette illusion.

La septicémie d'origine équine ou humaine s'est atténuée sur les animaux, lapins ou autres, auxquels elle avait été transmise. Leur sang, inoculé à d'autres, ne leur a produit aucun effet, tandis qu'eux-mêmes avaient succombé à l'inoculation d'un premier sang septique.

Ainsi la règle formulée par M. Davaine ne s'appliquerait guère qu'au sang de bœuf entrant en putréfaction, à moins pourtant que M. Bouley ne soit tombé sur cette suite de résultats dus au hasard que l'on appelle une *série*.

Quant aux résultats annoncés par M. Davaine, on ne peut savoir s'il s'y trouvait une série, car on n'en a qu'un résumé incomplet et insuffisant.

Dr Victor Révillout.

HOTEL-DIEU. — M. N. Guéneau de Mussy.

Leçons cliniques sur le traitement du rhumatisme chronique (1).

Si le froid humide a été un des facteurs de la maladie, tant qu'il agira sur l'organisme, nos moyens pharmaceutiques seront le plus souvent impuissants. Il y a huit ou neuf ans, je fus consulté par une dame âgée de 46 à 48 ans, elle souffrait depuis quatorze ans de l'arthrite déformante, la plus caractérisée qu'on pût rencontrer, de forme mixte, moitié sèche, moitié fongueuse; les quatre membres étaient malades; ses doigts, disloqués et noueux, offraient la disposition du second type de M. Charcot; en outre, ils se déjetaient sur le côté cubital de la main. Ses genoux étaient énormes, demi-fléchis, subluxés; depuis quatorze ans, elle souffrait cruellement et était condamnée à une impotence presque complète; depuis quatorze ans elle avait subi un grand nombre de traitements, elle avait fréquenté un grand nombre d'eaux minérales, sans obtenir autre chose qu'un soulagement passager; elle avait été pendant quelque temps un peu améliorée par l'usage des bains sulfureux, mais cet effet ne s'était pas maintenu. Je remarquai que son appartement donnait sur une cour humide et étroite, je la fis changer de domicile. J'appris qu'elle passait une partie de l'année dans une propriété à laquelle elle était d'autant plus attachée qu'elle avait été créée par son mari, mais dont l'habitation, placée au bas d'une colline, était très-humide; après avoir considérablement amélioré son état par le traitement que j'indiquerai bientôt, et après avoir constaté que le séjour à la campagne arrêtait et faisait même rétrograder le progrès de la cure, j'obtins du mari que la propriété fût vendue, et ces moyens radicaux ont eu un succès aussi complet qu'on pouvait l'espérer. Sans doute les articulations n'ont pas repris leur forme normale, mais le processus morbide a été enrayé, tout ce qui était susceptible de résolution a disparu, les douleurs ont cessé; la malade a pu se servir de ses membres aussi bien qu'on peut le faire de mauvais instruments, et elle était arrivée à marcher sans fatigue quatre heures de suite, un peu courbée, un peu claudicant, elle qui depuis longtemps ne pouvait supporter quelques minutes de marche.

Je cite cet exemple pour faire ressortir toute l'importance que j'attache à cette condition.

Le *régime* doit aussi être attentivement surveillé, il doit être tonique, réparateur; on soutiendra, on relèvera par les amers et les digestifs l'activité de l'estomac, mais pendant les paroxysmes, lorsque surtout ils sont compliqués de fièvre, les malades éviteront les excitants tels que: thé, café, liqueurs, ragoûts épicés qui, d'une manière générale, ne conviennent pas dans cette affection. L'huile de foie de morue a été préconisée en Angleterre dans le rhumatisme noueux; elle intervient avec avantage dans quelques cas, étant à la fois un modificateur et un élément de la nutrition.

Le massage, les frictions sèches sur les régions épargnées par le travail morbide, seront utiles pour entretenir l'activité fonctionnelle du tégument externe, la nutrition des muscles, et en même temps pour suppléer autant que possible à l'exercice actif dont les malades sont privés.

Puisque l'alanguissement de la nutrition, l'affaiblissement de l'action vasculaire paraissent, quelle qu'en soit d'ailleurs la cause, devoir être rangés parmi les éléments pathogéniques des phlegmasies chroniques, il est rationnel de recourir à ces médicaments qui, en modifiant ces fonctions, peuvent favoriser leur retour à l'état normal; on prescrira aussi ceux qui peuvent relever le ton général de l'organisme, inciter l'action nerveuse.

Enfin, il en est dont l'action intime n'est encore que bien imparfaitement connue, mais dont l'expérience a prouvé l'utilité dans les affections rhumatismales: de ce nombre sont certaines eaux minérales et les principes minéralisateurs qu'elles renferment.

Le *quinquina* est le névrosthénique par excellence; j'ai dit les bons effets que j'avais retirés de ce médicament associé à *l'iodure de potassium* dans le rhumatisme subaigu. J'ai tenté cette médication dans le rhumatisme chronique; employée seule, elle est inefficace, mais je la crois un auxiliaire utile du traitement balnéaire. Je prescris chaque jour 40 centigrammes à 1 gramme d'extrait de quinquina avec 25 à 75 centigrammes d'iodure de potassium. J'aime mieux continuer ces médicaments que d'en forcer les doses; et je tâte avec soin leur action sur les organes digestifs.

L'*iode* paraît être un modificateur énergique de la nutrition et de l'action vasculaire, il favorise la résorption des produits organisés d'une vitalité inférieure; c'est un puissant résolutif. Trousseau le prescrivait dans cette affection sous forme de teinture, à la dose de 1 à 2 grammes par jour; mais à ces doses, la teinture d'iode n'est pas toujours facilement supportée, même quand elle est parfaitement pure, et que, sous l'influence de l'air et de la lumière, elle ne s'est pas acidifiée, ce qui arrive très-souvent. Je préfère l'*iodure de potassium*, qui est beaucoup plus facile à manier.

Ce déficit de la nutrition, si je puis parler ainsi, dans le rhumatisme chronique, a tellement frappé l'attention des observateurs, que la plupart ont, dans cette affection, préconisé les *toniques*. Quelques-uns ont prescrit les ferrugineux; si l'anémie est très-prononcée, ils pourront intervenir utilement. Je les administre sous forme d'eau de Bussang, d'eau d'Orezza ou d'iodure de fer.

Concurremment avec ces moyens internes, j'emploie les *médications topiques* que j'ai indiquées à l'occasion du rhumatisme subaigu; applications calmantes pendant les paroxysmes ou dans les formes très-douloureuses, et les résolutifs, le calorique, la

(1) Suite. — Voir les numéros des 14, 16 et 21 janvier 1873

compression, quand les crises névralgiques ou congestives sont apaisées.

La *médication balnéaire* joue le rôle le plus important dans le traitement de l'arthrite. Chez les sujets strumeux, lymphatiques, très-affaiblis, les eaux thermo-sulfureuses pourront être très-utiles; elles relèvent les fonctions nutritives, incitent l'action nerveuse; elles sont toniques et stimulantes, et à ce titre, peuvent devenir résolutives; mais quand elles ont amené ce résultat, et en dehors de ces indications, il est rare que les malades se trouvent bien de leur emploi; souvent elles exaspèrent les douleurs et le travail morbide, sans que cette excitation profite à la résolution. J'ai rencontré des malades dont l'état avait été notablement aggravé sous leur influence, et d'autres qui s'en étaient bien trouvés dans les conditions que j'ai indiquées plus haut.

Ces remarques s'appliquent aux *bains sulfureux* artificiels, même faiblement minéralisés, comme je les emploie toujours, en ne dépassant pas la dose de 40 grammes de polysulfure de sodium par bain, et commençant quelquefois par 8 ou 10, pour me rapprocher de la minéralisation des sources naturelles.

Dans les mêmes conditions, on pourrait tenter les *bains de vapeur térébenthinés*, bien anciennement connus, puisque Cook raconte dans ses voyages qu'il en avait trouvé l'usage établi chez des peuplades sauvages, et que des hommes de son équipage les avaient essayés avec succès.

Je n'ai pas encore fait l'expérience personnelle de ce moyen dans les arthrites chroniques anciennes, mais je l'ai vu admirablement réussir chez un goutteux, devenu rhumatisant. Il avait conservé des engorgements articulaires après une attaque de rhumatisme subaigu, qui avait duré plusieurs mois; je consentis à cette expérience sans la lui conseiller. J'ai été frappé du résultat, qui a été aussi complet que possible.

Pour moi, j'avoue que chez un goutteux, si disposé aux congestions viscérales, je n'osais pas, dans un cas analogue, prendre la responsabilité d'une médication aussi énergique

Dans le rhumatisme chronique, elle n'exposerait pas aux mêmes dangers, et les résultats qu'on affirme en avoir tirés me paraissent très-vraisemblables, pourvu qu'on se renferme dans ces conditions que j'ai indiquées de rhumatisme atonique et franchement chronique.

Les eaux minérales qui ont le plus de réputation dans ces affections, sont les eaux salines arsenicales, dont la France possède sinon le monopole, du moins les plus riches et les plus actives, telles que Lamalou, Plombière, Royat.

La Bourboule, qui représente la note la plus élevée de cette gamme thermale, serait très-utile dans cette affection si son installation balnéaire répondait mieux à son admirable minéralisation. Depuis longtemps on a constaté l'efficacité de ses sources dans les arthrites strumeuses, et cette année même, je les ai conseillées avec succès dans un cas de rhumatisme noueux. Ces observations m'ont conduit, il y a une quinzaine d'années, à tenter dans une affection, regardée alors comme à peu près incurable, l'usage des *bains arsenicaux* : les résultats très-heureux que j'en ai obtenus m'ont engagé à le vulgariser; depuis lors, elle s'est répandue et a pris rang dans la thérapeutique du rhumatisme chronique. Mais comme ma formule a été souvent reproduite d'une manière très-inexacte, je m'étendrai avec quelques détails sur cette médication, et je rapporterai succinctement quelques observations qui en feront apprécier les effets.

J'ai trouvé, depuis mes recherches, que l'arsenic avait déjà été employé dans le rhumatisme chronique. Tenkinson (de Manchester), Bardsley et Kellie, cités par MM. Mérat et de Lens dans leur *Dictionnaire de thérapeutique*, l'avaient préconisé; le docteur Garrod dit avoir, pendant plusieurs années, prescrit la solution de Fowler dans l'arthrite déformante, mais il s'est demandé s'il ne fallait pas lui imputer des congestions graves du foie, qu'il a vues survenir chez ses malades, et il ne dit pas s'il a continué à en faire usage.

Je n'ai prescrit l'arsenic à l'intérieur que dans les cas où les bains étaient impossibles ou me paraissaient contre-indiqués. Je l'ai administré alors sous forme de solution de Fowler ou d'une solution au centième d'arséniate de soude.

Il y a six ans, j'ai soumis à cette médication un tuberculeux atteint de rhumatisme chronique; il a quitté l'hôpital guéri, en apparence du moins, de cette double affection; mais dans d'autres cas, elle m'a semblé réussir moins bien que le traitement balnéaire.

Quelques médecins, depuis la publication de mon travail, ont combiné les deux médications et disent s'en être bien trouvés.

S'il m'est permis de m'en rapporter à mes propres observations, je crois que les bains arsenicaux suffisent dans beaucoup de cas, et qu'alors leur innocuité doit les faire préférer; j'admets cependant que l'usage combiné des deux méthodes peut être opportun chez certaines maladies; et dans les cas où la médication balnéaire n'est pas applicable ou reste inefficace, on devra recourir à l'usage interne du médicament avec les précautions qu'il exige.

(A suivre.)

OBSTÉTRIQUE

DE LA CONDUITE A TENIR APRÈS L'APPLICATION DU TAMPON DANS LES CAS D'INSERTION VICIEUSE DU PLACENTA (1).

Par M. Bailly, professeur agrégé.

Avantages de l'expectation. — La supériorité de l'expectation sur l'intervention active, en ce qui concerne la mère, ressort des résultats statistiques consignés dans la thèse de M. Weil et des faits peu nombreux encore, il est vrai, tirés de ma pratique personnelle. Onze fois déjà j'ai été appelé à donner des soins à des femmes atteintes d'hémorrhagie grave causée par l'insertion vicieuse du placenta. Chez cinq d'entre elles la version a été pratiquée après tamponnement; deux ont succombé au bout de quelques heures. Les six autres, également tamponnées, qui sont accouchées spontanément, ont échappé aux dangers immédiats de l'hémorrhagie. Cinq se sont rétablies promptement. La sixième est morte au bout de quelques jours des suites d'une métro-péritonite, complication accidentelle qu'il me paraîtrait injuste d'imputer à la méthode et qui s'observe autant et plus souvent encore lorsqu'on pratique la version.

Le résultat a été différent pour les enfants. Tandis que trois enfants des femmes de la première catégorie ont été extraits vivants, tous les enfants des femmes qui sont accouchées naturellement étaient mort-nés. Je reviendrai plus loin sur ce dernier résultat.

Il est regrettable que les auteurs n'aient point encore songé à envisager, au point de vue qui nous occupe, la question du traitement de l'insertion vicieuse du placenta, et ne nous fournissent pas les éléments d'une statistique suffisamment probante. Je n'ai pas, sans doute, la pensée de pouvoir juger définitive-

(1) Suite. — Voir le numéro du 21 janvier 1873.

ment la valeur comparative des deux méthodes avec le nombre de faits restreint que j'ai observés. La conclusion toutefois qu'on en peut tirer provisoirement dès aujourd'hui, c'est que, relativement aux dangers d'hémorrhagie, l'expectation sauvegarde mieux la vie des femmes que ne le fait l'intervention chirurgicale.

Outre ce premier avantage, bien suffisant pour faire adopter l'expectation par ceux qui se préoccupent avant tout de la conservation de la mère, il en est un autre qui mérite également d'être pris en sérieuse considération, c'est la simplicité de l'action médicale qui en est la conséquence. Par là, en effet, se trouve supprimée une opération délicate, devant laquelle reculera souvent un praticien de peu d'expérience, et qui ne laisse pas d'émouvoir un homme plus habitué aux manœuvres obstétricales. En effet, que d'embarras, d'incertitude sur le moment d'agir et d'émotions pénibles sont épargnés ainsi au praticien qui, loin de tout concours spécial, se trouve appelé à parer aux dangers d'une insertion vicieuse du placenta. Tamponner solidement le vagin est une opération facile et à la portée de tous ; décoller le placenta adhérent à l'orifice et extraire rapidement l'enfant par la version exigent du sang-froid, de l'expérience et une habileté opératoire qui ne s'acquièrent qu'après plusieurs années de pratique obstétricale.

Pour ces motifs, je crois donc que, toutes les fois que le bon état des forces de la mère laisse le choix entre l'accouchement artificiel et l'expectation, c'est cette dernière méthode qu'il faut préférer. Dans des conditions opposées, c'est-à-dire chez une femme épuisée par des pertes de sang abondantes et répétées, elle s'impose au praticien comme une absolue nécessité. L'expérience démontre, en effet, que la femme perd beaucoup moins de sang au moment de l'accouchement, lorsque le décollement partiel ou total du placenta, inséré vicieusement, s'effectue d'une manière progressive, par les efforts naturels, derrière le tampon, que lorsqu'il est opéré brusquement par la main du chirurgien. Dans le premier cas, le sang, retenu par le tampon, se coagule sur place, au sortir des vaisseaux, et limite l'hémorrhagie. Dans le second, au contraire, il s'écoule librement au dehors pendant toute la durée de l'opération, et chez une femme qui a déjà beaucoup perdu, cette nouvelle perte inévitable causée par les manœuvres peut fournir l'appoint fatal des premières hémorrhagies. Les faits suivants, tirés de ma pratique particulière, mettront bien en lumière les services que peut rendre l'accouchement naturel dans ces circonstances périlleuses.

Obs. II. — *Insertion centrale du placenta; hémorrhagies graves à la fin de la grossesse. — Tamponnement; expulsion spontanée du tampon, du placenta et du fœtus. — Guérison de la mère.*

Mme M..., 36 ans, est grande, forte et d'une santé bonne. Elle a eu six couches naturelles, la dernière il y a sept années. La dernière apparition des règles date du mois de janvier 1869.

La grossesse a été naturelle jusqu'à la fin du septième mois. Depuis cette époque, Mme M... a éprouvé de fréquentes hémorrhagies utérines. Deux ou trois fois par semaine elle perdait par la vulve, assure-t-elle, une certaine quantité de sang, qui s'est élevée parfois à un verre. Ces hémorrhagies répétées avaient déjà affaibli la malade; elles s'accroissent beaucoup le jeudi 7 octobre 1869, à onze heures du soir, qui marquent le début du travail. Elles deviennent de plus en plus fortes dans le courant de la nuit. Une quantité considérable de sang liquide et de caillots est expulsée à chaque douleur.

Le 8 octobre, à six heures du matin, au moment où j'arrive près de la malade, je la trouve d'une pâleur extrême, les lèvres presque entièrement décolorées. Elle est dans un état de somnolence dont elle ne paraît pouvoir sortir qu'avec effort. Le pouls radial est absolument insensible. Des caillots sont accumulés au devant de la vulve, et pendant les heures précédentes, on en a retiré un très-grand nombre.

La sage-femme m'assure que le placenta couvre l'orifice et que celui-ci est assez dilaté pour permettre de terminer l'accouchement. Dans la crainte de rappeler la perte qui paraît suspendue, je m'abstiens de vérifier par un nouveau toucher l'exactitude de ces renseignements. Il me paraîtrait plus imprudent encore de tenter une opération pour l'instant. La faiblesse de la malade est si grande, elle semble déjà avoir perdu tant de sang, que l'exposer à l'hémorrhagie inévitable que provoquera l'accouchement serait la condamner presque sûrement à la mort pendant le cours des manœuvres. En conséquence, il me paraît tout à fait indiqué de surseoir à l'extraction de l'enfant et de laisser à la malade le temps de refaire du sang et de reprendre des forces, tandis qu'on s'opposera à une nouvelle hémorrhagie au moyen du tamponnement vaginal. Avec l'aide de la sage-femme, je construis rapidement un solide tampon avec des bourdonnets de charpie imprégnés de cérat.

Les contractions utérines prennent de la force après cette opération. A dix heures et demie du matin, elles sont rapprochées, longues et présentent bien le caractère expulsif.

L'état général est aussi meilleur, et bien que faible encore, le pouls radial est très-sensible.

A midi, les douleurs se succèdent avec rapidité et une énergie extrême, et les sensations éprouvées par la malade lui indiquent que son accouchement tire à sa fin. La sage-femme, arrivée avant moi, trouve le tampon en partie repoussé au dehors; puis le placenta et enfin le fœtus sont expulsés sous ses yeux. Ce dernier est un garçon d'un volume plus que moyen, dont la mort paraît remonter à quelques heures.

Le placenta, jeté presque aussitôt par les personnes de la maison, n'a pu m'être présenté, mais la sage-femme que j'ai questionnée à cet égard, a pu me confirmer deux faits relatifs à cet organe : 1° sa présence sur la totalité de l'orifice dilaté; et 2° son expulsion précédant celle de la tête fœtale qui s'offrait à l'orifice.

Suites de couches heureuses, et rétablissement parfait. Le second jour des couches, un peu de développement et de sensibilité du ventre, qui cèdent promptement à l'usage des cataplasmes.

Obs. III. — *Insertion vicieuse du placenta. — Perte grave au commencement du huitième mois de la grossesse ; anémie prononcée. — Tamponnement; accouchement spontané sans hémorrhagie nouvelle. — Métropéritonite; mort.*

Mme L..., rue J.-J Rousseau, 30 ans, est d'une forte constitution et d'une bonne santé. Elle a eu cinq couches heureuses, à terme. Elle conçoit, en allaitant son dernier enfant et sans avoir revu ses règles, en sorte qu'il est difficile de préciser la durée de sa nouvelle grossesse; le développement de la matrice, toutefois, semble indiquer une gestation de sept mois révolus.

Prise d'hémorrhagie spontanée dans la nuit du 21 au 22 janvier 1871, Mme L... éprouve les premières douleurs de l'accouchement vers 1 heure du matin, et, à partir de ce moment, elle perd en abondance.

A 5 heures du matin, je vois Mme L.... Elle est fort pâle et a de fréquentes lipothymies. Les linges placés sous la malade et ceux qui ont été retirés déjà imprégnés d'une grande quantité de sang, laissent supposer une perte des plus graves. Le pouls radial est à peine perceptible. L'ouverture du col égale tout au plus le diamètre d'une pièce de un franc, et les lèvres de l'orifice forment encore un bourrelet facile à constater.

De peur d'accroître la perte, je n'essaye point d'atteindre la partie fœtale. J'applique immédiatement un tampon solide avec l'aide du confrère et de la sage-femme qui donnaient des soins à la malade. Les contractions utérines, déjà fortes, continuent à l'exercer. A 10 heures du matin, le 22, l'expulsion se prononce sans perte nouvelle; une partie du tampon est bientôt rejetée par les efforts de la parturiente.

A 11 heures 1/2, expulsion spontanée et simultanée du délivre et d'une fille de 7 mois 1/2 environ, à en juger d'après son volume. Pas de perte notable à ce moment.

Le délivre, à peu près circulaire, offre l'ouverture des membranes placée sur la circonférence même du placenta. Une zone étroite de ce dernier, infiltrée de sang et recouverte d'un caillot sanguin, indique avec certitude que le décollement s'en est effectué pendant le travail.

L'accouchée, dont l'état était resté rassurant pendant les premières vingt-quatre heures, éprouve, dans la soirée du 23 janvier 1870, du malaise, de la fièvre et une douleur manifeste au-dessus des aînes. Le ventre se développe. Cataplasmes émollients, onguent napolitain belladoné sur la totalité de l'abdomen. Huile de ricin, trente grammes. Cinq pilules contenant chacune un centigramme d'extrait gommeux d'opium sont administrées à intervalles de deux heures.

Le 24 janvier, la péritonite se généralise, le ballonnement et la tension du ventre sont énormes. La mort survient le 25, à 9 heures du soir.

L'issue funeste de la complication inflammatoire n'ôte à ce dernier fait rien de sa valeur au point de vue de la doctrine spécialement en cause dans ce travail, à savoir l'efficacité de l'accouchement spontané considéré comme moyen préventif de la mort par hémorrhagie. J'ai la conviction très-ferme que l'extraction manuelle de l'enfant eût tué la mère sur l'heure, en raison de l'hémorrhagie nouvelle qu'elle eût inévitablement provoquée, et que, sans la maladie accidentelle, cause réelle de la mort, cette femme eût pu se rétablir, puisque l'accouchée, citée dans la précédente observation a guéri, bien qu'elle fût autant et plus anémique au moment où le tampon lui a été appliqué.

Pour ne pas inutilement grossir le nombre de mes observations, j'omets volontairement ici la relation des trois autres cas d'application de la méthode à laquelle est consacré ce travail. Ils peuvent se résumer ainsi : 1° Tamponnement de la malade dans un état dangereux d'anémie causée par des pertes abondantes ; 2° Expulsion entièrement spontanée du tampon et de l'enfant ; 3° rétablissement des mères et pertes de enfants, tous trois mort-nés.

(A suivre.)

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 21 janvier 1873. — Présidence de M. Depaul.

CORRESPONDANCE OFFICIELLE

M. le ministre de l'instruction publique transmet l'ampliation d'un décret approuvant l'élection de M. Armand Moreau comme membre de l'Académie.

CORRESPONDANCE NON OFFICIELLE

La correspondance non officielle comprend :

1° Une lettre de M. Georges Heine, externe à l'hôpital Saint-Antoine, accompagnant l'envoi d'un pli cacheté. (Accepté.)

2° Un mémoire sur les *intoxications spontanées*, par M. le docteur Gigot-Suard. En voici le résumé :

« L'ingestion de l'acide urique peut produire l'*uricémie*, c'est-à-dire la surcharge du sang par ce principe excrémentitiel.

« L'acide urique administré à des chiens à la dose de 20 centigrammes au moins et de 4 grammes au plus en vingt-quatre heures, pendant une période de temps qui a varié depuis un mois jusqu'à deux mois, a occasionné des lésions morbides extrêmement remarquables et susceptibles d'éclairer la pathogénie d'un grand nombre de maladies chroniques.

« Plusieurs fois, l'alcalinité du sérum du sang a diminué au point que ce dernier paraissait presque neutre. Le microscope et l'analyse chimique y révélèrent la présence de cristaux d'acide urique, d'acide oxalique et d'urate de soude.

« Les organes et les tissus sur lesquels l'acide urique a exercé son action sont, par ordre de fréquence : la peau, les muqueuses et leurs glandes, les poumons, les reins, le foie, le pancréas, le cerveau, les glandes lymphatiques, les articulations, la rate, le péricarde et les enveloppes de la moelle épinière, le cœur.

« La peau a présenté presque toutes les altérations décrites par les dermatologistes (affections érythémateuses, boutonneuses, vésiculeuses, croûteuses, squameuses).

« Du côté des muqueuses, on a observé une injection plus ou moins forte, rarement le ramollissement. Les muqueuses le plus souvent atteintes sont celles de la bouche, du nez, des yeux et des bronches. Les glandes étaient hypertrophiées et même ulcérées ; mais cette dernière lésion a été remarquée surtout dans les glandes en tubes du rectum.

« Les lésions pulmonaires sont la congestion et la splénisation avec ou sans foyers apoplectiques, sans parler de la tuberculisation dont il sera question tout à l'heure.

« Les lésions rénales ont varié depuis la simple congestion de la substance corticale jusqu'à celles qui caractérisent la maladie de Brigt.

« Le foie a été congestionné plusieurs fois, et a présenté une fois la dégénérescence graisseuse.

« Dans le pancréas, on a remarqué seulement une injection plus ou moins étendue de la surface.

« Il en est de même du cerveau, où l'injection n'occupait que la surface et une petite portion de la substance grise.

« La dégénérescence cancéreuse et tuberculeuse s'est produite plusieurs fois dans les glandes lymphatiques. D'autres fois, on n'a constaté qu'un simple engorgement de ces glandes.

« Du côté des articulations, les seules lésions observées sont l'augmentation de la synovie, une coloration des cartilages beaucoup plus foncée qu'à l'état normal et l'injection de la synoviale. Il n'y a jamais eu de dépôt d'urate de soude.

« Les lésions de la rate sont rares et consistent dans une infection légère sur les bords ou une coloration un peu foncée sur quelques points.

« Les enveloppes de la moelle épinière et le péricarde ont été trouvés fortement injectés dans un cas.

« Le cœur n'a été altéré aussi qu'une seule fois dans les huit expériences dont ce mémoire contient la relation : ses parois paraissaient énormes, et l'endocarde avait une couleur ardoisée.

« Outre ces lésions organiques, l'acide urique a produit, dans un cas, les symptômes du diabète, des tubercules pulmonaires dans trois cas, un squirrhe ligneux de la peau à la région cervicale, et enfin un épithélioma de la langue. » (Commiss.: MM. Robin, Delpech et Davaine).

4° Une lettre de M. le docteur Bouisson (de Montpellier), membre associé national de l'Académie, député, annonçant que, sur sa proposition, l'Assemblée nationale a décidé en deuxième lecture de la loi sur le conseil supérieur de l'instruction publique, qu'un membre de l'Académie de médecine élu par ses collègues ferait partie de ce conseil.

M. le président, au nom du conseil, propose de voter des remerciments à M. Bouisson.

M. Barth appuie cette proposition, qui est adoptée à l'unanimité.

M. Larrey présente : 1° de la part de l'auteur M. Van de Loo, un mémoire manuscrit sur un nouveau mode de déligation pour fracture, *l'appareil plâtré* ;

2° Un ouvrage de M. le docteur Cuignet intitulé : *Ophthalmie* d'Algérie.

M. Depaul dépose sur le bureau : 1° un album illustré représentant la topographie névro-musculaire ou les points d'élection pour la thérapie galvano-faradique, par M. le docteur César Brunelli (de Rome);

2° Un traité des maladies du cœur, par le professeur Freidrech (d'Heidelberg), traduit par MM. Lorber et Doyon.

LECTURE

M. ALPHONSE GUÉRIN, sur l'invitation de M. le président lit le discours qu'il a prononcé sur la tombe de M. Huguier.

Discussion sur la septicémie.

M. BOULEY. (Voir le Premier-Paris pour la première partie de ce discours.)

ANALYSE DES EXPÉRIENCES FAITES SUR LES ANIMAUX

1re *série. — Septicémie du cheval.*

Le sang tiré de la veine jugulaire d'un cheval mort d'une gangrène septique, suite de castration, aussitôt après la mort de cet animal, est inoculé, à la dose de 250 grammes, dans la veine jugulaire d'un autre cheval. Aucun résultat appréciable.

Quinze jours ou trois semaines après, le sang de ce même cheval, mort de gangrène, est injecté à la dose de 20 grammes, étant en pleine putréfaction, dans la veine jugulaire de l'animal qui avait servi à la première expérience. Quelques gouttes sans doute s'échappent dans le tissu cellulaire extérieur de la veine, car il s'y produit une tumeur gangréneuse qui entraîne la mort dans un temps court.

Le sang d'un de ces chevaux est inoculé à la dose d'une goutte à deux lapins, dont l'un est mort au bout de trois jours et l'autre au bout de vingt-cinq jours.

Le sang du premier de ces lapins est inoculé à deux autres, et celui du second à un autre. Résultat négatif chez ces trois animaux.

Le sang du cheval mort à la suite d'inoculation septicémique, est inoculé :

1° A un cheval morveux très-robuste, à la dose de 80 gouttes dans la jugulaire. Cette injection reste absolument inoffensive. Huit jours après, l'animal est abattu comme morveux.

2° A un autre cheval morveux plus faible, à la dose de 40 gouttes; accidents locaux, engorgement de la région de la jugulaire, mort très-rapide.

A l'autopsie, infiltration séreuse, sanguinolente, depuis la tête jusqu'au ventre; fétidité du liquide infiltré, bien que l'autopsie ait été faite deux ou trois heures après la mort; distension des vaisseaux par un sang noir, coloration foncée des poumons, taches hématiques nombreuses à l'extérieur et à l'intérieur du cœur. Sang diffluent, d'apparence poisseuse, en un mot toutes les apparences que l'on constate dans les animaux morts du charbon. Cependant, la rate n'a pas augmenté de volume.

3° A un troisième cheval morveux de bonne constitution, à la dose de 40 gouttes dans le tissu cellulaire de la face, du côté droit. Dès le lendemain, tuméfaction considérable au lieu de l'injection. Quatre jours après, la tête est énormément tuméfiée; l'animal, menacé d'asphyxie par la tuméfaction énorme des lèvres, des narines, etc., est abattu. Mêmes lésions que dans le sujet précédent.

Le sang du cheval n° 2, celui dont l'autopsie a révélé les lésions indiquées plus haut, a été inoculé le jour de la mort, à un cheval, à la dose de quelques gouttes, dans une poche pratiquée à l'aide d'un bistouri dans le tissu cellulaire de l'encolure, du côté droit.

Quatre jours plus tard, cette plaie était en pleine suppuration. Aucuns phénomènes généraux ne s'étaient manifestés. L'animal fut abattu comme morveux.

Deux lapins, inoculés chacun avec deux gouttes du même sang, le lendemain de la mort, ont survécu tous deux. Sur l'un d'eux, un petit abcès s'était développé au lieu de l'inoculation. Sur l'autre, rien.

« Il ressort de cette première série d'expériences, dit M. Bouley, que le sang d'un cheval mort d'une septicémie expérimentale, possède une *certaine activité virulente* démontrée par la mort de deux lapins et d'un cheval auquel il a été incoculé et par des accidents locaux très-accusés. Sur un second cheval, chez lequel la complication d'asphyxie est survenue par suite du siége de l'inoculation, ce qui a empêché de suivre les phénomènes consécutifs dans leur évolution simple.

« L'activité virulente de cette septicémie chevaline, démontrée par quatre résultats certains, a paru s'étendre sur les sujets auxquels cette septicémie a été communiquée, puisque l'inoculation faite à *cinq* lapins et à *un* cheval du sang des sujets, — lapins et cheval, — morts de l'inoculation septicémique chevaline est restée sans effet sur ces six sujets.

« Est-ce un hasard?

« Est-ce l'effet de l'atténuation de l'activité virulente de la septicémie quand elle a passé par l'organisme du cheval?

« Ne sais! Question à l'étude.

2e *série d'expériences.*

1° Le sang d'une jument atteinte de *javart tendineux*, est inoculé à trois lapins et à un cobaye. Un des lapins meurt dix-sept jours après dans un état d'étisie. On peut se demander s'il est mort des suites de l'inoculation.

Les autres animaux résistent parfaitement.

2° Après avoir produit chez un cheval une infection putride intensive, en lui introduisant dans le tissu cellulaire sus-costal une mèche de séton chargée de pus bulleux, ou extrait, au moment de la mort, une certaine quantité de sang de sa veine jugulaire, et en mêlant 4 gouttes de ce sang à 80 gouttes d'eau, on introduit 4 gouttes de ce mélange dans le tissu cellulaire de l'encolure d'un cheval, — aucun phénomène général ne se produit. Une petite tumeur, qui s'était formée à l'endroit de l'inoculation, disparaît bientôt d'elle-même. L'animal est abattu comme morveux huit jours après l'inoculation.

3° Le sang recueilli trois heures après la mort sur un cheval septicémique, qui avait déjà fourni du sang pour l'expérience précédente, est inoculé à la même dose à un autre cheval, avec exactement les mêmes résultats — petite tumeur locale disparaissant d'elle-même. Aucuns phénomènes généraux.

4° Deux gouttes d'une dilution au centième du même sang, recueilli au moment de la mort, sont inoculées à un premier lapin avec un résultat complétement négatif.

5° Deux gouttes d'une dilution au centième du même sang, recueilli treize heures après la mort, sont inoculées à un second lapin, qui meurt le troisième jour.

6° Trois gouttes d'une solution au vingtième du même sang sont inoculées à un lapin qui meurt le troisième jour.

7° La même expérience est répétée, avec le même sang, aux mêmes doses, sur un quatrième lapin. Aucun résultat. Le lapin survit.

8° Le sang du lapin n° 3, mort à la suite de l'inoculation septicémique, inoculé à un cinquième lapin, n'a rien produit jusqu'aujourd'hui.

« Ce qui ressort de cette deuxième série, comme de la première dit M. Bouley, c'est que le sang de deux chevaux, morts de septicémie, possède une certaine activité virulente, puisque, sur six lapins inoculés, trois sont morts.

« S'il y a quelque doute sur la cause de la mort de l'un, pour deux il y a certitude.

« L'insuccès de la réinoculation à un lapin du sang d'un autre lapin mort inoculé de la septicémie chevaline, semble impliquer, comme dans la première série, la diminution de l'activité virulente de cette septicémie comparée à celle des lapins.

3e *série. — Septicémie humaine.*

M. le docteur Lancereaux m'ayant fourni du sang d'un homme mort dans son service des suites d'une gangrène pulmonaire, je fis inoculer deux lapins par injection dans le tissu cellulaire de la nuque avec chacun une goutte de ce sang.

L'un de ces lapins mourut le lendemain.

L'autre résista.

Le sang du premier, inoculé à un troisième lapin, resta sans effet.

« Si je ne me trompe, dit M. Bouley, c'est avec le sang de même provenance que M. Davaine a pratiqué, de concert avec M. Lancereaux, les inoculations *réussies* sur trois lapins, dont il nous a rendu compte dans la séance du 24 décembre.

« Les trois lapins inoculés avec ce sang par M. Davaine sont morts, tandis que sur les deux sujets auxquels j'ai fait inoculer le même liquide, un seul a péri.

« Ce qu'il y a de différent dans ces résultats dépend peut-être de la différence des procès.

« D'après M. Davaine, le sang dilué est plus sûr dans ses effets que le sang inoculé en nature.

4e série. — Inoculation de matières putrides de diverses provenances au lapin et au chien.

M. Camille Leblanc a fait, de son côté, une série d'expériences, qu'il résume ainsi :

1° L'inoculation de matières putrides, de différences provenances, pratiquée sur cinq lapins et deux chiens, fait périr quatre lapins, produit quelques symptômes maladifs sur un chien, reste sans effet sur les deux autres sujets;

2° L'inoculation de la septicémie du lapin, pratiquée sur trois chiens, détermine la mort de l'un, une maladie grave sur un deuxième, et quelques symptômes généraux passagers sur le troisième.

3° L'inoculation de la septicémie du chien, pratiquée sur un lapin et trois chiens, détermine la mort du lapin et quelques symptômes très-passagers sur les trois chiens.

« Je sais de M. Tillaux, dit M. Bouley, que l'un des chiens auxquels on a inoculé la septicémie du lapin a aussi succombé. »

A quatre heures et demie, l'Académie se forme en comité secret.

Salles du Progrès. — Jeudi 23 janvier. — Cours illustré de sténographie, par M. l'abbé Duployé. — Cours illustré de chimie par M. Maumené : l'industrie du verre, avec expériences et projections.

— L'encouragement de 800 francs (prix Laborie) a été accordé par la Société de chirurgie à M. le docteur J. Gayat (de Lyon) et non à M. J. Gayet (de Lyon) comme il a été imprimé par erreur.

Le Directeur : Dr E. Le Sourd.

Paris. — Typographie A. Pougin, quai Voltaire, 13.

BIÈRE FANTA
HYGIÉNIQUE ET NUTRITIVE
BUREAU DES COMMANDES : 18, *Boulevard des Italiens.*

La bière, bien fabriquée, est d'une influence utile sur le développement des systèmes musculaire et osseux ; elle a une grande valeur nutritive. Ces puissantes raisons l'ont fait conseiller par les médecins et les hygiénistes aux mères pendant la grossesse et aux nourrices pendant l'allaitement. Elle est préférable pour elles à toute autre boisson. Elle est très-utile aux convalescents. Les soins minutieux apportés dans le choix des substances et dans la fabrication de la **Bière Fanta**, et les succès obtenus par son usage journalier lui ont valu la préférence d'un grand nombre de médecins français et étrangers.

SIROP ANTI-NERVEUX DE FALIÈRES
AU BROMURE DE POTASSIUM
Préparé par le procédé publié, après approbation, dans le Bulletin de l'Académie de Médecine.
Il renferme 1 gramme de Bromure irréprochablement pur par cuillerée à bouche.
Il réalise la forme la plus rationnelle d'administration. En le prescrivant, les médecins sont assurés d'employer le *Bromure de potassium* dans les conditions d'absolue pureté qu'exige la Thérapeutique.

Dans les principales pharmacies. Prix : 4 Francs.
A PARIS : GEOFFRION, 46, rue Grande-Truanderie. FAVROT, 102, rue Richelieu.

DÉPOT GÉNÉRAL A PARIS, 2, RUE DE LA COUTELLERIE.



HUILE DE FOIE DE MORUE
IODO-BROMO-PHOSPHORÉE
De E. FOUGERA, pharmacien, à New-York.

L'immense supériorité de cette huile sur l'huile de foie de morue simple vendue en Europe, est due à une combinaison **d'iode, de brome et de phosphore.**

Grâce à ces agents thérapeutiques puissants, l'**Huile Iodo-Bromo-Phosphorée de Fougera est cinq fois plus active** que l'huile de foie de morue la mieux choisie.

Cet avantage est également précieux pour le médecin et pour le malade : il permet d'élever la dose des principes essentiellement actifs, sans rendre nécessaire l'absorption d'une grande quantité de matière grasse, de telle sorte que le traitement peut être rendu plus efficace, qu'il peut être prolongé sans crainte de le voir occasionner le moindre trouble du côté des voies digestives.

Ceci résulte des nombreuses observations recueillies à l'hôpital de Bellevue, à New-York, et publiées par les docteurs distingués de cet établissement.

L'Huile iodo-bromo-phosphorée de Fougera se vend dans les principales pharmacies de France et de l'étranger. — Pour les demandes en gros, s'adresser :
A MM. G. MATHEY et CLIN, r. Racine, 14; HOTTOT, aven. Victoria, 7; GRIMAULT et Cᵉ, r. Vivienne, 8.

SIROP ET VIN DE DUSART
Au lacto-phosphate de chaux
DIGESTIFS ET RECONSTITUANTS PHYSIOLOGIQUES

Développent **l'Appétit**, et assurent les digestions dans la **Convalescence** et les **Dyspepsies.**
Employés comme reconstituants dans le **Rachitisme,** la *Scrofule*, la *Phthisie*, les affections de **l'Enfance,** et toutes les **Cachexies.**
Le **SIROP FERRUGINEUX DE DUSART** réunit les deux agents les plus puissamment reconstituants : **Fer et Phosphate de chaux.**
Pharmacie, 113, faubourg Saint-Honoré.

ACADÉMIE DE MÉDECINE DE PARIS
Prix Orfila de 6,000 francs
Décerné à A. NATIVELLE, pharmacien
POUR LA DÉCOUVERTE
DE LA DIGITALINE CRISTALLISÉE

La digitaline cristallisée, dit M. le professeur Vulpian, étant une substance définie que l'on peut obtenir constamment identique, on peut en doser l'action, **ce qui est à peu près impossible lorsqu'il s'agit de la digitaline amorphe,** substance d'énergie forcément variable, suivant les diverses circonstances de la récolte des plantes et de la préparation.

Dans la plupart des cas, dit M. Marrotte, un milligramme par jour suffit pour amener, au bout de trois, quatre ou cinq jours, une action marquée sur la circulation. Les battements du cœur deviennent plus lents, plus réguliers, plus énergiques. (*Rapport de l'Académie de médecine* du 23 janvier 1872.)

Le médecin a donc aujourd'hui à sa disposition un principe cristallisable, par conséquent défini, qu'il peut doser avec exactitude et dont il est possible désormais de mesurer l'action physiologique, toxique et thérapeutique. **La digitaline n'avait pas encore été obtenue à l'état cristallisé.** On peut dire qu'elle n'était pas connue. (*Rapport de M. Béclard, secrétaire de l'Académie de médecine, dans sa séance solennelle de* 1872.)

La digitaline cristallisée s'administre en Granules et en Sirop.
Le flacon de 60 granules : 3 francs ; 1 à 4 par jour.
Le flacon de sirop de 250 grammes : 3 fr. 50. Une petite mesure est adaptée à chaque flacon, dosant exactement un quart de milligramme comme dans les granules. Ce sirop, étendu d'eau et donné à doses réfractées, est le plus sûr, le plus facile diurétique, n'amenant aucun trouble des voies digestives.
Se trouve à la pharmacie, 25, rue Coquillière, Paris, et dans toutes les pharmacies. Exiger la signature de l'auteur. Se défier des contrefaçons.

EPILEPSIE
HYSTERIE — NEVROSES

Le SIROP DE HENRY MURE, **au bromure de potassium** (exempt d'iodure), dont l'usage est aujourd'hui universellement répandu, a déterminé un nombre considérable de guérisons publiées dans les recueils scientifiques.

Chaque cuillerée de SIROP DE HENRY MURE contient 2 grammes de **bromure de potassium** d'une pureté chimique irréprochable.

PRIX DU FLACON : 5 francs.

Vente au détail. — A Paris, 16, rue de Richelieu, pharmacie LEBROU.

Vente en gros. — S'adresser à M. HENRY MURE, pharmacien, à Pont-Saint-Esprit (Gard).

Vin de Bugeaud au quinquina ET AU CACAO COMBINÉS.

La difficulté d'obtenir la tolérance de l'estomac pour le quinquina et les amers, en général, a fait plus d'une fois le désespoir des praticiens ; mais, depuis l'introduction dans la matière médicale de la combinaison dite VIN DE BUGEAUD, où le cacao se trouve uni au quinquina pour en tempérer l'astringence, cet inconvénient n'existe plus.

Aussi, cette préparation est définitivement entrée dans le domaine de la pratique et s'est substituée à toutes les autres préparations de quinquina.

Les propriétés du VIN DE BUGEAUD, *préparé au vin d'Espagne*, étant celles des toniques radicaux et analeptiques réunis, ce médicament est indiqué dans *l'appauvrissement du sang*, dans *les névroses, les flueurs blanches, la diarrhée chronique, les pertes séminales involontaires, les hémorrhagies passives, les affections scorbutiques*, etc.

La préparation de ce vin exige, pour la dissolution du cacao, des appareils spéciaux qui ne se trouvent point dans les officines. Il faut donc, pour être sûr de l'authenticité du médicament, le prescrire sous le nom de VIN DE BUGEAUD.

Dépôt général, pharmacie Lebeault, 53, rue Réaumur.

Se trouve rue du Cherche-Midi, 5, et dans toutes les pharmacies.

SIROP DÉPURATIF
D'ÉCORCES D'ORANGES AMÈRES
A L'IODURE DE POTASSIUM
Préparé par J.-P. LAROZE, pharmacien.
2, *rue des Lions-Saint-Paul, à Paris.*

Les médecins les plus célèbres, spécialement M. le docteur Ph. Ricord et M. le professeur Nélaton, ont choisi pour excipient de l'iodure de potassium le Sirop d'écorces d'oranges amères bien préparé. L'expérience prouve qu'uni à ce sirop, l'iodure de potassium perd sa propriété irritante sur la membrane muqueuse de l'estomac ; que jamais il ne détermine d'accès gastralgiques, qu'il s'assimile facilement et que l'intégrité des fonctions est toujours sauvegardée. Comme la cuillerée à bouche, pesant 20 grammes, contient exactement 40 centigrammes d'iodure, et la cuillerée à café, pesant 5 grammes, en contient 10 centigrammes, on arrive, soit d'emblée, soit graduellement, aux doses adoptées par les thérapeutistes.

Dépôt à Paris, rue Neuve-des-Petits-Champs, 26.

VIN DE CHASSAING
A LA PEPSINE et DIASTASE
contre les
AFFECTIONS DES VOIES DIGESTIVES
Paris, 2, rue de la Coutellerie.

VINS DE QUINA TITRÉS
Diastasés) **D'OSSIAN HENRY** *(Diastasés)*
Membre de l'Académie de médecine.
VIN DE QUINQUINA TITRÉ SIMPLE.
VIN DE QUINQUINA TITRÉ IODÉ.
VIN DE QUINQUINA TITRÉ FERRUGINEUX.

Richesse incomparables en principes actifs ; composition constante et chimiquement définie ; conservation illimitée ; goût très-agréable du vin blanc d'Alicante. — 56, rue d'Anjou-Saint-Honoré.

N° 10. — SAMEDI 25 JANVIER 1873. 46e ANNÉE. SAMEDI 25 JANVIER 1873. — N° 10.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Bureaux : 57, rue des Saints-Pères, 57
PRÈS L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix d'abonnement doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

On s'abonne hors de Paris dans les bureaux des Messageries et chez les Libraires
Les lettres non affranchies sont refusées.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1858 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui n'en peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS

Trois mois. .	8 fr. 50 c.
Six mois. . .	16 —
Un an. . . .	30 —

POUR L'ÉTRANGER le port en sus suivant les derniers tarifs des Postes.

REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE

De la propylamine et de la triméthylamine dans le traitement du rhumatisme articulaire aigu.

La propylamine vient de faire son entrée avec un certain éclat dans notre thérapeutique. Pourquoi maintenant seulement? Pourquoi pas plus tôt? C'est ce qu'il nous serait difficile de dire; car il ne s'agit ni d'un agent nouveau, ni d'un usage nouveau de cet agent. En 1860, il y a bientôt treize ans, nous annoncions (Voir *Gaz. des hôp.* du 4 mai 1860), d'après un article du *Journal de pharmacie*, qui fut reproduit à cette époque ou rappelé du moins par la plupart des journaux de médecine, les succès remarquables qu'un médecin russe, le docteur Awénarius (de Saint-Pétersbourg), avait obtenus dans le traitement du rhumatisme aigu ou chronique, par l'emploi de ce moyen, qu'il paraît avoir appliqué le premier à l'usage médical. Dans l'espace de deux ans, de 1854 à 1856, était-il dit dans cet article, ce médecin avait traité avec succès, par la propylamine, plus de 250 malades. Et dans ce même article, il était donné des renseignements précis sur la composition, la provenance et les propriétés de cette substance. Le bruit de ces succès ne tarda pas à se répandre en Amérique, où l'usage de ce moyen se progagea rapidement, et c'est par les journaux américains également reproduits par la presse française que nous arrivèrent, quelques années après, les faits non moins remarquables du docteur John M. Gaston.

Comment s'est-il fait qu'à ces deux époques ces appels réitérés adressés aux thérapeutistes expérimentateurs soient restés sans écho en France?...

Quoi qu'il en soit, et quoique venu un peu tard, le contrôle de nos cliniciens va nous mettre bientôt à même d'être fixés *de visu* sur la valeur réelle de ce moyen de traitement. C'est à M. le docteur Dujardin-Beaumetz que nous en serons redevables.

Dans la dernière séance de la Société médicale des hôpitaux, M. Dujardin-Beaumetz a exposé à ses collègues les résultats des premières expériences qu'il a faites avec cette substance à l'hôpital Lariboisière et à la Maison municipale de santé, pendant la durée des services intérimaires qu'il a été appelé à y faire, ainsi que dans sa pratique privée.

Nous ne reviendrons pas ici sur la composition et les propriétés de la propylamine, que nous avons déjà exposées dans l'article précité; mais il ne sera pas inutile, peut-être, de donner quelques courtes explications sur l'association de ces deux mots propylamine et triméthylamine, qui semblent avoir été mis l'un pour l'autre, et comme ne représentant qu'un seul et même agent, dans l'intitulé de la communication de M. D.-Beaumetz.

Sous la même formule représentative de la propylamine C^6H^9Az, quelques chimistes ont trouvé deux corps différents, la propylamine et la triméthylamine, que l'on avait confondues jusque-là en un seul et même corps à cause de leur isomérisme et de leur origine commune. C'est ce fait même de leur provenance commune, l'une et l'autre se trouvant en très-grande quantité dans les mêmes substances en décomposition, telles que la saumure de harengs, et surtout le fait de l'identité de leurs propriétés qui les a fait confondre dans la pratique.

La propylamine qui a servi aux expériences, extraite de la saumure de harengs, est un liquide limpide, incolore, très-volatil et d'une odeur excessivement forte de poisson pourri. Elle a été administrée dans des potions ainsi formulées :

Propylamine.	0,25 — 0,50 — 1 gr. — 1,25 — 1,50
Eau de tilleul. . . .	120 grammes.
Essence d'anis. . . .	Q. S.
Sirop de morphine. .	20 grammes.

Une cuillerée à bouche toutes les deux heures pour un adulte.

Ce médicament a été prescrit à sept malades. Les observations de ces sept malades, dont il serait superflu de rappeler ici les détails, se résument ainsi :

Dans le premier cas, il s'agissait d'un rhumatisme subaigu et qui, depuis cinq mois, résistait à toute espèce de traitement : purgatifs, sulfate de quinine, vésicatoire et teinture d'iode. Dès le surlendemain de l'administration, une amélioration notable s'est produite, et, au bout d'un mois, ce malade sortait de la Maison de santé complétement guéri. La propylamine avait été administrée pendant trois semaines, à une dose qui n'avait pas dépassé *un* gramme.

Dans le second cas, il s'agissait d'un véritable rhumatisme aigu. C'était la troisième attaque. Les deux précédentes avaient duré de quatre à cinq semaines. Le 10 septembre, on donna *vingt* gouttes de propylamine, et, le lendemain, l'amélioration était telle que le malade éprouvait à peine quelques douleurs; quatre jours après, il était complétement guéri.

Le troisième malade était à sa première atteinte de rhuma-

tisme. La maladie avait débuté le 21 septembre. Le malade a été vu pour la première fois le 24. Le traitement fut commencé le 25, par *un* gramme de propylamine. Le 6 octobre, dix-septième jour de la maladie et le onzième du traitement, le malade quittait l'hôpital complétement guéri.

Le quatrième malade était à sa troisième attaque de rhumatisme articulaire aigu, depuis le 15 septembre. Le 2 octobre il commence l'usage de la propylamine ; le 21, il sort guéri.

Le cinquième malade a été traité à l'hôpital de Lariboisière, dans le service de M. Oulmont, suppléé en ce moment par M. Dujardin-Beaumetz. Celui-ci était à sa cinquième attaque de rhumatisme articulaire aigu. Il en souffrait depuis quinze jours, lors de son entrée à l'hôpital. Il fut mis à l'usage de la propylamine, à la dose de *un* gramme. Après six jours de traitement, il était guéri.

Les deux dernières observations ont été recueillies sur des malades de la ville. L'un d'eux atteint pour la troisième fois de rhumatisme articulaire aigu, a guéri en six jours, après l'administration de *cinquante* centigrammes à *un* gramme de propylamine. — Le deuxième, à sa deuxième attaque, a été guéri en huit jours.

Voilà en substance les faits. Voici maintenant quelques-unes des explications dont M. Dujardin-Beaumetz en a fait suivre l'exposé.

La propylamine a toujours été administrée en potion ; elle était donnée par cuillerée à bouche toutes les deux heures.

M. Beaumetz débutait, le plus souvent, par *cinquante* centigrammes dans les premières vingt-quatre heures, puis il donnait, le lendemain, *un* gramme ; il n'a jamais dépassé *un* gramme *soixante-quinze* centigrammes. Il a remarqué qu'au delà de *un* gramme, *un* gramme *cinquante* centigrammes, les malades se plaignaient d'un peu d'ardeur dans l'arrière-gorge et d'une chaleur un peu vive du côté de l'estomac. Le médicament a toujours été donné seul.

Le plus souvent l'amélioration est survenue très-rapidement. Quelquefois, douze heures après la première administration, les malades éprouvaient un grand soulagement ; les douleurs étaient moins vives, les mouvements mieux supportés.

Afin de s'assurer que c'était bien à ce médicament qu'était due cette amélioration, M. Beaumetz a essayé, dans quelques cas, d'en interrompre l'administration, et il a toujours observé alors, après un premier soulagement, une recrudescence dans les phénomènes morbides.

Ainsi, en résumé, M. Beaumetz a constaté, comme premier résultat, la diminution de la douleur, puis la diminution dans les phénomènes congestifs. Il lui a paru que le rhumatisme s'éteignait en quelque sorte sur place. Dans quelques cas, il a vu des tendances à de nouvelles poussées, mais elles étaient légères ; en continuant l'usage de la propylamine, on les voyait bientôt disparaître complétement.

Les phénomènes fébriles diminuent en même temps que les phénomènes articulaires ; les sueurs sont légèrement augmentées, l'appétit revient rapidement. La guérison a été complète, quant à l'attaque, dans un laps de temps qui a varié de quatre à dix jours.

Dans les cas où M. Beaumetz a pu suivre les malades au delà de la guérison, il n'a pas vu se produire de récidive. Il n'a observé aucune complication de cerveau ; il n'a pas vu non plus de nouvelles complications du côté du cœur, chez ceux de ses malades qui en avaient été déjà précédemment atteints.

M. Besnier, qui a poursuivi dans son service de la Maison de santé les expériences commencées par M. Beaumetz, a déclaré séance tenante que les résultats qu'il a obtenus sont identiques à ceux qu'a signalés son collègue ; M. Bernutz, qui a essayé la propylamine sur lui-même, dit également en avoir obtenu de très-bons effets ; enfin M. Brouardel a annoncé qu'il aurait très-prochainement à entretenir la Société de faits semblables.

On ne peut évidemment, en présence des faits précis énoncés par M. Beaumetz et des déclarations qui sont venues à l'appui, qu'engager les médecins des hôpitaux, qui ont de si fréquentes occasions, à cette époque de l'année surtout, de voir des cas de rhumatisme articulaire dans leurs services, de mettre cet agent à l'épreuve. On pourra avoir ainsi, en très-peu de temps, des éléments certains et nombreux d'appréciation.

Paraplégie diphthérique. — Déformation et attitude vicieuse des membres inférieurs. — Guérison par l'extension forcée.

Les paralysies par suite de diphthérie ont été souvent mentionnées par les auteurs. M. le docteur Em. Larue (de Laval) nous en signale aujourd'hui un cas présentant certaines particularités intéressantes, entre autres le fait de paraplégie qui avait provoqué à un haut degré la déformation des membres, par défaut d'équilibre entre les muscles antagonistes, et le résultat heureux de l'extension forcée. Voici cette observation :

Charlotte X..., âgée de 4 ans, fut atteinte d'une angine couenneuse il y a deux ans. Cette affection céda à un traitement composé de vomitifs, pommade au calomel, etc., et l'enfant se rétablit complétement au bout de six jours de maladie.

Deux semaines après, ses parents s'aperçurent que sa manière de marcher n'était pas naturelle. Cette difficulté ne fit qu'augmenter avec le temps ; la jambe droite s'écartait de l'axe du corps ; la petite fille marchait en fauchant. Bientôt la jambe gauche éprouva les mêmes accidents que la droite. Les deux genoux, un peu déformés, écartés l'un de l'autre, ne permirent plus aux jambes de se fléchir ni de s'étendre complétement.

Le 20 juin 1872, M. Larue vit pour la première fois l'enfant dans l'état où elle était arrivée progressivement : marche absolument impossible depuis environ un an, cuisses demi-fléchies sur le bassin, dans une abduction telle qu'il y avait 30 centimètres d'écartement entre les deux genoux ; ceux-ci, qui semblaient énormes, à cause de la maigreur des jambes, présentaient, le droit surtout, une dépression sous le bord inférieur de la rotule ; la tubérosité antérieure du tibia était enfoncée en arrière ; les condyles du fémur tendaient à se luxer en avant. Les muscles postérieurs de la cuisse étaient fortement contractés, et lorsqu'on voulait étendre les jambes de l'enfant, on sentait au creux poplité les tendons du biceps et autres fléchisseurs, rigides et tendus. Les muscles de la jambe et ceux de la cuisse étaient grêles et atrophiés. L'enfant ne dormait presque pas ; elle ne pouvait trouver une place commode dans son lit ; ses jambes étaient continuellement relevées, le poids du corps reposait uniquement sur le sacrum et les vertèbres du dos. D'ailleurs, son état général était satisfaisant, sa physionomie très-bonne. Elle n'a jamais eu d'autres maladies, notamment jamais aucune autre paralysie, ni du voile du palais, ni d'ailleurs. Ses parents ne savent plus dans quelle position la mettre. Ils observent que, de jour en jour, la flexion de la cuisse sur le bassin et de la jambe sur la cuisse se prononce davantage. Ses genoux se rapprochent de ses épaules, et continuent de s'écarter de plus en plus l'un de l'autre.

Le 11 juillet, M. le docteur Garreau, chirurgien en chef de l'hôpital de Laval, et M. Larue chloroformèrent la petite ma-

lade afin de faire l'extension forcée des jambes et de la coucher dans une gouttière en toile mécanique, imitée des appareils de Bonnet (de Lyon). Malgré des efforts très-énergiques sur les genoux, malgré des craquements manifestes que l'on sentait sous la main, et qui indiquèrent la rupture d'adhérences, et même la déchirure de fibres musculaires et tendineuses, ils n'obtinrent pas une extension complète. L'enfant fut mise dans la gouttière et, à l'aide de nombreux tours de bande, une pression continue fut exercée sur ses genoux.

En levant l'appareil, deux jours après, dans la crainte qu'il n'y eût eu en quelque endroit une compression trop forte, M. Larue s'aperçut que les jambes se fléchissaient de nouveau activement, sitôt qu'elles n'étaient plus maintenues par force dans l'extension ; la rétraction musculaire était encore persistante et énergique. L'enfant fut remise avec peine dans sa gouttière et y resta pendant un mois : on la changeait seulement tous les six ou huit jours. On fit des frictions sur les articulations avec un liniment à l'iodure de potassium et à l'huile de laurier. Solution d'iodure de potassium à l'intérieur : 30 centigrammes par jour.

A partir du 7 août, déjà les jambes étaient notablement redressées, la résistance musculaire ne s'exerçait plus que faiblement et les jambes restaient dans leur position hors de la gouttière. Il ne restait qu'à achever le redressement par une pression progressive. Notre confrère fit fabriquer un plastron en tôle, qu'on appliqua sur les genoux protégés par de l'ouate, et un anneau entourant la gouttière et percé par une vis qui pressait sur le plastron (comme la vis à pression de Malgaigne). Tous les jours pendant quelques heures, l'enfant se reposait hors de son appareil, et elle prenait deux bains sulfureux par semaine.

Vers le milieu de septembre, les jambes étaient aussi droites qu'on pouvait l'espérer; mais, lorsqu'on voulait mettre l'enfant debout, ses muscles atrophiés et immobiles depuis si longtemps, manquaient de force, et ses jambes fléchissaient sous le poids du corps. De plus, la petite fille, habituée à se tenir demi-couchée dans sa gouttière, et s'efforçant toujours de s'asseoir ou de se courber pour jouer sur son lit, ne pouvait plus redresser complétement le tronc ; le sacrum faisait saillie en arrière.

Un appareil était nécessaire. Il se composa d'une ceinture et de tiges rigides de chaque côté des membres, avec des articulations à la hanche et au genou, et de courroies pour maintenir les jambes et les cuisses. Et, pour remédier à la tendance du tronc à se pencher en avant, des courroies verticales, allant de la ceinture aux courroies circulaires de la base de la cuisse, en arrière, redressèrent le tronc et forcèrent la cuisse à s'étendre.

Avec cet appareil, l'enfant marchait, tenue par la main, le 25 octobre. Désormais, sa guérison est certaine.

En résumé, l'angine diphthéritique a produit chez cette enfant une paralysie : cette paralysie a amené la déformation des membres par rupture d'équilibre entre leurs muscles antagonistes, comme toujours, les fléchisseurs l'ayant emporté sur les extenseurs. A la suite de la paralysie et de la déformation, deux autres accidents sont survenus : l'atrophie musculaire, et cette sécheresse de la synoviale, avec adhérences à la surface qui survient lorsqu'une jointure est maintenue longtemps dans l'immobilité.

Si l'on cherche maintenant pourquoi la contractilité volontaire a été plus complétement absolue dans certains groupes de muscles que dans d'autres, c'est là une question difficile et obscure. On sait que Trousseau regardait la paralysie diphthéritique comme résultant d'une intoxication. Dans cette manière de voir, le poison s'adresse-t-il au tissu musculaire, ou aux nerfs qui l'animent, ou à la moelle?

Toujours est-il que cette rupture d'équilibre entre les muscles des membres et cette rétraction de certaines masses musculaires, à la suite de paraplégie, est à noter, et c'est là l'intérêt de l'observation, ainsi que le fait remarquer très-justement notre confrère. En effet, combien de paraplégies, suite ou non de diphthérie, n'amènent pas de contraction ni de déformation, bien que les malades soient restés dans une immobilité prolongée !

Le traitement, comme on l'a vu, a été surtout chirurgical. Il a consisté à remettre par la violence les membres dans une position normale, et à les y maintenir.

C'est cette même méthode qu'on emploie avec les mêmes avantages pour prévenir ou combattre les difformités qui résultent souvent des arthrites avec épanchement, quand on n'a pas soin d'y veiller de bonne heure, et que nous avons vu appliquer avec avantage tout récemment par M. Lannelongue, suppléant M. Broca à l'hôpital des Cliniques.

OBSTÉTRIQUE

DE LA CONDUITE A TENIR APRÈS L'APPLICATION DU TAMPON DANS LES CAS D'INSERTION VICIEUSE DU PLACENTA (1).

Par M. Bailly, professeur agrégé.

Conditions de l'emploi de la méthode. — On ne peut attendre de la terminaison spontanée du travail, chez les femmes tamponnées, les avantages que j'ai signalés qu'autant que se rencontrent, dans les circonstances de l'accouchement, certaines conditions qui justifient l'expectation et sans lesquelles cette pratique devient impuissante ou dangereuse. Ces conditions d'ailleurs se présentent trop naturellement à l'esprit pour qu'il soit nécessaire d'y insister longuement. Je ne les mentionne que pour ne rien laisser de vague et d'indécis dans un sujet qui exige la plus grande précision.

Il est évident d'abord que les contractions utérines doivent avoir une force et une durée suffisantes, non-seulement pour dilater complétement le col, mais encore pour opérer, conjointement avec les muscles de l'abdomen, l'expulsion du tampon et de l'œuf. Si elles sont faibles, espacées, languissantes, de manière à prolonger outre mesure la durée du travail dans sa dernière période, il faut intervenir. L'inertie utérine s'observe sans doute quelquefois à la suite du tamponnement, mais c'est là un fait exceptionnel. La puissance de la matrice est, en effet, le plus souvent indépendante de l'état général de la femme, et les observations rapportées ci-dessus démontrent que, malgré l'épuisement des forces chez une femme qui a beaucoup perdu, l'utérus conserve encore une puissance bien suffisante pour chasser son contenu.

En second lieu, il est nécessaire que le tampon soit assez solidement construit pour fermer exactement les voies génitales ; il faut du moins qu'il s'oppose absolument à l'issue de la partie solide du sang et ne laisse transsuder qu'une faible quantité de cette sérosité sanguinolente qui l'imprègne ordinairement au bout de quelques heures, et qu'aucun moyen mécanique connu n'a le pouvoir de retenir dans les vaisseaux. Il est d'ailleurs toujours possible d'obtenir cette obturation complète du vagin à l'aide de bourdonnets de charpie bien tassés et imprégnés de

(1) Fin. — Voir les numéros des 21 et 23 janvier 1873.

cérat. Je recommande ce mode de tamponnement de préférence à tous les autres, parce qu'il est d'une application facile, peu douloureux, et qu'il dispense de l'emploi des styptiques et du spéculum, qui gêne le tassement méthodique de la charpie. On conçoit aisément qu'abandonner le travail à la nature, après avoir placé dans le vagin quelques bourdonnets de charpie mal tassés, mal soutenus, c'est donner à la parturiente une sécurité complétement illusoire, et qu'en réalité c'est laisser subsister toutes les chances d'une hémorrhagie nouvelle et vouer la femme à une mort presque certaine. Donc, un tamponnement absolument hémostatique est, dans ce cas, une condition indispensable du succès. Tout praticien qui se sent incapable de le construire tel doit se récuser et céder la place à un confrère plus exercé.

Une troisième condition enfin, dont il est malheureusement impossible de constater l'existence avec toute la rigueur désirable, dans quelques cas, est que le mode de présentation de l'enfant admette un accouchement naturel. En conséquence, l'expectation doit être réservée pour les cas où, par les diverses méthodes d'exploration obstétricale, on a reconnu une présentation du crâne ou du siége, et pour ceux où le faible développement du fœtus, tel qu'on l'observe à la fin du septième mois de la grossesse, permet au produit de franchir les voies génitales alors même qu'il s'offre par le tronc. La proportion assez considérable des présentations vicieuses de l'enfant, chez les femmes dont le placenta est inséré sur le col de l'utérus, restreint sans doute le nombre des cas qui, dans ces conditions, se prêtent à un accouchement naturel ; cependant, même en tenant compte des obstacles mécaniques dépendant du fœtus, ces cas restent encore de beaucoup les plus nombreux.

En résumé, énergie suffisante des forces expulsives, tamponnement complétement hémostatique, présentation ou volume de l'enfant permettant l'accouchement naturel, telles sont les trois conditions qui se prêtent à l'emploi de la méthode d'expectation, et en dehors desquelles il est préférable de se conformer au précepte général de pratiquer la version dès que l'état du col permet de recourir à cette dernière opération.

Appréciation. — L'abandon volontaire du travail à la nature, chez les femmes qu'une hémorrhagie utérine grave oblige à tamponner, présente, sur les divers modes d'intervention chirurgicale qui se pratiquent en pareille circonstance, une supériorité que mettent en évidence les résultats statistiques réunis par M. le docteur Weill et par moi. On se sentira d'autant plus disposé à y recourir dans tous les cas qui se prêtent à cette pratique, que l'essai en est sans inconvénient et qu'il est toujours possible d'intervenir à un moment donné si une hémorrhagie nouvelle, un accident quelconque, commande de terminer rapidement l'accouchement. Sans doute, son efficacité est loin d'être absolue, et malgré son judicieux emploi, un trop grand nombre de jeunes femmes succomberont encore au terrible accident dont elle est destinée à prévenir les effets. Mais si l'expectation ne supprime pas tous les dangers de l'insertion vicieuse du placenta (quel moyen merveilleux pourrait opérer ce prodige), du moins croyons-nous qu'elle les atténue dans la plus large mesure possible.

Une seule objection peut lui être faite, mais elle est sérieuse, et je n'ai point l'intention d'en dissimuler l'importance. Elle est tirée des dangers que l'accouchement spontané fait courir au fœtus et qui tiennent au trouble que la compression et le décollement prématuré du placenta apportent dans la circulation utéro-placentaire. Il est bien certain, en effet, que la mortalité fœtale est beaucoup plus forte lorsqu'on attend la terminaison naturelle du travail, que lorsqu'on vide l'utérus au moment propice.

J'ai dit plus haut que, dans les six faits d'accouchement spontané après tamponnement qui se sont passés sous mes yeux, j'ai vu naître autant d'enfants morts. Cette destruction constante du nouvel être, si opposée au vœu de la nature, est un fait grave, qui portera sans doute quelques médecins à repousser une pratique qui, à d'autres égards, présente des avantages incontestables.

Dans les hémorrhagies graves dont je m'occupe, on voit, en effet, surgir une question qui se présente trop souvent dans la pratique des accouchements, celle de la part relative qu'il convient de faire au salut de la mère et à celui de l'enfant dans ces circonstances périlleuses et délicates, où l'intervention chirurgicale ne peut pas sauvegarder également ces deux intérêts ; question éternellement controversée et sur laquelle l'accord restera sans doute à tout jamais impossible, parce qu'elle n'appartient pas exclusivement au domaine scientifique, et qu'il s'y mêle constamment des considérations d'un autre ordre. Il ne faut pas oublier, en effet, que d'une part, les suggestions du sentiment, qui de leur nature sont variables, et d'autre part, l'éducation religieuse, qui n'est pas la même pour tous les hommes, interviennent forcément dans le débat et pèsent d'un poids considérable dans les décisions de l'homme de l'art. Je n'ai point à exprimer ici mon sentiment personnel, qui ressort d'ailleurs suffisamment de la publication même de ce travail. Quelque justes que m'apparaissent les principes qui dirigeront toujours ma conduite dans ces cas embarrassants qui engagent si fortement la responsabilité morale de l'accoucheur, je ne puis avoir la prétention de les imposer à personne. Chacun pratique l'art suivant sa conscience, et sans la partager, on ne saurait non plus condamner d'une manière absolue l'opinion de ceux qui, d'après cette maxime, se croient autorisés à faire courir quelques dangers à la mère dans l'intérêt de son enfant.

Conclusions. — 1° Bien que restreinte dans son emploi par plusieurs conditions nécessaires, l'expectation après tamponnement ou l'abandon volontaire du travail à la nature reste applicable au plus grand nombre des cas d'hémorrhagies graves dues à l'insertion vicieuse du placenta.

2° L'expérience démontre que cette méthode de traitement judicieusement employée sauvegarde mieux la vie des femmes que ne le fait l'accouchement artificiel pratiqué au moment le plus opportun. Par contre, elle fait succomber un plus grand nombre d'enfants que l'intervention chirurgicale.

3° Facultative dans les cas où le bon état des forces de la mère se prête également à l'abstention chirurgicale et à la pratique de l'accouchement artificiel, l'expectation après tamponnement est d'une absolue nécessité si des hémorrhagies répétées ont épuisé la femme et rendent trop périlleuse pour elle l'extraction manuelle de l'enfant.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 15 janvier 1873. — Présidence de M. Dolbeau.

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

M. le Président. La Société de chirurgie, messieurs, a perdu un de ses membres fondateurs et ancien président : M. Huguier est mort avant-hier. Le bureau de la Société de chirurgie et une députation ont assisté aux obsèques de notre regretté collègue.

M. le secrétaire général, M. Guyon, empêché, a prié le secrétaire, M. Després, de lire sur la tombe de Huguier, les paroles que vous allez entendre.

M. DESPRÉS donne lecture du discours de M. le secrétaire général.

Messieurs,

La Société de chirurgie perd aujourd'hui dans la personne de M. Huguier, un des hommes qui lui a le plus constamment consacré son activité et son talent chirurgical.

Membre fondateur de notre compagnie, M. Huguier contribua à donner la vie à une œuvre qu'il jugeait utile à l'art qu'il a si honorablement exercé ; il en assura l'existence par d'importants travaux.

Les chirurgiens qui, en 1843, entreprenaient de créer dans notre pays une réunion scientifique où fussent représentées les grandes traditions de l'art chirurgical, où le progrès fût accueilli et encouragé, où la moralité de la profession fût l'objet des soins les plus sévères, sentaient bien qu'il ne suffirait pas pour faire prospérer leur œuvre de mettre en commun leur expérience et leur savoir. Il importait que ces jeunes hommes, l'élite et l'honneur de la chirurgie française, donnassent l'exemple du travail.

M. Huguier est l'un de ceux qui ont le plus largement accompli leur tâche et le plus généreusement payé leur dette envers la Société de chirurgie.

Ce n'est pas au moment où nous pleurons la perte d'un collègue d'une aussi grande valeur que nous pouvons rechercher et dire quel fut dans son ensemble son apport scientifique. Mais nous obéissons à un sentiment de véritable gratitude en rappelant, dès maintenant, que la collection de nos *Mémoires* contient trois des monographies les plus importantes que M. Huguier ait consacrées à cette partie de la chirurgie, qui a été l'objet le plus spécial de ses études et qu'il a si largement enrichie.

Ce n'est là qu'une très-faible part de ce que la Société de chirurgie doit à M. Huguier.

Nos bulletins contiennent en grand nombre les communications et les travaux de ce chirurgien, qui, grâce à son infatigable activité, à son instruction étendue, à son expérience, montrait chaque jour que, si dans le vaste champ offert par la pratique de la chirurgie, il avait plus particulièrement cultivé la gynécologie qui doit tant à la science française, aucune des ressources de l'art ne lui est étrangère et qu'aucune de ses difficultés ne constituait pour lui un obstacle.

M. Huguier avait d'ailleurs préparé ses succès de chirurgien, en acquérant comme élève l'éducation que fournissent ces fortes études qui ouvrent par le concours les portes de l'internat, de l'école pratique, et, enfin, celles des hôpitaux et de la Faculté.

Interne en 1828, il obtenait, en 1830, le prix des hôpitaux et avait, avec la médaille d'or, le bénéfice si précieux d'une prolongation de deux années d'internat. Aide d'anatomie de la Faculté, la même année, il devenait prosecteur en 1833, professeur agrégé en 1835, puis, enfin, chirurgien d'hôpital en 1837. Dès 1830, l'enseignement libre le comptait parmi ses plus fervents adeptes; deux fois il affrontait les grandes luttes du professorat, et n'hésitait pas à prendre part aux travaux pénibles du concours pour la place de chef des travaux anatomiques.

Des recherches anatomiques intéressantes, qui ont pour objet les organes dont l'étude est la plus délicate et la plus difficile, l'appareil de l'audition, les nerfs qui se distribuent à la langue, au larynx, au cou, fournissaient dès lors à M. Huguier l'occasion de descriptions exactes et de ces découvertes qui récompensent l'anatomiste de sa patience et de ses fatigues.

Le chirurgien habile que nous avons connu avait donc commencé par être un anatomiste rompu à toutes les finesses du maniement du scalpel.

Aussi l'anatomie a toujours eu large place dans les travaux chirurgicaux de M. Huguier.

Elle lui a donné la dextérité dans les opérations, l'habitude de la rigueur et de l'exactitude dans les descriptions, la curiosité scientifique qui conduit aux recherches originales.

Ces qualités acquises donnaient à M. Huguier une grande confiance dans les ressources opératoires ; nuls ne savent mieux que les membres de la Société de chirurgie, devant lesquels il exposait si souvent le récit de ses opérations, quelle était sa hardiesse chirurgicale et combien son habileté la justifiait. Cette confiance en la puissance de l'art, que les personnes étrangères à notre profession se plaisent quelquefois à trouver en défaut chez ses représentants les plus autorisés, n'abandonna jamais M. Huguier.

Notre regretté collègue devait nous en donner une preuve nouvelle et bien douloureuse.

Atteint depuis plusieurs mois d'une affection aussi pénible que grave, sur la nature de laquelle il ne pouvait se tromper, sur l'incurabilité de laquelle il ne lui était guère possible de se créer d'illusion, il ne voulut pas demeurer inactif.

« Un chirurgien, disait-il souvent à ceux de ses amis qui l'entouraient de leurs soins, se doit à lui-même de s'imposer le traitement douloureux qu'il proposerait à un malade venant lui demander de lui offrir par l'opération une chance de salut. »

M. Huguier ne recula pas devant les cruelles épreuves qu'il considérait presque comme un devoir à remplir, comme un exemple à donner; il ajouta à plusieurs reprises aux douleurs de la maladie celles de l'opération.

Sa foi chirurgicale ne fut pas un instant ébranlée, et l'on peut dire de notre collègue qu'il a vécu et qu'il est mort en chirurgien.

Une fin si cruelle et si digne est bien de nature à rendre plus grands encore les regrets qu'inspire à la Société de chirurgie la perte de M. Huguier.

Pendant sa vie, cette Société qu'il avait contribué à fonder lui donnait le témoignage de son respect et de sa haute estime en l'appelant à la présidence.

Aujourd'hui nous lui apportons des témoignages affectueux, émus, et nos bien douloureux regrets.

Nous lui apportons aussi l'expression de nos sentiments reconnaissants. Lorsqu'au seuil même de l'année, nous sommes déjà réunis près d'une tombe, lorsque les pertes si nombreuses que nous avons faites en si peu de temps nous sont ainsi rappelées, nous pourrions sentir que notre courage s'affaiblit, si nous ne savions que nos fondateurs ont donné à leur œuvre une forte vitalité et que nous sommes assurés de continuer à être utiles, en nous inspirant de leurs exemples.

Nous leur devons donc toute notre reconnaissance, et nous ne pouvons oublier qu'ils ont tracé la voie dans laquelle nous les suivrons en gardant leur mémoire.

Adieu, Huguier, au nom de la Société de chirurgie, adieu.

M. LE PRÉSIDENT déclare la séance levée en signe de deuil.

Le secrétaire : ARMAND DESPRÉS.

VARIÉTÉS

Méthode des tractions soutenues

Par M. le docteur CHASSAGNY (de Lyon) (1).

La méthode obstétricale des tractions soutenues n'est pas nouvelle pour nos lecteurs. Depuis l'année 1861, si notre mémoire ne nous trompe pas, où M. Chassagny a fait sa première communication à l'Académie de médecine sur ce sujet; nous avons eu plusieurs fois l'occasion de signaler les persévérants travaux de ce laborieux confrère sur ce sujet. L'ouvrage que nous annonçons aujourd'hui est le résumé ou plutôt l'ensemble de tous ces travaux. On est surpris, au premier abord, à la vue d'un aussi volumineux ouvrage sur

(1) 1 vol. fort in-8° de 6?4 pages avec figures. Paris, 1872. — Librairie de G. Masson.

un sujet aussi circonscrit en apparence et sur lequel on pouvait croire que tout avait été dit. On revient de cette première impression et on comprend les développements que l'auteur a donnés à son livre, quand on voit avec quel soin scrupuleux, avec quelle constance, avec quel amour de son sujet, oserions-nous presque dire, il a étudié, revisé, retourné, expérimenté tous les points qui s'y rattachent, jusqu'à ce qu'il leur ait donné une solution scientifique satisfaisante, qui n'est rien moins qu'une révolution véritable dans la théorie et dans l'application du forceps. L'expérience sanctionne-t-elle les principes que M. Chassagny voudrait faire entrer dans la pratique et dans l'enseignement de l'obstétrique? A elle de parler. M. Chassagny a fourni tous les éléments du problème. A la pratique de la sanctionner, s'il y a lieu. Quel que soit son verdict, soit que les praticiens craignant les effets d'une force aveugle hésitent à se départir de l'usage des tractions manuelles, soit qu'ils n'en acceptent l'application que pour les cas seulement où ces tractions manuelles seraient reconnues manifestement insuffisantes, toujours est-il que les efforts de M. Chassagny ne seront pas entièrement perdus, et qu'il en sera ressorti une étude nouvelle et approfondie de cette partie de l'obstétrique, qui tournera toujours à son honneur.

Recherches cliniques sur les maladies de l'enfance

Par le docteur H. Roger (1).

S'il faut s'en rapporter au titre de cet ouvrage, ce ne serait point un traité complet des maladies de l'enfance, mais un ensemble de recherches cliniques; ce qui veut dire que l'auteur n'y parlera que de ce qu'il a vu, observé et étudié par lui-même. Mais si l'on considère que ces recherches cliniques reposent sur une base d'observation d'une trentaine d'années dans les différents établissements hospitaliers consacrés à l'enfance (nourrices, enfants assistés et enfants malades) et sur un enseignement clinique qui remonte déjà à près de dix ans, on reconnaîtra que ce serait vainement chicaner sur le titre, et que si le cycle entier de la pathologie infantile n'est pas compris dans ces recherches, il s'en faudra de bien peu. Ne préjugeons pas, du reste, sur l'ensemble de l'ouvrage, et bornons-nous à dire en deux mots ce que contient ce premier volume.

Dans la première partie de ce volume, M. Roger traite de la sémiotique. La sémiotique, tout le monde le comprend, a une importance particulière dans la médecine infantile; aussi l'auteur a-t-il apporté des soins à l'étude des signes et des moyens d'exploration.

La deuxième partie est une étude de la température animale chez les enfants, à l'état physiologique et pathologique. Nous avons déjà placé sous les yeux de nos lecteurs un résumé de cette deuxième partie, en ce qui concerne particulièrement les modifications de la température dans l'état pathologique.

PROGRAMME DU CONCOURS

OUVERT PAR LA SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE GAND.

1re Question. — « Étudier, en se basant sur des données cliniques et expérimentales, les modes de transmission de la tuberculose, autres que l'hérédité. »

2e Question. — « Étudier par des expériences et des observations, le rôle des organismes inférieurs dans la production des maladies miasmatiques et contagieuses. »

3e Question. — « Étudier les alcools au point de vue de leur action physiologique. »

4e Question. — « Déterminer les inconvénients de l'emploi des préparations d'argent, administrées à doses thérapeutiques. »

5e Question. — « De l'emploi de l'électricité dans le traitement des aliénés. »

6e Question. — « Étudier l'influence du physique sur le moral, au point de vue de la responsabilité morale. S'appuyer sur des faits bien constatés. »

7e Question. — « De l'action du sulfate de quinine sur l'utérus. »

8e Question. — « Établir par des faits la valeur de la cautérisation simple, de la cautérisation combinée avec les instruments unissants, dans la thérapeutique des fistules uro-génitales. »

Les mémoires envoyés en réponse à ces questions doivent être écrits lisiblement en flamand, en français ou en latin.

Ils seront adressés, francs de port, dans les formes académiques, *avant le 1er janvier 1874*, au docteur Charles Willems, secrétaire de la Société, rue des Épingles, 10, à Gand.

Les membres titulaires de la Société ne sont pas admis au concours.

Il sera accordé à l'auteur d'un mémoire couronné : 1° une médaille d'or, d'une valeur à déterminer suivant l'importance du travail; 2° le titre de membre correspondant; 3° 50 exemplaires du mémoire.

La Société accordera, en outre, un prix à l'auteur qui lui fera parvenir, dans les formes académiques, *avant le 1er janvier 1874*, le meilleur travail original pouvant contribuer aux progrès de la science ou fournir des données utiles à la pratique de l'art de guérir.

Prix Guislain (quinquennal). — La Société met au concours de 1870-1875 la question suivante :

« Rechercher quels sont, tant au point de vue pratique que théorique, les progrès accomplis en médecine mentale depuis le commencement de ce siècle, et déterminer l'influence que Guislain a pu exercer par ses travaux sur la marche de cette partie des connaissances médicales. »

Une médaille d'or de 500 francs, ou cette valeur en espèces, le titre de membre correspondant et 50 exemplaires tirés à part seront accordés à l'auteur du mémoire couronné.

Les mémoires devront être adressés, francs de port, dans les formes académiques, *avant le 1er juin 1875*, au docteur Charles Willems, secrétaire de la Société, rue des Épingles, 10, à Gand.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Faculté de médecine de Paris. — M. Broca, professeur de clinique chirurgicale à la Faculté de médecine de Paris, est autorisé à se faire suppléer dans son cours jusqu'à la fin du premier semestre de l'année scolaire 1872-1873, par M. Lannelongue, agrégé près ladite Faculté.

— *Faculté de médecine de Montpellier.* — M. Lacassagne, agrégé stagiaire près la Faculté de médecine de Montpellier, est appelé à l'exercice, en remplacement de M. Gingibre, décédé.

— *Faculté de médecine de Nancy.* — M. Bitter, professeur adjoint de chimie médicale et toxicologie à la Faculté de médecine de Nancy, est nommé, en outre, chef des travaux chimiques à la même Faculté.

— *École de pharmacie de Paris.* — M. Chatin (Joannes), docteur en médecine, licencié ès lettres naturelles, est nommé préparateur d'histoire naturelle à l'école supérieure de pharmacie de Paris, en remplacement de M. Thénot, dont la démission est acceptée.

— *Collège Rollin.* — M. le docteur Lannelongue est nommé chirurgien du collège Rollin, en remplacement de M. Manec, démissionnaire.

— *Lycée de Toulon.* — M. le docteur Carence est nommé médecin adjoint du lycée de Toulon.

— La Société de médecine, chirurgie et pharmacie de Toulouse

(1) Tome Ier, 1 vol. in-8°. Paris, 1872. — P. Asselin.

propose, pour sujet de prix à décerner en 1874, la question suivante :

« De la pureté des médicaments chimiques les plus fréquemment employés; indiquer les moyens d'essai les plus sûrs et les plus faciles. »

Le prix consistera dans une médaille d'or de la valeur de 300 francs.

Les mémoires seront adressés *franco* au secrétariat avant le 1er janvier de l'année.

Salles du Progrès. — Samedi 25 janvier. — Suite des vues des Pyrénées, par M. l'abbé Pujo : Cauterets et les sites environnants. — Le travail fécondé par la science (suite et fin), par M. Antonin Rondelet, avec tableaux des auxiliaires de l'homme.

Dimanche 26. — L'homme de la science et l'homme de la révélation; antiquité de l'homme, par M. l'abbé Moigno. — La science et Dieu, par M. Maumené. — Église de Paris, causerie avec tableaux, par M. l'abbé Soldat.

Lundi 27. — Vues d'Egypte projetées et interprétées, par M. Robiou. — Histoire, théorie et pratique de la photographie, par M. Emile Reynaud : les merveilles de la photographie microscopique de M. Dagron, avec des expériences et projections nombreuses; la poste photographique.

— M. le docteur Pean, chirurgien de l'hôpital Saint-Louis, pratiquera tous les samedis, de 9 heures à 11 heures, dans l'amphithéâtre de cet hôpital, les opérations des malades de son service, et fera, à ce sujet, quelques conférences orales.

— Clientèle à céder gratuitement près Paris. Produit : 9,000 fr.

— A céder immédiatement une bonne clientèle à Paris. Produit, 12,000 francs. — S'adresser au bureau du journal.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Traité élémentaire d'histologie, contenant l'histologie des éléments anatomiques, des tissus et des organes en particulier, d'après les travaux les plus récents, publiés en France et à l'étranger, par le docteur Fort, ancien interne des hôpitaux, professeur libre d'anatomie à l'École pratique. 1 beau vol. in-8° avec 522 fig. dans le texte. 2e édition entièrement refondue. — Prix : 14 francs *franco*.

Pathologie et clinique chirurgicales, contenant la manière d'examiner le malade, les maladies spéciales des dents, des oreilles, des voies urinaires et des yeux, un Manuel de médecine opératoire, de bandages et d'embaumement. 2e édition, corrigée et considérablement augmentée, par le docteur Fort, ancien interne des hôpitaux, professeur libre d'anatomie à l'École pratique. 2 beaux volumes in-8°, avec 542 figures dans le texte. — Prix : 25 francs *franco*.

Les ouvrages de M. Fort se trouvent à la librairie Adrien Delahaye.

Nouveaux modèles de sac d'ambulance et de sacoches à médicaments pour la cavalerie, par le docteur E. Hermant. — Bruxelles, 1872. In-8° avec planches. Prix : 2 francs.

Le Directeur : Dr E. Le Sourd.

Paris. — Typographie A. Pougin, quai Voltaire, 13.

PILULES DE HOGG

1° *Pilules nutrimentives à la pepsine acidifiée*, dyspepsie, digestion difficile, diarrhée, vomissements, etc.

2° *Pilules à la pepsine unie au fer réduit par l'hydrogène*, en vue des maladies chroniques et des affections qui en dépendent (pertes blanches, pâles couleurs, menstruation difficile), et de fortifier les tempéraments débilités.

3° *Pilules à la pepsine unie au proto-iodure ferreux inaltérable*, en vue des maladies scrofuleuses, lymphatiques et syphilitiques, la phthisie, la cachexie chlorotique et les affections atoniques générales de l'économie.

On emploie la pepsine Boudault dans ces trois préparations.

Ces pilules ne se vendent qu'en flacons triangulaires chez HOGG, pharmacien-chimiste, rue Castiglione, 2, à Paris, et dans toutes les pharmacies — Envoi *franco* par la poste.

AULUS (Ariége)

Eau minérale laxative, diurétique, dépurative, antisyphilitique, combat très-avantageusement les **maladies de l'estomac, des intestins, des reins et de la vessie, la gravelle, la goutte, la constipation, la diarrhée chronique.** Par son action dépurative, elle agit merveilleusement contre les **maladies de la peau.** Paris, 18, rue Saint-Martin.

ÉLIXIR ET VIN DE COCA

De Joseph BAIN, pharm. inventeur.

Tonique et fortifiant, stimulant énergique, puissant réparateur des forces épuisées. — Convient merveilleusement, en raison de ses *propriétés alibiles*, là où le quinquina est impuissant.

Pastilles digestives de Coca, feuilles de Coca, 56, rue d'Anjou-Saint-Honoré.

BIÈRE FANTA

HYGIÉNIQUE ET NUTRITIVE

BUREAU DES COMMANDES : 18, *Boulevard des Italiens.*

La bière, bien fabriquée, est d'une influence utile sur le développement des systèmes musculaire et osseux ; elle a une grande valeur nutritive. Ces puissantes raisons l'ont fait conseiller par les médecins et les hygiénistes aux mères pendant la grossesse et aux nourrices pendant l'allaitement. Elle est préférable pour elles à toute autre boisson. Elle est très-utile aux convalescents. Les soins minutieux apportés dans le choix des substances et dans la fabrication de la **Bière Fanta**, et les succès obtenus par son usage journalier lui ont valu la préférence d'un grand nombre de médecins français et étrangers.

AFFECTIONS DE POITRINE, RHUMES, ETC.

« J'ai prescrit plusieurs fois le **SIROP** antiphlogistique de **M. BRIANT** ; il m'a paru remplir parfaitement l'effet qu'on doit en attendre.

« 28 novembre 1828.

« *Signé :* GUERSANT,

« Professeur à la Faculté de médecine, Membre de l'Académie. »

Pharmacie BRIANT, 150, rue de Rivoli, Paris.

ALIMENTATION THÉRAPEUTIQUE

CÉRÉALINE

ALIMENT PROTÉIQUE ET PHOSPHATÉ

ANALEPTIQUE PAR EXCELLENCE

Cet aliment est le plus riche en fibrine végétale, et par conséquent le plus nutritif. Il est en même temps le plus digestible, grâce à la diastase qui lui est associée. — Il contient en outre, et en abondance, les phosphates de chaux solubles. C'est un sérieux agent thérapeutique dans l'anémie, la chloro-anémie, la tuberculose et le rachitisme ; c'est aussi l'aliment des diabétiques, à cause de la transformation subie par la matière amilacée.

Prix : la boîte de 500 grammes, 6 francs. — La boîte de 250 grammes, 3 fr. 50. — Céréaline au Cacao : la boîte de 500 grammes, 7 francs. — La boîte de 250 grammes, 4 francs.

SACCHARURE ALIMENTAIRE AUX PHOSPHATES DU BLÉ

Cette préparation se distingue essentiellement des produits analogues, en ce que les phosphates de chaux sont présentés sous la forme donnée par la nature, pour en assurer la complète assimilation. — Les phosphates du blé sont héroïques dans le rachitisme des enfants, les nécroses et toutes les maladies du système osseux. C'est le plus sûr cicatrisant à employer pour combattre la tuberculose. — Prix de la boîte : 2 francs.

DEVAUX et Ce, usine à vapeur à Serezin-sur-Rhône (près Lyon). **DÉPOT GÉNÉRAL** rue de la Reine, 34, à Lyon.— *Ces produits se trouvent également dans toutes les bonnes pharmacies.*



MÉDICATION DIASTASÉE

FER diastasé — IODE diastasé — ARSENIC diastasé

(Sels de fer, d'iode et d'arsenic, combinés avec la graine de cresson par la germination)

Sous cette forme spéciale, ces sels intimement unis aux principes huileux et protéiques de la graine de cresson, cessent d'exercer leurs actions chimiques irritantes ; ils acquièrent des propriétés analeptiques et pénètrent dans les voies de la circulation par l'assimilation normale ; leur action est secondée par l'agent vital la **Diastase,** développée dans la germination de la graine (3 fr. le flacon).

PARIS, 15, rue Drouot (*pharmacie* GUETTROT) et dans toutes les pharmacies

EPILEPSIE

HYSTERIE — NEVROSES

Le SIROP DE HENRY MURE, **au bromure de potassium** (exempt d'iodure), dont l'usage est aujourd'hui universellement répandu, a déterminé un nombre considérable de guérisons publiées dans les recueils scientifiques.

Chaque cuillerée de SIROP DE HENRY MURE contient 2 grammes de **bromure de potassium** d'une pureté chimique irréprochable.

PRIX DU FLACON : 5 francs.

Vente au détail. — A Paris, 16, rue de Richelieu, pharmacie LEBROU.

Vente en gros.— S'adresser à M. HENRY MURE, pharmacien, à Pont-Saint-Esprit (Gard).

DRAGÉES DE PROTO-IODURE DE FER ET DE MANNE

DE L. FOUCHER (d'Orléans)

Ces dragées ont sur tous les autres ferrugineux l'incomparable avantage d'être aussitôt dissoutes qu'arrivées dans l'estomac, et, en outre, celui non moins important de ne jamais constiper. — 3 fr. le flacon de 100 dragées.

DRAGÉES D'IODURE DE POTASSIUM

(20 CENTIGRAMMES DE SEL PAR DRAGÉE)

DE L. FOUCHER (d'Orléans)

Ces dragées remplacent la saveur désagréable de la solution par le goût agréable d'un bonbon ; le dosage est des plus commodes, puisque cinq dragées représentent un gramme d'iodure. Enfin la fidélité du médicament est constante, puisqu'au lieu d'être décomposé comme avec la solution, l'Iodure de Potassium arrive dans l'estomac sans avoir subi la moindre altération. — 4 francs en flacon de 100 dragées.

CHLOROSE, ANÉMIE

PILULES ET SIROP FAVROT

AU PYROPHOSPHATE DE FER ET DE MANGANÈSE CITRO-AMMONIACAL

CE SEL NE CONSTIPE PAS

Il fournit les éléments principaux du sang et des os. Son action est héroïque chez les enfants débiles, les convalescents, dans le traitement de l'anémie, de la chlorose, de l'aménorrhée et de la leucorrhée. Solubilité complète. Assimilation facile, saveur agréable.

Prix : 3 fr. Pharmacie FAVROT, 102, rue de Richelieu, à Paris, et dans toutes les pharmacies.

DRAGÉES ET ÉLIXIR AU PROTOCHLORURE DE FER

Du Docteur RABUTEAU

LAURÉAT DE L'INSTITUT (Académie des sciences).

Ces préparations, les plus rationnelles et les plus efficaces, puisqu'il est maintenant prouvé que le fer, pour être assimilé, doit être transformé en protochlorure dans l'estomac, ne produisent pas de constipation et sont tolérées par les personnes les plus délicates.

Vente en gros chez CLIN et Ce, 14, rue Racine Paris). — Détail dans toutes les pharmacies.

MALADIES DE LA PEAU

LES GRANULES

Et le Sirop d'Hydrocotyle asiatica

DE J. LÉPINE,

Pharmacien en chef de la marine à Pondichéry, sont, d'après le Dr CAZENAVE, médecin de l'hôpital Saint-Louis, le remède le plus sûr des affections rebelles de la peau : **Eczéma, Psoriasis, Lichen, Prurigo, Dartres**, etc., etc.

Dépôt général à Paris : 56, rue d'Anjou-Saint-Honoré, et pour la vente en gros : 99, r. d'Aboukir.

N° 11. — MARDI 28 JANVIER 1873. 46e ANNÉE. MARDI 28 JANVIER 1873. — N° 11.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Bureaux : 57, rue des Saints-Pères, 57
PRÈS L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix d'abonnement doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois

On s'abonne hors de Paris dans les bureaux des Messageries et chez les Libraires. Les lettres non affranchies sont refusées.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui n'en peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS : Trois mois. . 8 fr. 50 c. — Six mois. . . 16 — — Un an. . . . 30 —

POUR L'ÉTRANGER le port en sus suivant les derniers tarifs des Postes.

Paris, le 27 janvier 1873.

ASSEMBLÉE GÉNÉRALE ANNUELLE
DE L'ASSOCIATION DES MÉDECINS DE LA SEINE

Le dimanche 26 janvier a eu lieu, à deux heures, dans le grand amphithéâtre de l'École de médecine, la séance annuelle de l'Association des médecins de la Seine, sous la présidence de M. le professeur Nélaton. Dans son rapport général, M. Orfila a exposé l'état extrêmement prospère de l'Association et a annoncé le legs de 1,500 francs de rente que lui avait fait M. Louis et une donation récente de M. Nélaton, s'élevant cette fois à la somme de 10,000 francs, puis il a rappelé que la commission générale de 1871-1872 avait étudié et discuté l'importante question de l'*Assurance substituée à l'association*. D'après M. le secrétaire général, 14 membres de la commission générale avaient déposé sur le bureau la demande formelle de l'examen de cette question, et, sur un rapport étendu et très-apprécié de M. Legrand du Saulle, l'ordre du jour aurait été voté au mois de juillet dernier.

Jusque-là, tout alla bien, mais M. Orfila, mû par une pensée intime qui n'a été devinée à peu près par personne, vint à entretenir l'assemblée d'un projet de modification statutaire (article 17). Ici, une explication devient nécessaire.

D'après les statuts de l'œuvre de l'illustre Orfila, sur les vingt francs de la cotisation versée par chaque sociétaire, une somme de vingt-huit francs est capitalisée et sert ainsi à l'accroissement progressif du fonds de réserve. L'Association est arrivée de la sorte à posséder aujourd'hui 21,000 fr. de rente 3 pour 100, ce qui place désormais l'œuvre à l'abri des plus malencontreuses éventualités. M. Orfila, désireux de prendre une première hypothèque sur l'inconnu, est venu saper la base économique du prévoyant édifice élevé lentement par son oncle, et il a demandé que l'on ne capitalisât plus à l'avenir que quatre francs au lieu de huit. Déjà, il faut bien le dire, la commission générale, malgré l'opposition très-convaincue de MM. Perdrix, Noël Guéneau de Mussy et Legrand du Saulle, avait voté, à la majorité de 24 voix contre 7, cette modification statutaire, qui ne tendait rien moins qu'à la dislocation complète de toute l'assiette économique de l'Association des médecins de la Seine ; mais, pour être valable, cette délibération devait être portée devant l'assemblée générale annuelle.

A peine M. Orfila avait-il terminé la lecture de son rapport général, qu'une discussion très-confuse s'éleva, que les opinions les plus contradictoires s'entre-choquèrent, et que M. Nélaton fut obligé d'accorder la parole à MM. Perdrix, Barrut, Guyot, Thelmier, Feulard, Barth, de Ranse, Lunier, Frère et Orfila, puis l'on passa au vote, et, à cette occasion, de nouvelles difficultés surgirent.

Pour qu'une modification puisse être apportée aux statuts par l'assemblée générale, il faut qu'elle ait été votée par les trois quarts des membres présents. Or, la première épreuve fut douteuse, et la seconde le fut davantage encore. L'assemblée eut alors l'affligeant spectacle de voir MM. Barth, Guéneau de Mussy et Perdrix, membres du bureau, votant contre la proposition soutenue par M. Orfila, secrétaire général, alors que M. Nélaton, président, ne prenait aucune part à ce vote important !

Sur ces entrefaites, M. T. Gallard réclama le scrutin, et il y fut procédé presque aussitôt. A une ou deux voix près, la majorité des trois quarts des membres présents ne fut pas acquise, et les véritables amis de l'Association des médecins de la Seine eurent l'immense satisfaction de voir repoussée l'intempestive proposition que nous venons de porter à la connaissance de nos lecteurs.

SÉANCE DE L'ACADÉMIE DES SCIENCES

M. le président annonce, dans les termes suivants, la perte que l'Académie vient de faire en la personne de M. le baron Charles Dupin, membre de la section de mécanique :

« Il y a bien peu de temps que j'ai l'honneur de siéger dans ce fauteuil, et déjà je dois remplir auprès de l'Académie une bien douloureuse mission. J'ai à lui annoncer la mort d'un de ses membres les plus justement respectés, M. le baron Charles Dupin, le dernier survivant de ces trois frères qui ont joué dans notre pays un rôle que personne n'a oublié. »

M. Dupin était âgé de 89 ans ; il était membre de l'Académie des sciences depuis 1818, et il faisait partie de l'Académie des sciences morales et politiques depuis 1832.

Il paraît que la mort est survenue à la suite d'un cathétérisme de l'urèthre, que le malade commit l'imprudence de pratiquer

lui-même. La sonde flexible dont il se servait se brisa, et un fragment, long de plusieurs centimètres, resta dans la vessie.

Des tentatives d'extraction ont été pratiquées par un chirurgien; mais avant que le succès ait couronné l'œuvre, le malade avait succombé.

— M. Vulpian communique à l'Académie de *Nouvelles recherches physiologiques sur la corde du tympan.* Se fondant sur des expériences incomplètes, l'éminent physiologiste avait été amené à conclure précédemment que la corde du tympan n'accompagne le tympan lingual que jusqu'au point où se détachent de ce nerf les filaments nerveux destinés au ganglion sous-maxillaire et à la glande sous-maxillaire.

Aujourd'hui, de nouvelles expériences lui permettent d'affirmer que la corde du tympan accompagné, dans la langue, les divers rameaux du nerf lingual. Ces expériences, en effet, nous paraissent très-concluantes. Mais M. Vulpian ne s'est pas borné à constater le fait qui précède : chemin faisant, il a étudié l'influence de la corde du tympan sur la sécrétion et sur la circulation de la glande salivaire, et il a confirmé les résultats si intéressants déjà obtenus par M. Claude Bernard.

De plus, appliquant de nouveau son attention sur un phénomène physiologique qu'il avait déjà constaté avec M. Philippeaux, en 1863, il cherche à lui donner une interprétation nouvelle. MM. Vulpian et Philippeaux avaient découvert que l'excitation électrique du lingual ne provoque aucun mouvement dans la langue, si le nerf hypoglosse du côté correspondant est intact; au contraire, l'excitation galvanique du lingual provoquait de violentes secousses dans le côté correspondant de la langue si, quelques jours auparavant, on avait eu la précaution de sectionner le nerf hypoglosse.

M. Vulpian se demande d'abord si l'on doit attribuer cette propriété motrice au lingual, nerf sensitif émanant de la cinquième paire. Des expériences formelles lui permettent d'établir que l'excitation motrice obtenue par le galvanisme réside dans la corde du tympan et non dans les fibres propres du nerf lingual. « Mais pourquoi, ajoute M. Vulpian, ces fibres nerveuses, qui proviennent du nerf facial, nerf moteur, ne possèdent-elles pas, à l'état normal, d'action sur ces faisceaux musculaires? et pourquoi acquièrent-elles une aptitude motrice considérable, lorsque le nerf hypoglosse du côté correspondant est coupé depuis quelques jours? Nous ne sommes pas en mesure, pour le moment, de répondre à ces questions. »

Nous ne sommes pas précisément étonné que M. Vulpian ne réponde pas à ces questions; mais ce qui nous surprend, c'est que l'éminent professeur ait pris la peine de se les adresser dans les termes où il l'a fait. La corde du tympan, exclusivement constituée par des fibres motrices, doit évidemment se distribuer à des faisceaux musculaires. Partout où il y a une fibre musculaire, il y a un filet nerveux moteur, et, réciproquement, partout où il y un filet nerveux moteur, il y a une fibre musculaire destinée à le contracter sous l'influence de son excitateur fonctionnel, le filet nerveux. Par conséquent la corde du tympan doit, soit qu'on coupe l'hypoglosse, soit qu'on ne le coupe pas, provoquer une contraction musculaire.

Si la contraction ne se manifeste pas dans le cas où l'hypoglosse n'a pas été coupé, c'est que probablement l'électricité est incapable de la provoquer dans ces conditions; mais ce que l'électricité ne peut pas faire, l'excitation normale des centres nerveux peut et *doit* le produire.

M. Vulpian est trop versé dans les choses de la physiologie pour ne pas admettre ce fait avec nous. Quant à la question de savoir pourquoi les fibres de la corde du tympan *acquièrent une aptitude motrice* considérable lorsque le nerf hypoglosse est coupé depuis plusieurs jours, elle nous paraît insoluble étant posée en ces termes. Ces fibres ne peuvent pas *acquérir une aptitude* qu'elle possédait déjà, puisque la corde du tympan est un nerf moteur. Si M. Vulpian se fût demandé pourquoi la sphère d'activité de ce nerf s'est étendue à des muscles, qui d'habitude, sont excités par l'hypoglosse, il eût été probablement plus heureux; car, au lieu de chercher une *aptitude nouvelle* dans un nerf, il se serait borné à rechercher les conditions anatomiques ou autres qui donnent une explication normale du phénomène.

La communication de M. Vulpian nous fournit un double enseignement : 1° les expérimentateurs ne doivent pas se hâter de publier comme faits nouveaux des faits incomplets. En agissant autrement, et sous prétexte de progrès, ils s'exposeraient à remanier continuellement les assises de la science sans profit pour cette dernière; 2° rien n'est plus simple que de provoquer un fait expérimental; rien n'est moins difficile que de trouver une forme histologique nouvelle sous l'objectif d'un microscope. C'est pourquoi les savants abondent aujourd'hui, surtout chez nos voisins. Mais il est permis d'espérer qu'on reviendra bientôt de cette fausse interprétation de la science, et le seul moyen de hâter la venue de ce bienheureux moment est d'obliger les *maçons* qui ont trouvé une nouvelle pierre, un fait nouveau, de le rattacher à l'ensemble de l'édifice scientifique. On diminuera ainsi le nombre de faits faux dont nous sommes encombrés, et les simples chercheurs sauront alors ce qu'il en coûte pour justifier le titre de savant.

— Pauvre vigne, ou plutôt pauvre vin! Un émule de Noé, un viticulteur, vient d'inventer son déluge; mais, rassurez-vous, il ne s'agit cette fois que de noyer la vigne. La submersion de la vigne pendant l'automne ou l'hiver, sur une hauteur de 50 à 60 centimètres d'eau, étant jusqu'ici le seul remède reconnu efficace contre le phylloxera, M. A. Dumont a eu la pensée d'emprunter au Rhône une partie de ses eaux et d'inonder périodiquement les malheureux départements de la Drôme, Vaucluse, Gard, Hérault. Avis à nos confrères de ces départements.

— M. O. Tamin-Despalles envoie une note sur le *Rapport qui existe entre les observations ozonométriques et la mortalité de Paris.* Cette note est intéressante et nous fait désirer plus que jamais la création d'une société de *météorologie médicale.* Cette société pourrait rendre de grands services à l'art de guérir.

— M. A. Chevalier nous communique le résultat de ses expériences sur les modifications de la lumière chromatique à travers les verres colorés employés en oculistique. Il résulte de ces expériences que le *bleu noir*, plus ou moins léger, plus ou moins foncé, est la teinte qui répond le mieux à toutes les indications.

HOTEL-DIEU. — M. N. Guéneau de Mussy.

Leçons cliniques sur le traitement du rhumatisme chronique (1).

Pour tirer de ces bains l'effet qu'on en peut attendre, il faut observer la forme de la maladie et tenir compte de certaines circonstances accessoires, qui m'ont paru avoir sur le résultat une influence décisive. Comme nous l'avons déjà dit plus haut, tantôt la maladie est franchement chronique, les phénomènes

(1) Suite. — Voir les numéros des 14, 16, 21 et 23 janvier 1873.

réactionnels sont nuls ou peu accentués, et l'excitabilité nerveuse est modérée; si l'affection a revêtu au début des caractères d'acuité, depuis longtemps ils se sont effacés : c'est la forme chronique.

D'autres fois, le rhumatisme est subaigu par sa forme, chronique par sa durée, l'excitabilité nerveuse est excessive, elle retentit sur l'appareil circulatoire, ou bien encore l'affection arthritique appartient à cette variété de maladies chroniques constituées par une série de paroxysmes, de bouffées fluxionnaires qui s'éteignent pour renaître et succèdent les unes aux autres.

Dans le premier cas, dans la chronicité vraie, je prescris des bains dans lesquels je fais dissoudre le mélange suivant : sous-carbonate de soude de 100 à 150 grammes, arséniate de soude de 1 à 8 grammes. En même temps, je prescris à l'intérieur un mélange d'extrait de quinquina et d'iodure de potassium : de 50 centigrammes à 1 gramme du premier, de 25 centigrammes à 75 centigrammes du second; tantôt je délaye ces substances dans une potion, tantôt je les réunis en pilules (1).

Cette médication interne est administrée en plusieurs doses avant les repas, et gouvernée de manière à ne pas fatiguer les organes digestifs; car s'il est indiqué de stimuler, de régulariser l'activité du travail nutritif, dont la résolution semble une dépendance, il est important de ne pas développer dans l'appareil gastro-intestinal une excitation morbide qui pourrait retentir dans tout l'organisme.

L'association de l'arséniate et du carbonate sodiques m'a paru constituer un mélange plus puissamment résolutif, mais beaucoup plus excitant que l'arséniate seul; c'est donc à ce dernier qu'on doit surtout s'adresser toutes les fois que l'on aura à craindre une stimulation trop énergique. Ainsi, chez les malades du second groupe, lorsque la maladie n'est pas franchement chronique, ou est trop rapprochée de la période aiguë, si elle a débuté sous cette forme; chez ceux dont la circulation est accélérée, dans les cas où la douleur est violente et où le système nerveux vibre d'une manière excessive sous la moindre impression, dans toutes ces circonstances, j'emploie l'arséniate de soude seul ou presque seul, et j'en porte la dose de 2 à 10 grammes. J'y ajoute quelquefois 250 grammes de gélatine, dans la pensée que cette addition d'une substance organique peut favoriser l'absorption du principe minéral, et surtout pour me rapprocher davantage dans la constitution de mes bains artificiels de celle des eaux naturelles, dont la plupart, outre les éléments salins, renferment une matière azotée.

Le plus souvent, j'ajoute à l'arséniate une forte quantité de sous-carbonate, dont je nuance les doses suivant l'excitabilité de l'organisme. Chez les sujets très-débilités et dans les formes franchement chroniques, j'ai quelquefois ajouté du chlorure de sodium, ce qui représente la minéralisation des eaux de la Bourboule, ou associé l'arséniate de soude avec le polysulfure de sodium.

Température, durée et nombre des bains. — Les bains doivent être pris tièdes. Cette température paraît être favorable à l'absorption, et d'un autre côté, la thermalité a une grande part dans les propriétés excitantes des bains. Leur température variera donc dans d'étroites limites, suivant les dispositions particulières et les habitudes de chaque malade, *ad gratum tepiditatem.* C'est en général entre 33 et 36 degrés centigrades. Leur durée est de trois quarts d'heure à une heure et demie; les sensations éprouvées dans le bain doivent être interrogées pour la fixer.

Au début du traitement, je donne un bain tous les deux jours. S'ils sont bien supportés, j'en donne deux, trois, quatre de suite, ménageant des repos de temps en temps, afin de laisser la stimulation qu'ils déterminent se modérer et se régulariser pour accomplir son effet consécutif, qui doit être de ramener à leur type normal les mouvements organiques qui en sont déviés. C'est là une règle d'une application très générale en thérapeutique : après avoir sollicité l'action de l'organisme vivant avec une suffisante énergie, il faut savoir attendre cette action, en apprécier la direction avant de recourir à une incitation nouvelle; car celle-ci, provoquée d'une manière injudicieuse, peut dépasser le but où l'on tend.

J'exige que les malades gardent le lit pendant une heure ou deux après chaque bain; et j'attache une très-grande importance à cette prescription. Ces bains amènent souvent un mouvement fluxionnaire périphérique, une hypercrisie cutanée, qu'il faut craindre de troubler, et que le moindre refroidissement peut arrêter.

Dans le second groupe de malades, plus que dans le premier, on peut rencontrer l'indication d'administrer l'arsenic à l'intérieur. Dans les cas où la potion iodurée serait rendue inopportune par la réaction fébrile, par l'activité du travail phlegmasique, et où cependant existe un état cachectique qui appelle des modifications de la nutrition; ou bien encore quand les bains employés seuls n'amènent pas une amélioration suffisante; dans ces circonstances, j'ai administré quelquefois la solution de Fowler ou la solution d'arséniate de soude, mêlées à du sirop de quinquina ou du sirop antiscorbutique.

Quand les douleurs sont très-vives, quand les bains les exaspèrent outre mesure, j'ai donné souvent à l'intérieur la poudre de semence de ciguë en pilules de cinq à dix centigrammes, associée, ou dans les cas d'agrypnie, quelque préparation opiacée (poudre de Dower, masse de cynoglosse). Il faut surveiller l'action de ces préparations calmantes sur l'estomac; l'intégrité de l'action digestive est un point capital dans le traitement des maladies chroniques.

Effets immédiats des bains arsenicaux. — La plupart des malades éprouvent, pendant le bain, de légers picotements à la peau, avec un sentiment de mieux être, de légèreté, d'alacrité, de souplesse dans les articulations, et d'énergie musculaire qu'ils conservent pendant quelque temps après être sortis du bain. S'ils prennent le lit, leur peau devient le siége d'une chaleur diffuse, de prurit et souvent de moiteur. Comme la fonction sudorifique, la sécrétion rénale est généralement augmentée.

Après ces premiers effets, il n'est pas rare que les malades accusent une exacerbation de douleurs, accompagnée quelquefois de craquements dans les articulations malades. Cette exacerbation peut être assez accentuée pour réclamer l'emploi des calmants, soit à l'intérieur, soit plus souvent en applications topiques. Dans ce cas, je prescris fréquemment un liniment renfermant pour cent grammes de véhicule, des extraits de belladone, de ciguë, de jusquiame, thébaïque (de chaque trois grammes).

Il faut, du reste, rassurer le malade sur cette exagération passagère de ses souffrances, lui dire qu'elle exprime l'impression du médicament sur l'organisme, et qu'elle annonce un travail réparateur.

D'autres fois, sans éprouver de douleurs vives, les malades sont

(1) Guéneau de Mussy. *Du traitement du rhumatisme noueux par les bains arsenicaux* (*Bulletin de thérapeutique*. Septembre 1864.)

tourmentés par une agitation, des inquiétudes dans les membres, de la jactitation, une sensation de chaleur et de prurit qui trouble le sommeil et les porte à désirer l'impression du froid. L'arséniate seul, dans ces circonstances, doit être préféré au mélange d'arséniate et de carbonate sodiques. Dans ces cas, également, il convient d'intercaler entre les jours de bain, des jours de repos.

Chez plusieurs malades, j'ai observé, à la suite de ces bains, une véritable poussée, une éruption érythémateuse accompagnée d'un prurit intense, parfois limitée aux articulations du genou et du coude dans le sens de l'extension.

La première année où j'ai mis cette médication en usage, j'ai vu quelquefois de la diarrhée, beaucoup plus rarement des vomissements suivre les premiers bains. Un seul de mes malades eut de la diarrhée pendant toute la durée du traitement, les jours où il prenait son bain, ce qui ne l'empêcha pas de guérir et même d'acquérir de l'embonpoint. Dans ces dernières années, cet accident ne s'est reproduit qu'une seule fois. Je me suis demandé, vu sa rareté, jusqu'à quel point il devait être imputé aux bains ?

(*A suivre.*)

NOTE

SUR LA MORTALITÉ DES NOUVEAU-NÉS

PENDANT LE SIÉGE DE PARIS

Par le Dr Créquy (ancien interne des hôpitaux de Paris).

Il y a quelques années j'ai recherché, à l'aide de données statistiques qui m'ont été fournies par deux sages-femmes très-instruites, Mes Derozière et Verguet, quelle pouvait être l'influence des différents modes d'allaitement sur la mortalité des nouveau-nés.

Sur 299 enfants observés dans le quartier de la Chapelle et de la Goutte-d'Or, jusqu'à trois mois au minimum, j'étais arrivé au résultat suivant :

235 nourris au sein avaient donné 25 morts, soit 10 1/2 pour 100.

64 élevés au biberon avaient donné 33 morts soit 51 pour 100, c'est-à-dire que la mortalité était cinq fois plus considérable ;

181 allaités par leurs mères avaient donné 15 morts : 8 pour 100 ;

54 élevés par des nourrices à leur domicile avaient donné 10 morts : 18 pour 100.

Quoique les conclusions soient faciles à tirer de ces faits, bien des médecins n'hésitent pas, lorsque la mère est un peu faible ou placée dans de mauvaises conditions hygiéniques, à recommander l'élevage au biberon de préférence au sein.

Le siége de Paris m'a paru une occasion favorable de vérifier ce qu'il pouvait y avoir de fondé dans cette manière d'agir.

Au milieu de la détresse générale, de cette privation constante des choses les plus nécessaires à l'entretien de la vie, nous nous sommes tous demandé ce qu'allaient devenir ces pauvres petits êtres auxquels des mères exténuées de fatigue, grelottant de froid, privées d'aliments, ne pouvaient offrir qu'un sein vide de lait.

La statistique que je vais rapporter, bien que fondée sur un petit nombre d'observations, me paraît fournir des éléments pour résoudre cette question. Elle porte sur 103 enfants des quartiers de la Chapelle et de la Goutte-d'Or, observés jusqu'à trois mois au minimum.

96 nourris au sein ont donné 15 morts, c'est-à-dire 15.62 pour 100.

Dans la statistique faite du 1er juin 1867 au 1er juin 1868, la mortalité avait été de 10.63 pour 100 ; les mauvaises conditions dans lesquelles se trouvaient les mères pendant le siége n'ont donc augmenté la mortalité que de 5 pour 100, chiffre très-faible et qui laisse bien loin l'alimentation au biberon, qui donne en temps ordinaire une mortalité de 51 pour 100 pendant les trois premiers mois.

Sur ces 96 enfants nourris au sein, 84 l'ont été par leurs mères et ont donné 12 morts, soit 14.28 pour 100 ; en temps ordinaire, nous avions 8.28 pour 100 ; le siége a donc donné seulement une augmentation de 6 pour 100.

Les 12 élevés au sein par des nourrices mercenaires ont donné 3 morts, soit 25 pour 100 ; nous avions 18 pour 100 en 1867 : c'est une augmentation de 7 pour 100.

L'allaitement artificiel a été heureusement l'exception. Sur 7 enfants élevés au biberon, 6 sont morts, soit 85.55 pour 100 ; il avait donné en temps ordinaire 51 pour 100, ce qui fait une augmentation de 34 pour 100.

De ces 7 enfants nourris au biberon, 5 le furent par leurs mères : 1 seul résista ; les deux confiés à des personnes étrangères succombèrent.

Le siége a donc eu une influence particulièrement fâcheuse sur les enfants élevés au biberon ; mais comme les mères ne pouvant les envoyer en nourrice, étaient forcées de les nourrir au sein, il en est résulté que la mortalité absolue des nouveau-nés a été beaucoup moins grave qu'on pourrait le supposer, du moins dans le quartier où mes observations ont été faites.

Ainsi les 299 enfants nés de juin 1867 à juin 1868, ont donné 58 morts, c'est-à-dire 19.39 pour 100, tandis que les 103 nés pendant le siége ont donné 21 morts, soit 20.39 pour 100, un de plus qu'en temps ordinaire.

A quoi tient donc une aussi faible augmentation de la mortalité sur les nouveau-nés, alors qu'elle se faisait sentir d'une manière si cruelle sur les enfants du second âge ?

A ceci simplement, c'est qu'ils ont été élevés au sein par leurs mères.

Sur les 299 enfants de la première série, 235 seulement sont nourris au sein, 64 au biberon, c est-à-dire 21 pour 100.

Sur les 103 de la seconde série, 96 sont nourris au sein, 7 seulement sont nourris au biberon ; ces chiffres confirment une chose bien connue, l'immense avantage de l'élevage au sein comparé au biberon, mais ils démontrent une chose qui l'est moins, c'est la facilité déplorable avec laquelle médecins et sages-femmes exonèrent une mère de nourrir son enfant sous les prétextes les plus futiles. Chacun de nous n'a-t-il pu observer un grand nombre de femmes qui n'étaient jamais mieux portantes qu'en nourrissant, surtout si nous avons eu le soin de leur indiquer la manière dont elles devaient pratiquer l'allaitement ?

C'est malheureusement dans les classes élevées qu'on se dispense le plus facilement de nourrir son enfant ; je sais bien qu'on a recours à une nourrice sur lieu, mais que devient l'enfant de cette nourrice? Nos maîtres, en conseillant à leur opulente clientèle de se soustraire aux soins de la maternité, ne voient peut-être pas assez qu'ils donnent un exemple trop facilement suivi et concourent ainsi plus largement qu'ils ne le croient à l'étiolement de la population ; car ce n'est pas seulement la mortalité que produit l'alimentation artificielle, c'est la dégradation physique de l'individu qui y a été soumis, la scrofule, la phthisie pulmonaire, la méningite tuberculeuse, la tuberculose des ganglions mésentériques, le rachitisme, sont signalés par

tous les auteurs comme fréquemment produits par ce mode d'alimentation.

Une chose qui nous semble l'avoir été moins, c'est l'altération rapide des dents de première dentition et la fréquence de la hernie ombilicale.

Sans doute, la mère trouve commode de se débarrasser du soin de nourrir son enfant et le médecin a plus facile de présenter à l'enfant le sein tout formé d'une nourrice que de l'habituer à téter sa mère et à courir les chances de gerçures ou d'abcès du sein, suite trop fréquente des premières.

Quelques maladies constitutionnelles graves et héréditaires sont, je crois, les seules considérations qui devraient nous faire redouter l'allaitement par la mère. Les crevasses du sein sont malheureusement très-fréquentes, plus, je crois, chez les femmes des villes que chez celles des campagnes qui ont la peau un peu durcie par le conctact de l'air. Je pense seulement qu'avec des précautions on peut presque toujours les éviter. La gerçure du sein se produit de deux manières :

Quelquefois l'enfant exerce des efforts violents de succion, l'épiderme se soulève à l'extrémité du mamelon comme par l'action d'une ventouse, bientôt il se déchire et la crevasse est produite ; dans d'autres cas, le lait reste dans les petites fentes naturelles qui existent à la base du mamelon, au contact de la sueur, il se décompose rapidement, irrite et enflamme la peau, et lorsque le rebord gengival vient sucer ce mamelon enflammé, il produit rapidement une crevasse extrêmement douloureuse et qui devient bientôt la cause d'engorgement et d'abcès du sein.

Pour éviter les premières, je recommande très-spécialement à la mère de ne jamais donner à téter sans avoir, au préalable, fait affluer le lait dans le mamelon, ce qui évite à l'enfant d'exercer de grands efforts de succion et empêche le soulèvement de l'épiderme.

Pour éviter les secondes, je recommande, comme tout le monde, chaque fois que l'enfant a tété, de laver le sein avec de l'eau tiède, de bien l'éponger et de le badigeonner avec un mélange de glycérine et de tannin (1 gramme pour 10) à l'aide d'un pinceau de blaireau, et de le recouvrir d'un linge fin.

Si malgré ces précautions, il y a un commencement de gerçure, je fais usage d'un bout de sein en verre, d'un volume proportionné au volume du mamelon et se terminant par un tube en caoutchouc d'environ 30 à 40 centimètres.

Aussitôt que l'on a fait affluer le lait dans ce petit appareil, on présente le bout à l'enfant, en ayant soin de le placer dans la position la plus déclive possible relativement à la mère. La colonne de lait exerce ainsi le vide sur le sein, et de légers efforts de succion suffisent à l'enfant pour se nourrir sans causer de douleur à la mère. Les gerçures n'étant plus avivées par le rebord des gencives, sont rapidement cicatrisées par l'emploi de la glycérine au tannin ou par une pommade faite avec de l'axonge et du tannin dans les mêmes proportions.

Si malgré ces précautions il survient un commencement de garçures et un peu d'engorgement, je fais recouvrir le sein de larges cataplasmes de farine de lin, ayant soin de protéger le mamelon par un morceau de peau douce, telle qu'on l'emploie à la confection des gants, parce que j'ai remarqué que les cataplasmes, en faisant gonfler le bout du sein, s'opposent à la guérison de la gerçure.

Depuis que j'ai recours à ces moyens, je n'ai pas eu à traiter d'abcès du sein ; le hasard m'a peut-être servi, mais en considérant que plusieurs femmes étaient primipares, que chez quelques-unes un commencement de gerçures a été rapidement guéri par l'emploi de ces téterelles que je viens de décrire, je suis autorisé à croire que l'ensemble de ces précautions que je faisais mettre fréquemment à exécution sous mes yeux n'ont pas été étrangères à ce résultat, qu'on devra toujours chercher à obtenir, se rappelant que, dans la question d'allaitement, si l'art consiste à choisir une bonne nourrice, la perfection doit consister à ne pas en avoir besoin.

MALADIES DE L'OREILLE.

Par M. J. Toynbee, F. R. S.

(Traduction de M. Darin.)

MALADIES DU DERME : INFLAMMATION AIGUE.

Obs. III. — *Inflammation aiguë du derme, surdité considérable et sécrétion séreuse abondante.*

A. H. H. Esq., âgé de 38 ans, de constitution faible, me fit appeler en janvier 1854.

Historique. Durant trois semaines, il avait souffert d'une attaque de pneumonie, et quatre jours avant ma visite, au moment de la convalescence, il fut pris dans la nuit d'une violente douleur dans l'oreille gauche. Cette douleur, en dépit du traitement, dura douze heures, quand une sécrétion du conduit auditif apparut tout à coup et diminua beaucoup la souffrance. Lorsque je vis le malade, quatre jours après l'apparition de l'écoulement, il existait une grande sensibilité du méat et une surdité telle, que la montre n'était pas entendue même au contact.

A l'examen, le derme se montra enflé et rouge, la couche dermoïde de la M. T. était dans le même état. L'écoulement séreux était si abondant qu'en une demi-heure un mouchoir blanc en était complétement imbibé. J'avais grand'peur que l'oreille n'eût été sérieusement injuriée par l'inflammation ; mais voyant que M. T. conservait sa position naturelle et sachant que la congestion de la muqueuse tympanique était bien suffisante pour produire la cophase, je fis espérer que l'ouïe reviendrait aussitôt que la congestion de cette membrane se dissiperait. J'ordonnai d'appliquer une sangsue à l'orifice du méat tous les deux jours ; le méat fut seringué à l'eau chaude deux fois par jour, et l'on détermina une légère vésication derrière le pavillon. Au bout de trois jours, l'écoulement commença à diminuer, la douleur disparut, et en dix jours l'ouïe était rétablie.

VARIÉTÉS

Thérapeutique des maladies de l'urèthre (1).

Par le docteur Mallez, avec la collaboration de M. E. Delpech.

Si la chirurgie française a eu une période d'éclipse il y a quelques années, c'est qu'elle s'était mis en tête de professer l'encyclopédisme chirurgical, et qu'à force d'être encyclopédique, elle était devenue d'une infériorité qu'ont lamentablement attestée les résultats de l'enquête instituée sur les résultats des opérations. Les détails lui échappaient complétement ; l'hygiène, le pansement, l'alimentation, l'aération, tout cela était dédaigné, ou pour mieux dire inconnu. Une bonne petite odeur d'hôpital, plus de courants d'air surtout, de bons gros cataplasmes, et au milieu de la salle la boîte à pansements à côté du panier au linge sale, flirtant de compagnie ; voilà les souvenirs de plus d'un médecin, jeune encore, et qui fort heureusement n'ont plus aujourd'hui de base.

Et comment pouvait-il en être autrement ? Le chirurgien encyclopédique avait, en vérité, bien d'autres soucis qu'un pansement. Opérer successivement sur l'œil, sur la vessie, sur l'oreille, sur les

(1) Paris, 1872, 1 vol. in-8. Prix : 7 fr. 50. — Adrien Delahaye.

glandes, sur les membres, sur les viscères, se tenir au courant de tout, inventer de nouveaux procédés, expérimenter ceux que la presse mettait au jour, faire la consultation d'hôpital, celle de la ville, les examens, les concours, les leçons! Quelle immense variété d'occupations et comment, au sein de ce déplacement perpétuel de tout effort, espérer se rendre maître d'un sujet? Comment même se tenir au courant des progrès quotidiens de la science?

Le raisonnement le plus simple indique la division du travail en chirurgie comme rigoureusement nécessaire, et cependant on ne saurait croire quels combats de rudes champions ont dû livrer pour faire reconnaître la spécialité comme une nécessité de premier ordre. Alors que les Velpeau, les Jobert, les Denonvilliers, les Laugier tonnaient contre ceux qu'ils appelaient dédaigneusement les spécialistes, et que nul parmi les jeunes chirurgiens n'osait affronter les anathèmes des professeurs, l'Allemagne nous envoyait sa pléiade d'oculistes et d'auristes qui venaient en remontrer aux maîtres eux-mêmes; l'Angleterre, après la disparition des Civiale et des Leroy, prenait le pas sur nous, avec Thompson et Golding Bird, de façon que, peu à peu, Spencer-Wells et Marions Sims aidant, il ne nous resta plus à soigner que les fractures de cuisse et les luxations du coude. Les étrangers prenaient nos places, sous nos yeux mêmes; à peine arrivés, on les appelait au château, on les décorait, on les comblait d'honneurs et la clientèle affluait, et dans les derniers temps de l'empire, un homme comme il faut atteint de quelque affection chirurgicale, ou une femme un peu bien, en mal d'enfant, avaient nécessairement pour chirurgien un Allemand, un Anglais ou un Américain. Quelquefois c'était un Javanais.

Rendons cependant justice à tous. Il y a un savant homme d'esprit qui n'a pas laissé prendre sa place : c'est Ricord; et il y a un jeune chirurgien qui a empêché qu'un Welche quelconque ne prît celle de Civiale : c'est le docteur Mallez.

Aujourd'hui que la spécialité est reconnue et florissante, que la Société de chirurgie lui a ouvert ses portes et que les encyclopédistes absolus ont à peu près disparu on ne se souvient guère des luttes qu'ont eu à subir les médecins qui, en dehors du monde officiel, ont su attirer à eux un courant suffisant de malades, constituer des collections, un musée et, en un mot, crér un enseignement qui manquait; c'est ce qu'a entrepris M. Mallez, et aujourd'hui, avec une légitime satisfaction et une grande simplicité, il nous dit ce qu'il a fait et nous montre l'origine de ce livre, fondé sur l'observation.

Bien que son ouvrage soit consacré tout entier à l'étude de la thérapeutique, il débute par une analyse nécessaire et sommaire de l'urine. On trouve là, en quelques pages, les données les plus récentes de la chimie et du microscope sur la constitution des urines pathologiques et sur les procédés les plus rapides et les plus sûrs d'examen.

Puis, l'auteur aborde successivement les agents thérapeutiques d'ordre physique, l'électricité et l'hydrothérapie; il traite ensuite de la médication topique de l'urèthre, et enfin des médications générales pharmaceutiques et hydrominérales.

L'électricité, sous forme de courants d'induction ou sous forme de courants continus, est d'une application très-fréquente dans les affections vésicales par atonie ou par paralysie. Nous eussions aimé voir la distinction entre les deux formes d'applications électriques plus tranchée qu'elle ne l'est; non que M. Mallez s'en serve indifféremment, non qu'il n'indique très-clairement dans les deux cas le manuel opératoire et l'instrument convenables, mais il y a entre les deux sources d'électricité de telles différences physiques, qu'elles méritent d'être envisagées isolément. Cependant il faut s'incliner devant les faits, et quand nous voyons que la guérison des hydrocèles peu volumineuses est demandée avec une sûreté égale à la faradisation ou à la galvanisation discontinue, nous sentons nos arguments physiques s'affaiblir. Toutefois, en interrompant fréquemment le courant de la pile, il est évident que l'on rapproche singulièrement les courants d'induction des courants de la pile; mais il reste une condition à laquelle il faut prendre garde, c'est que, dans les courants d'induction, le courant change de direction à chaque interruption, tandis qu'il conserve sa direction dans les courants galvaniques interrompus.

L'emploi des courants continus de longue durée ne paraît pas avoir pris place dans la thérapeutique des maladies de l'appareil urinaire. C'est là un sujet sur lequel nous nous permettrons d'appeler l'attention du judicieux praticien.

On se rappelle les beaux résultats obtenus par MM. Mallez et Tripier par la destruction des rétrécissements uréthraux, à l'aide de la galvano-caustique chimique. Quelques doutes avaient été émis sur la durée des guérisons merveilleuses obtenues en une séance à l'aide de cette méthode, qui valut néanmoins à leurs auteurs l'un des prix de l'Académie. Nous avons été heureux d'apprendre que la durée des guérisons s'est maintenue depuis près de dix années, et qu'un célèbre chirurgien russe, M. Couriard, a, de son côté, appliqué le procédé de MM. Mallez et Tripier et réalisé les mêmes résultats.

Le chapitre consacré par M. Mallez à l'hydrothérapie est l'un des plus intéressants que l'on puisse lire. On reconnaît là un maître, ou, comme le veut Trousseau, un artiste. On sent que M. Mallez est sorti quelque peu de son cabinet pour étudier les douches, qu'il a manié lui-même les robinets des appareils et qu'il a suivi de près les malades auxquels il conseille quelqu'une des variétés infinies de l'administration de l'eau. Il veille avec des soins scrupuleux à la durée, à la température, à l'appareil, aux soins préliminaires et aux soins consécutifs. Toutefois, il s'en faut qu'il soit d'accord avec tous les hydrologistes sur certains points fondamentaux de la cure par l'eau. C'est ainsi que le conseil de commencer par des douches à 27° ou 28° centigrades pour tomber peu à peu à 10 ou 12° ne serait pas précisément du goût de M. Fleury, — ce qui n'est pas grave, au surplus; — mais ce qui l'est davantage, c'est qu'à côté de ce conseil il y a l'indication de la nécessité, au début, — « de douches courtes et de réaction prompte » — avec de l'eau à 28°; la chose, partout ailleurs que sur la mer Rouge, n'est pas des plus aisées, car la première condition d'une réaction prompte est une durée courte; la seconde est une température basse.

Ce qu'il y a à noter, dans ce chapitre sur l'hydrothérapie, de fines observations sur la spermatorrhée, sur l'anaphrodisie et sur les névroses est considérable. — Mais ces chapitres ne forment pour ainsi dire qu'un préambule qui nous conduit à *la médication topique de l'urèthre*. Ici nous nous trouvons en présence de l'historique des bougies médicamenteuses, des injections récurrentes, des insufflations pulvérulentes, des injections solidifiantes et d'une innombrable série d'appareils médicamenteux qui font honneur à l'imagination des uréthrologues.

Vient ensuite le formulaire de la médication uréthrale externe, et c'est ici que la science et l'art de M. Delpech nous donnent la formule de toutes les bougies et de toutes les injections possibles jusqu'à ce jour.

Après les balsamiques et leur formulaire, viennent successivement la médication alcaline, les diurétiques et les eaux minérales au sujet desquelles nous prendrons la liberté de reprocher à M. Mallez de ne pas s'être associé assez complétement au mouvement exclusiviste qui s'est produit depuis la guerre contre les thermes allemands. Passe pour Carlsbad, mais Ems, Marienbad, Schlangenbad, Wildungen s'étalent bien à leur aise au beau milieu du volume.

Toutefois, la préférence qu'accorde notre auteur aux sources analogues françaises atténue singulièrement la portée de notre reproche. Et puis, après tout, si l'on envoyait de temps à autres quelques officiers d'état-major prendre les eaux aux bonnes sources, nous ne nous en porterions peut-être pas beaucoup plus mal; eux non plus.

Les *injections vésicales* ne forment pas un des chapitres les moins intéressants de l'ouvrage, et c'est à pleines mains que le praticien pourra puiser des formules de laxatifs, de lavements, de suppositoires, etc., etc. Enfin, comme M. Mallez est

un homme pratique et qu'il craint, malgré un certain nombre d'index, de tables d'auteurs et de tables des matières, que le praticien ne perde quelque médication de vue, il a résumé en douze tableaux thérapeutiques, douze états pathologiques principaux et énuméré toutes les ressources étudiées plus haut : *anaphrodisie, blennorrhée, incontinence d'urine, etc., etc.* Nous regrettons que la maladie de Bright et la glycosurie ne figurent point dans ces résumés si éminemment utiles.

On n'a jamais tout dit à propos d'un livre ; mais quelque envie que nous ayons de critiquer par-ci par-là quelques détails, plus forte encore est l'envie de dire simplement : ceci est un livre utile, et le malade qui viendra à le consulter, tout en n'y comprenant pas grand'chose, se réjouira en voyant les ressources infinies que la science met à la disposition de son médecin ; il reprendra ses espérances abandonnées. Puisse-t-il écrire sur la couverture ou seulement en note, au bas de quelque formule abortive : *Hic est felicitas.*

D[r] Dally.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

M. Mathias Duval, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris, vient d'être nommé professeur d'anatomie à l'École des beaux-arts, en remplacement de M. Huguier, décédé.

— *Hôtel-Dieu de Toulouse.* — M. le docteur Bonneau est nommé chef interne, en remplacement de M. le docteur Fontagnères, arrivé au terme de son exercice.

— *Salle du Progrès.* — Mardi, 28 janvier. — Vues d'Egypte projetées et interprétées (suite). — Zoologie : Animaux intéressants et utiles, par Paulin Teulières.

Mercredi 29. — Vues d'Egypte (suite). — L'histoire, la théorie et la pratique de la télégraphie électrique, avec tableaux, appareils et expériences, par M. l'abbé Moigno.

— A céder immédiatement une bonne clientèle à Paris. Produit, 12,000 francs. — S'adresser au bureau du journal.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Anatomie descriptive et dissection, contenant un Précis d'embryologie, la structure microscopique des organes et celle des tissus, par le docteur Fort, ancien interne des hôpitaux, professeur d'anatomie à l'École pratique. 2e édition, considérablement augmentée. 3 vol. in-12, avec 662 fig. intercalées dans le texte. — Prix : 25 fr. *franco*.

L'Étudiant micrographe, traité pratique du microscope et des préparations, par Arthur Chevalier, O. ✻, 1 vol. de 600 pages, 600 figures : 7 fr. 50. — Delahaye, place de l'École-de-Médecine. — Catalogue illustré des microscopes, gratis, chez Arthur Chevalier, Palais-Royal.

Le Directeur : Dr E. Le Sourd.

Paris. — Typographie A. Pougin, quai Voltaire, 13.

N° 12. — JEUDI 30 JANVIER 1873. 46e ANNÉE. JEUDI 30 JANVIER 1873. — N° 12.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Bureaux : 57, rue des Saints-Pères, 57
PRÈS L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

Le prix d'abonnement
doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne hors de Paris
dans les bureaux des Messageries et chez les Libraires
Les lettres non affranchies sont refusées.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui n'en peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS — Trois mois. . 8 fr. 50 c. — Six mois. . . 16 — — Un an. . . . 30 —

POUR L'ÉTRANGER le port en sus suivant les derniers tarifs des Postes.

Paris, le 29 janvier 1873.

SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

L'Académie vient de réparer enfin une grande injustice. M. Voillemier, qui depuis si longtemps devrait en faire partie, a été cette fois élu, bien qu'on lui eût encore opposé en compétition un professeur de la Faculté de médecine, et un professeur distingué, M. Trélat.

Après cette élection, on s'attendait à voir mettre en discussion le rapport de M. Gubler sur les inspecteurs d'eaux minérales. En effet, l'Assemblée nationale, dans une de ses dernières séances, a mis l'étude de cette question en tête de son ordre du jour.

Le bon accueil fait par la commission d'initiative parlementaire, puis par l'Assemblée elle-même, à la proposition de supprimer entièrement les médecins inspecteurs comme des rouages inutiles, ne permet guère de supposer que dans le sein de l'Académie, la discussion de réformes urgentes puisse être ajournée indéfiniment.

M. Davaine a pris la parole pour exposer ses théories sur l'inoculation de matières putrides.

Il a rappelé quelques expériences déjà mentionnées, et en a ajouté un petit nombre d'autres. Toute cette partie de son discours se trouve analysée plus loin au compte rendu de la séance, car pour permettre à nos lecteurs de se faire sur cette question une opinion bien motivée et personnelle, nous tenons à mettre sous leurs yeux toutes les bases expérimentales de la nouvelle doctrine.

Cette doctrine, en effet, est bien certainement une des plus révolutionnaires qui se sont produites en médecine. Ce n'est rien moins que la négation de l'influence des phénomènes vitaux sur les altérations du sang ou des organes.

M. Davaine prend pour point de départ les expériences de M. Pasteur sur les putréfactions.

M. Pasteur avait comparé la putréfaction aux fermentations et désigné les bactéries et bactéridies comme jouant en ce cas le rôle de ferment.

Il avait montré qu'on peut conserver indéfiniment des substances très-putrescibles, en les mettant à l'abri de ces germes qui sont toujours en grande quantité en suspension dans l'atmosphère, et qui, une fois introduits dans un milieu convenable, pullulent avec une extrême rapidité, surtout quand ce milieu réunit les conditions d'humidité et de chaleur les plus favorables.

M. Davaine conclut de ces données, qu'un animal en vie est un milieu très-propre à la putréfaction, d'autant plus que le sang lui-même et certains organes, mis dans les bocaux de M. Pasteur, s'y sont montrés très-disposés à se corrompre.

« Les animaux vivants, dit M. Davaine, renferment donc des substances organisées plus ou moins putrescibles, et qui se trouvent soumises aux deux conditions de chaleur et d'humidité nécessaires à la production de la putréfaction. La vie ne s'exerce, en effet, que par ces deux conditions. Que faut-il donc encore aux animaux vivants pour se putréfier ? La troisième condition découverte par M. Pasteur, c'est-à-dire la présence du ferment de la putréfaction, à moins qu'on ne dise comme autrefois, que « la puissance du principe vital s'oppose avec énergie au déve- « loppement de la putréfaction dans les êtres vivants. »

« Les liquides organiques dans l'économie sont préservés de l'invasion du ferment putride par l'épiderme du tégument extérieur et par l'épithélium qui recouvre les membranes muqueuses. La théorie nous indique donc que la putréfaction s'établira aussitôt que son ferment franchira les téguments et s'introduira dans le sang, tout comme elle s'établit dans les bocaux de M. Pasteur, dès que leur contenu n'est plus à l'abri du contact de l'air, qui porte avec lui les bactéries de la fermentation putride. »

Tels ont été les raisonnements qui ont conduit M. Davaine à reprendre les expériences faites par MM. Coze et Feltz.

La priorité qu'il réclame, ce n'est donc point celle des expériences en elles-mêmes, mais celle de la théorie. MM. Coze et Feltz avaient bien pu tuer des lapins en leur inoculant des matières putrides, comme M. Davaine l'a fait un peu plus tard ; mais ils n'étaient pas arrivés à une formule aussi précise.

« Toutefois, dit M. Davaine, quelle est la nature de la lésion qui détermine la mort ?... Cette lésion, c'est la putréfaction même du sang ou des organes de l'animal soumis à l'expérimentation. »

Voilà qui simplifie singulièrement les choses.

Ce qu'on nomme la force vitale et tout l'ensemble des phénomènes vitaux, n'ont absolument rien à faire dans tout ceci.

L'être vivant est un bocal, fermé grâce à l'épiderme et à l'épithélium. Les bactéries et les bactéridies ne peuvent donc pas y pénétrer, et c'est pourquoi l'être vivant, malgré toutes ses

tendances à la putréfaction, ne peut pourtant pas parvenir en général à se corrompre, faute d'un ferment convenable.

Mais introduisez dans ce milieu tout préparé le moindre atome de ce ferment (ce qui se sera rencontré dans un trillionième de goutte) et vous allez voir.

Les bactéries et les bactéridies vont se développer à l'infini dans ce sang et dans ces organes si éminemment putrescibles et maintenus à une température vraiment tropicale.

L'animal pourrira sur pied jusqu'au moment où il sera trop pourri pour vivre.

M. Davaine a soin de dire que tout ceci peut se passer également dans toutes les espèces animales. Seulement la putréfaction sera plus rapide pendant la vie chez les animaux dont les chairs se corrompent plus vite après la mort.

Le lapin, étant dans ce cas, devient un excellent réactif pour savoir si pendant la vie le sang d'un animal contient le ferment putride.

En effet, quelque faible que soit la quantité de ce ferment putride dans l'animal vivant, comme il jouit d'une faculté de pullulation dont la promptitude dépasse tout ce qu'il est possible d'imaginer, il a bientôt fait d'envahir le nouvel animal auquel on l'inocule, et il y amène la mort par putréfaction.

« Ce qu'il importe de savoir, dit M. Davaine, c'est si notre réactif donne constamment sa réaction, et si cette réaction ne peut pas être produite par d'autres conditions.

« Eh bien, sur *plusieurs centaines de lapins*, certainement, que j'ai inoculés avec des fractions de goutte de sang septicémique, et jusqu'au trillionième, *un seul n'a pas succombé à l'injection*, et c'est sans doute parce qu'il est survenu un abcès au point inoculé. »

Il est bien dommage que M. Davaine, dans les fragments de statistiques qu'il a publiés jusqu'ici, n'ait donné aucune indication sur ce nombre immense d'expériences toujours heureuses.

Dans les quelques groupes de faits dont il a parlé, à propos du sang de bœuf rendu septicémique par la putréfaction, on trouvait toujours à la fois des animaux qui résistaient et des animaux qui succombaient, ce qui rendait le réactif illusoire.

Il n'est donc pas facile de voir quel groupe de faits M. Davaine a ici en vue.

Peut-être cependant le sang qu'il appelle ici *septicémique* est-il uniquement le sang putréfié pendant la vie, à l'exclusion de celui qui se putréfie après la mort?

Peut-être est-ce exclusivement le sang de lapins morts à la suite d'une inoculation de sang?

En ce cas, les succès constants obtenus par M. Davaine seraient d'autant plus intéressants à bien connaître dans les détails, que ces résultats se trouveraient en contradiction absolue avec ceux que M. Bouley a annoncés dans la dernière séance. Après avoir septicémisé plusieurs lapins avec le sang de chevaux malades, M. Bouley a vu survivre tous les lapins auxquels il injectait le sang de ces premiers lapins. Les expériences de M. Tillaux l'avaient conduit à des résultats également négatifs en grande majorité; mais les *plusieurs centaines* de faits positifs de M. Davaine, une fois publiés, écraseraient sous leur nombre les objections que feraient naître ceux qui ont été publiés par quelques autres expérimentateurs.

En effet, tout est là.

Si un animal vivant, un lapin, peut survivre à l'introduction d'un ferment putride dans son sang et ses organes putrescibles, ce n'est plus un bon réactif; il ne se comporte pas aussi pacifiquement que les bocaux de M. Pasteur. On ne paraît plus aussi arriéré, aussi ridicule de prétendre, comme autrefois, « que la puissance des phénomènes vitaux peut devenir un obstacle au développement de la putréfaction dans les êtres vivants. »

La doctrine de M. Davaine perd ses caractères d'évidence, et on se sent moins disposé à assimiler avec lui le principe et la cause des fièvres typhoïdes avec le ferment même de la putréfaction universelle.

La fièvre typhoïde, une putréfaction de l'animal vivant, et pas autre chose : telle est la thèse que poursuit en ce moment M. Davaine; et il raconte comment il y a été théoriquement conduit par ses idées sur la putréfaction, par ce fait que les anciens nommaient les fièvres typhoïdes *fièvres putrides*, avant qu'on ne se fût occupé des lésions que l'on y trouvait à l'autopsie, chose accessoire sans importance, et enfin par les théories de quelques modernes qui ont attribué des épidémies à des infiltrations provenant de fosses d'aisances, etc.

« Or, continue-t-il, d'après les connaissances que nous avons acquises récemment sur l'existence possible de la putréfaction pendant la vie chez les animaux, rien ne nous éloignait de croire que cet élément (l'élément putride, principe de la fièvre typhoïde) est le ferment même de la putréfaction universelle. »

Jamais, je crois, depuis Thessalus qui se vantait de former un médecin en six mois, les difficultés de la science n'avaient été aussi bien écartées.

Ainsi la fièvre typhoïde, les différents genres de typhus, la résorption putride et un nombre immense de maladies soit de l'homme soit des animaux, ne sont au fond qu'une seule et même chose.

C'est une bactérie qui a pu se frayer une voie jusqu'au sang, où elle s'est mise à pulluler ; c'est un être vivant qui se pourrit.

Que l'on injecte le moindre atome de son sang à un lapin, on en aura la preuve. Dans cet atome, il y aura toujours bien quelque bactérie, qui suffira, par sa pullulation rapide, indéfinie, pour faire pourrir à son tour le lapin, dont la mort sera la réaction caractéristique.

C'est très-bien. Mais comment celui qui a fourni ce sang garni de bactéries pourra-t-il survivre? Son sang est un milieu aussi fermentescible que celui d'un lapin. Suivant M. Davaine, la puissance vitale, la résistance vitale et les phénomènes vitaux doivent être mis de côté comme étrangers à la question. Cet être vivant ressemble à un bocal. Or, dans un bocal, la putréfaction une fois qu'elle est commencée, ne s'arrête pas d'elle-même; elle va jusqu'au bout dans un milieu humide et chaud. Si donc la doctrine de M. Davaine était exacte et complète, il faudrait que tout individu atteint de fièvre typhoïde pourrît jusqu'au bout.

La quantité première de ferment introduit ne fait rien à l'affaire lorsqu'il s'agit d'un ferment qui pullule et se multiplie en un instant.

Ainsi, jusqu'à présent, comme M. Davaine, nous faisons deux parts dans cette question de la septicémie.

D'un côté, nous plaçons les faits expérimentaux observés d'abord de tous temps, chez l'homme, par ceux qui ont signalé les effets désastreux de piqûres anatomiques, observés sur les animaux par M. Coze et Feltz, il y a quelques années, par M. Davaine plus récemment, mais sur une plus large échelle, puis par MM. Tillaux, Bouley, etc. Si l'on réunit tous ces faits en un seul faisceau, il faut reconnaître qu'ils échappent encore à une formule satisfaisante et bien précise.

D'un autre côté, nous plaçons les théories tout à fait personnelles à M. Davaine, et c'est ici que pour nous commencent les doutes les plus motivés.

L'histoire de la médecine nous montre si souvent des théo-

ries physiques ou mécaniques, qui avaient fait l'admiration des contemporains, et qui se sont écroulées bientôt avec fracas.

Voilà la fièvre typhoïde qui se trouverait débarrassée de tout besoin d'observation clinique ou anatomo-pathologique. Ce n'est pas la première fois que l'anatomo-pathologie et la clinique se sont vues ainsi rejetées à l'arrière-plan par de belles théories. Mais elles ne sont jamais délaissées pour longtemps.

Dr Victor Révillout.

Dans le compte rendu de l'Assemblée générale annuelle de l'association des médecins de la Seine, une erreur typographique rend incompréhensible un passage (page 81, col. 1re, ligne 23).

Au lieu de : « D'après les statuts de l'œuvre de l'illustre Orfila, sur les vingt francs de la cotisation versée par chaque sociétaire, *une somme de vingt-huit francs est capitalisée,* » lisez : « *une somme de huit francs est capitalisée.* »

HOTEL-DIEU. — M. N. Guéneau de Mussy.

Leçons cliniques sur le traitement du rhumatisme chronique (1).

L'effet le plus intéressant de cette médication est celui qui se manifeste dans le foyer morbide. Souvent, après un petit nombre de bains, la tuméfaction a diminué, la souplesse remplace la rigidité des articulations. Quand les désordres du squelette ne sont pas trop considérables, les membres déviés reviennent peu à peu à leur direction normale. Je ne prétends pas que la déformation disparaisse complétement ; mais elle diminue, et surtout elle cesse de mettre obstacle à l'action des membres. Il est probable que ce travail réparateur agit efficacement sur les lésions osseuses les plus récentes et sur les dépôts morbides développés dans les parties molles. En même temps, les muscles qui s'étaient atrophiés par défaut d'exercice semblent se développer ; les espaces intercostaux sont moins déprimés.

Dès que la maladie est enrayée, quand la fluxion articulaire a diminué, le massage, des exercices gymnastiques rhythmés et répétés plusieurs fois chaque jour, principalement dans le bain, contribuent puissamment à hâter le retour des membres à leur direction normale et le rétablissement de leurs fonctions. Les premières fois, ces manœuvres sont douloureuses et accompagnées de craquements qui ne dépendent pas seulement du frottement des surfaces articulaires altérées, mais de la rupture des brides qui s'opposaient à leur mouvement. Il faut y procéder avec une grande prudence, graduer l'étendue et la durée de ces mouvements, ne rompre chaque jour qu'un petit nombre de ces adhérences morbides, sous peine de s'exposer à des accidents inflammatoires.

Dans quelques cas, la modification est aussi rapide que profonde. J'ai vu une malade impotente depuis sept ans, marcher, se servir de ses membres après une vingtaine de bains; et un an après, bien qu'elle exerçât un métier fatigant, son rétablissement ne s'était pas démenti. Le plus souvent, soulagés après sept ou huit bains, les malades en ont dû prendre une trentaine au moins pour recouvrer l'usage des articulations malades.

Dans quelques cas, cette médication a soulagé sans guérir; plus rarement, elle a complétememt échoué. Je dirai bientôt quels sont les cas qui se sont montrés spécialement rebelles. La nutrition générale est presque toujours heureusement modifiée ; l'hématose semble plus active ; la peau se colore en même temps que les malades prennent de l'embonpoint.

Quand on a obtenu un résultat favorable, il serait imprudent, sous peine de s'exposer à une récidive, de suspendre le traitement avant que l'organisme ait été soumis pendant un temps suffisant à son action modificatrice. Les malades, délivrés de leurs atroces douleurs, retrouvant la liberté de leurs membres, veulent quelquefois abandonner prématurément la médication qui leur a procuré ces avantages.

Il faut, dans les maladies chroniques, prolonger suffisamment l'action thérapeutique pour neutraliser cette tendance à la récidive qui peut relever à la fois de l'habitude morbide et de la persistance de la diathèse après l'extinction de ses manifestations. Il importe de ne pas cesser trop brusquement l'emploi du modificateur qui a amené la guérison ; il faut, y revenant par intervalles, en éloigner plutôt qu'en diminuer les doses. Ainsi, le malade fera sagement de recourir, de temps en temps, à l'usage des bains, alors surtout que le retour des douleurs l'avertit que la diathèse veille encore et médite une nouvelle explosion.

Je conseille en général aux malades qui se sont bien trouvés de ce traitement d'y revenir chaque année au printemps et à l'automne, et de reprendre dans chacune de ces saisons quinze à vingt-cinq bains, en choisissant les jours où les conditions atmosphériques sont favorables, et évitant de s'exposer à l'air extérieur après avoir pris ces bains.

On a fait dans ces derniers temps des expériences nombreuses pour éclairer le mode d'action des bains minéraux. Néanmoins, la question est encore peu avancée : le principe minéralisateur peut-il être absorbé par la peau? Les recherches de M. le docteur Villemin tendraient à le prouver, si toutefois les faibles réactions qu'il a obtenues ne peuvent pas, ainsi qu'on le lui a objecté, être imputées à l'absorption par le poumon de la vapeur d'eau minéralisée.

Réveil a pris des bains avec 120 grammes d'arséniate de soude, et il n'a pas trouvé d'arsenic dans ses urines. MM. Gobley et Foisard en avaient déjà inutilement cherché dans les urines de mes malades. On a prétendu que l'absorption, nulle sur l'ensemble de la périphérie cutanée, est possible dans les régions palmaires et plantaires. Réveil, d'après quelques expériences, inclinerait vers cette opinion. Ce savant observateur admet également que le contact de la muqueuse génitale avec l'eau du bain, peut constituer pour la femme des conditions d'absorption qui n'existent pas chez l'homme. Le problème n'est donc pas résolu pour le physiologiste, il l'est pour le clinicien : on voit se manifester sous l'impression des bains arsenicaux des phénomènes immédiats, on voit survenir des effets thérapeutiques, qui prouvent que l'organisme en a senti l'action. L'arsenic est-il absorbé par les vaisseaux cutanés; est-ce dans la peau même imprégnée de l'eau médicamenteuse que s'accomplit son action dynamique ; l'électricité du bain minéral est-elle en jeu, comme le pense Scoutetten? Nous l'ignorons ; et au milieu des obscurités qui enveloppent toute la théorie physiologique de cette médication, seul le fait clinique ressort incontesté ; constatons-le en appelant de tous nos vœux de nouvelles recherches.

Parmi les variétés d'arthrites chroniques que j'ai traitées par les bains arsenicaux, il en est une qui me paraît plus réfractaire que les autres à l'action thérapeutique : c'est l'*arthrite fongueuse ;* il est commun de voir dans le rhumatisme noueux plusieurs articulations présenter cet empâtement classique, cette fausse fluctuation qui caractérise le développement des fongo-

---

(1) Fin. — Voir les numéros des 14, 16, 21, 23 et 28 janvier 1872.

sités articulaires. J'ai vu cette arthrite fongueuse généralisée occuper les deux genoux, les articulations tibio-tarsiennes, les poignets, la plupart des articulations phalangiennes des mains et des pieds. J'ai eu dans mon service, pendant dix-huit mois, un homme âgé de trente ans environ, atteint de cette affection depuis plusieurs années. Les deux genoux avaient un volume énorme, le droit principalement, quoique le dernier envahi, celui-ci, sous l'influence du traitement, diminuât d'un tiers; la diminution, bien que notable, fut moins rapide et moins prononcée dans le genou gauche. Les autres articulations se dégonflèrent d'une manière sensible, mais sans recouvrer leur mobilité; les douleurs furent amoindries sans disparaître complétement, et après avoir pris l'arsenic pendant longtemps en bains et en potion, ce malade qui, pâle, maigre et cachectique à son entrée, était devenu gras et coloré, ne pouvant cependant reprendre son travail, réclama une place dans un hospice.

Au début de l'état fongueux, le traitement est plus efficace quand les phénomènes inflammatoires sont modérés et qu'on a rempli les indications qu'ils commandaient. J'ai guéri par cette médication plusieurs coxalgies qui avaient résisté à d'autres traitements, et des arthrites qui semblaient tendre à la tumeur blanche.

Dans ces cas, j'ai fait souvent alterner avec les bains arsenicaux la compression à l'aide d'ouate maintenue avec une bande de caoutchouc. Pour que cette dernière soit bien supportée, il faut envelopper le membre d'une couche très-épaisse d'ouate, et alors elle est d'un emploi avantageux. On emploie concurremment aussi les applications résolutives dont nous avons parlé plus haut. J'ai essayé des frictions avec une pommade arséniquée, mais jusqu'ici cette médication, que je compte soumettre à de nouvelles expériences, ne m'a donné aucun résultat.

Dans le *rhumatisme noueux*, il ne faut pas perdre de vue l'état cachectique qui accompagne souvent la lésion articulaire, et pour arriver plus sûrement à modifier l'état local, il faut relever le ton général de la nutrition, lui rendre l'activité qu'elle a perdue. Le traitement arsenical offre cet avantage qu'il n'agit pas seulement comme modificateur de la nutrition altérée dans la partie malade, mais il imprime à l'ensemble du travail nutritif et à la fonction d'hématose la plus salutaire impulsion; ce qui n'empêche pas qu'on ne doive lui chercher des auxiliaires, toutes les fois que cela sera possible, dans un air pur et tempéré, dans un régime réparateur sans être stimulant, en un mot, dans cet ensemble de moyens hygiéniques qui sont un élément important de la thérapeutique des maladies chroniques.

CAS TRÈS-GRAVE D'ÉPILEPSIE

GUÉRISON PAR LA MÉDICATION BROMURÉE

Par M. le docteur C. JAMOT (de Selincourt).

Au mois de décembre 1868, une famille aisée des environs me fit voir un jeune garçon de 15 ans, d'une intelligence assez développée, mais dénué de mémoire, qui venait d'être renvoyé du petit séminaire de ***, à la suite de circonstances douloureuses que je vais faire connaître.

André V... n'avait jamais eu de convulsions dans son enfance, et jouissait d'une santé habituelle excellente, lorsque, vers l'âge de 11 ans, il reçut un violent coup de bâton sur la tête. Une plaie linéaire de 4 centimètres de longueur avait donné lieu à une perte de sang peu abondante, et la cicatrisation était complète dans les quarante-huit heures. L'enfant ne s'était cependant pas rétabli. Il était pâle, triste, distrait, étonné, ahuri. Dix-sept jours après le traumatisme crânien, à huit heures du soir, au moment où il montait sur son lit, il poussa un cri, tomba et se débattit dans une crise d'épilepsie. On le recoucha, et sans qu'il ait repris tout à fait connaissance, il eut deux autres attaques dans la nuit et laissa aller sous lui.

Deux mois s'écoulèrent, et l'on ne songeait déjà plus aux accidents convulsifs qui avaient été attribués à une *fausse digestion*, quand survint une nouvelle crise, avec morsure de la langue, incontinence d'urine, stupeur consécutive et perte temporaire de la mémoire. Le traitement de Trousseau par la belladone, fut institué, mais on le cessa six semaines après, car vingt-trois attaques d'épilepsie apparurent dans cet intervalle! A partir de ce moment, et dans l'espace d'un an, on recourut tour à tour au valérianate d'ammoniaque, aux préparations de zinc, aux bains de rivière, au *galium album*, à la teinture de digitale et à des globules homœopathiques de *nux vomica*, mais l'état de la névrose s'aggrava constamment, à ce point que la mère de l'enfant avait pu compter, dans le cours d'un mois, 85 éblouissements vertigineux, 11 petits accès et 17 grandes attaques! La raison résistait encore à toutes ces secousses; mais la mémoire, la gaieté et l'activité se perdaient chaque jour davantage.

Le bromure de potassium ferrugineux fut administré en vain, et le bromure de potassium belladoné ne détermina aucun résultat favorable. Le bromure de potassium, prescrit seul, à la dose de un, deux et trois grammes, donné en solution, provoqua des crampes d'estomac, de l'inappétence, de la diarrhée et de l'amaigrissement. On en cessa l'usage au bout de trois mois.

Le 27 octobre 1870, André V..., qui n'avait pas quitté son lit depuis sept mois, afin d'éviter toute chute capable de déterminer une blessure à la tête ou ailleurs, et qui ne suivait plus de traitement, eut un si grand nombre de crises convulsives dans un espace de huit à neuf heures, que je pratiquai une saignée du bras, et que j'annonçai à la famille des phénomènes asphyxiques susceptibles d'amener la mort d'un instant à l'autre. Il n'en fut rien heureusement. Les attaques se suspendirent et cédèrent la place à un état de résolution complète et de sommeil profond. A son réveil, le malade était hébété, égaré et stupide; sa bouche était sanglante et sa langue était littéralement dentelée aux deux bords latéraux et à la pointe.

Prié d'intervenir de nouveau, je prescrivis le surlendemain une cuillerée à soupe de sirop de Henry Mure au bromure de potassium chimiquement pur et aux écorces d'oranges amères, et bien que ce médicament m'eût déjà réussi contre l'hystérie et la chorée, j'avoue que je n'espérais pas beaucoup cette fois dans son efficacité. Que pouvais-je bien conseiller?

A ma très-grande satisfaction, André V..., se ranima promptement, reprit de l'appétit, de la force et de l'embonpoint. Je donnai, au bout de vingt-deux jours, deux cuillerées par jour de la préparation bromurée, et je vis cesser les grandes attaques, mais persister les éblouissements et le petit mal épileptique.

En mai 1871, le malade n'avait plus d'éblouissements depuis deux mois, c'est-à-dire depuis le jour où le sirop de Henry Mure avait été porté à la dose de trois cuillerées à bouche dans les vingt-quatre heures — ce qui représentait six grammes de potassium — et j'insistai cependant pour que le traitement fût continué quand même.

Le 5 octobre, sans que l'on me demandât avis, le médicament fut supprimé.

Le 3 novembre, en revenant avec son père d'une partie de chasse, André V... eut une attaque d'épilepsie de moyenne intensité. Je fus rappelé. J'administrai de nouveau la préparation bromurée qui avait si bien réussi, et depuis treize mois, il n'est plus rien survenu. La santé physique est parfaite; l'état de la raison ne laisse rien à désirer, et la mémoire est moins infidèle que par le passé.

André V... a maintenant un peu plus de 19 ans.

Je ne saurais pas évidemment faire ressortir toutes les considérations cliniques que peut inspirer le fait qui précède, mais il

me semble que l'on devra remarquer la gravité exceptionnelle du cas d'épilepsie, sa cause traumatique, l'échec successif de toutes les médications préconisées depuis des siècles contre le mal d'Hercule et le succès inespéré du sirop bromuré de Henry Mure. Ce sont là des choses vraiment indiscutables!

Maintenant, le malade est-il guéri? Tout le monde le croit et le dit. Je fais cependant des réserves, car la *Gazette des Hôpitaux*, en publiant les recherches si remarquables de M. le docteur Legrand du Saulle, à l'hospice de Bicêtre, sur le pronostic et le traitement de l'épilepsie, m'a mis en garde contre un enthousiasme hâtif, tout en autorisant cependant des espérances qui, il y a quelques années à peine, eussent passé pour des impossibilités. J'attends donc, mais ma sécurité est grande.

Lorsque l'on voit l'épilepsie céder ainsi et disparaître sous les efforts d'une thérapeutique tenace, l'esprit se reporte aussitôt vers la scrofule, la phthisie pulmonaire, la rage et le cancer. Pourquoi n'existe-t-il pas encore de spécifique contre ces terribles maladies? On a trouvé le fer, le quinquina, le mercure et le bromure de potassium; c'est déjà beaucoup, mais ce n'est pas encore assez. Que les travailleurs se le disent!

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 28 janvier 1873. — Présidence de M. Depaul.

CORRESPONDANCE NON OFFICIELLE

La correspondance non officielle comprend :

1° Une note intitulée : *Rapport entre les observations ozonométriques et la mortalité de Paris*, par M. le docteur Tamin-Despalle; (comm.: MM. Regnault et Hérard);

2° Un rapport sur une épidémie de fièvres typhoïdes compliquées d'hémorrhagies graves et de dysentérie observées en 1871 et 1872 dans diverses communes de Seine-et-Oise, par M. le docteur Blanchard de Mafflières (commission des eaux minérales);

3° La copie d'une délibération du conseil d'hygiène et de salubrité de Poitiers (séance du 8 janvier 1872).

M. Depaul présente, de la part de M. le docteur Langlebert, un livre intitulé : *De la syphilis dans ses rapports avec le mariage.*

M. Larrey présente, de la part de M. le docteur Marjolin, une brochure intitulée : *Quelques réflexions à propos de la nouvelle loi relative au travail des enfants dans les manufactures.*

M. Pidoux offre en hommage un ouvrage intitulé : *Études générales sur la phthisie.*

M. Chatin présente, de la part de M. Verwaest, une *Étude générale et comparative des pharmacopées d'Europe et d'Amérique.*

RAPPORT

M. Eugène Caventou lit une série de rapports sur des remèdes secrets et nouveaux. Les conclusions négatives de ces rapports sont adoptées.

ÉLECTION

L'Académie procède par la voie du scrutin à l'élection d'un membre titulaire dans la section de médecine opératoire.

La commission présente :

En 1re ligne	M. Voillemier.
En 2e	M. Trélat.
En 3e	M. Maurice Perrin.
En 4e	M. Léon Le Fort.
En 5e	M. Desormeaux.
En 6e	M. Guyon.

Au 1er tour de scrutin, le nombre des votants étant de 79, majorité, 40,

M. Voillemier obtient	29 suffrages.
M. Trélat	23 —
M. Perrin	15 —
M. Desormeaux	11 —
M. Guyon	1 —

Aucun candidat n'ayant obtenu la majorité, il est procédé au second tour de scrutin.

Le nombre des votants étant de 79, dont la majorité est 40,

M. Voillemier obtient	41 suffrages.
M. Trélat	33 —
M. Perrin	4 —
M. Desormeaux	1 —

En conséquence, M. Voillemier ayant obtenu la majorité des suffrages, est proclamé membre de l'Académie.

Discussion sur la septicémie.

M. Davaine. (Pour la partie théorique de ce discours, voir le Premier-Paris.)

ANALYSE DES FAITS EXPÉRIMENTAUX

1°. — *Affections gangreneuses.*

M. Davaine a été à même d'examiner trois fois le sang de malades qui ont succombé aux suites d'une affection gangréneuse et chez lesquels la septicémie ne parait pas s'être produite.

En mars 1869, M. Reverdin, alors interne à l'hôpital Necker, a soumis à son examen du sang provenant de la veine jugulaire externe et pris chez une malade morte d'un anthrax de la face. Ce sang ne contenait ni bactéries, ni bactéridies. Du sang de la même malade, pris dans la médiane basilique cinq minutes après la mort, fut inoculé par M. Reverdin, sans résultat, à deux lapins et à un cobaye, à la dose de dix gouttes pour chacun.

2° M. le docteur Neveu a publié, dans son mémoire intitulé : *Des gangrènes dans les fractures* (Paris, 1870), un fait de gangrène de l'avant-bras survenue à la suite d'une fracture de ce membre. Le sang de cette femme, sorti d'une incision faite dans la partie gangrenée, et examiné par M. Davaine, ne renfermait ni bactéries, ni bactéridies. Injecté à la dose de deux gouttes dans les muscles pectoraux d'un pigeon et à la dose d'une goutte dans la cuisse d'un cobaye, il n'a produit aucun phénomène particulier. Or, une goutte de sang septicémique suffit ordinairement à tuer un pigeon, et un millième de goutte tue un cobaye.

3° De la sérosité fortement sanguinolente, prise par M. Guyon dans les phlyctènes qui recouvraient un membre atteint d'un érysipèle gangréneux, fut inoculée à un lapin, sans résultat, à la dose d'une goutte.

Mais si la gangrène n'est pas elle-même une affection septicémique, elle peut le devenir par la putréfaction des parties gangrénées et l'introduction de ces éléments putrides.

C'est ce qui arriva chez un malade dont M. Bouley a parlé dans la dernière séance, et dont il a inoculé le sang à quelques animaux.

Cet homme, atteint depuis le mois d'avril d'une affection pulmonaire, mourut le 23 novembre 1872, dans le service de M. Lancereaux, dans lequel il était entré le 16 septembre.

Dans les derniers jours de la vie, on reconnut, au microscope, dans les crachats, des globules sanguins, des granulations mobiles et des bactéries.

A l'autopsie, on trouva tous les organes sains, sauf les ganglions bronchiques, tuméfiés, et les poumons, dont les lobes inférieurs étaient criblés d'excavations séparées par des ponts fibreux et remplies par une bouillie brunâtre ou noirâtre dont l'odeur fétide était littéralement insupportable.

1° Une goutte du sang de ce malade fut inoculée, le 24 novembre,

par M. le docteur Lancereaux, à un lapin. L'animal mourut en vingt-quatre heures.

2° La sanie putride, prise dans le poumon, et inoculée de même, n'a pas amené la mort.

3° Quelques grammes de sang pris dans le cœur furent remis à M. Davaine le jour même de l'autopsie. Un lapin, inoculé avec un millième de goutte, mourut en trente-cinq heures. Un autre, inoculé avec un millionième, mourut en seize heures.

Nous reconaissons ici, dit M. Davaine, tout le parti que nous pouvons tirer de l'inoculation au lapin du sang de l'homme à dose infinitésimale dans la recherche des maladies septicémiques dont il peut être atteint.

II. — *Fièvres typhoïdes.*

Voici dans quelles conditions les expériences ont été pratiquées:

Le sang pris chez le malade, soit d'une veine par la seringue de Pravaz, soit d'une piqûre de la pulpe du doigt, a été mêlé tout de suite avec une certaine quantité d'eau. Sans cette précaution, le sang cesse bien vite d'être miscible à l'eau.

L'injection a toujours été pratiquée sous la peau de la partie postérieure du cou.

1° Homme de 45 ans, atteint depuis quinze jours d'une fièvre typhoïde, dans le service de M. Bourdon; — une goutte de sang dilué au 100e est inoculée, le 28 octobre 1872, à un lapin, qui meurt au bout d'un mois. — Le malade guérit. — Un millionième de goutte du sang de ce lapin, pris dans le cœur, est inoculé à un second lapin, qui meurt au bout de quarante-six heures.

(Ces expériences, de même que les suivantes, ont été déjà mentionnées par M. Davaine dans sa dernière communication.)

2° Homme de 20 à 21 ans, atteint de fièvre typhoïde avec ballonnement du ventre, taches lenticulaires, délire, soigné par M. Worms; — au quinzième jour, la température étant de 40 degrés et demi, quelques gouttes de sang retirées d'une petite veine sont mêlées avec de l'eau ordinaire, et on en injecte un millième de goutte à un lapin, et un millionième de goutte à un autre. Le premier meurt onze jours, le second quatorze à quinze jours après l'injection. — Le malade guérit.

3° Jeune homme de 18 ans, soigné dans le service de M. Bourdon, pour une fièvre typhoïde; — le 13 décembre, au dix-huitième jour de la maladie, il existe de violentes douleurs abdominales et des vomissements, qui font craindre une perforation intestinale; la température est à 40°,2; le pouls à 108. Du sang, extrait d'une piqûre du petit doigt, est inoculé aux doses de un millième et un millionième de goutte à deux lapins, qui meurent tous les deux le dixième jour. — Le malade guérit.

4° Homme de 23 ans, entré le 25 novembre 1872 dans le service de M. Frémy, étant déjà, depuis cinq jours, atteint d'un commencement de fièvre typhoïde; — le 13 décembre, la température étant à 40°,4 et le pouls à 112, du sang est extrait par une piqûre de la pulpe des doigts et injecté à la dose d'un millième et d'un millionième de goutte à deux lapins, qui meurent le dixième jour.

— Le 14 décembre, le malade paraissant mieux, la température étant à 38, le pouls à 88, du sang extrait de la même manière est inoculé aux mêmes doses à deux lapins, dont le premier meurt dix jours et demi et le second dix-huit jours après l'inoculation.

— Le 19 décembre, le malade étant beaucoup mieux, la convalescence semblant prochaine, un millième de goutte de sang est inoculé à un lapin, qui meurt deux jours et demi après.

— Le 21 décembre, l'état est moins bon, la température est remontée à 39 et le pouls à 30. Deux lapins sont inoculés, l'un avec 1 millième et l'autre avec 1 millionième de goutte de sang: le premier meurt dix jours, le second dix-sept jours et demi après l'inoculation.

Quelques jours plus tard, le malade entrait en convalescence.

Garçon de 16 ans entré le 9 décembre 1872 dans le même service, étant malade depuis quatre jours.

— Le 12 décembre, il existe des taches lenticulaires, etc., le pouls est à 100 et la température à 39,6. Du sang extrait de la pulpe des doigts est inoculé à deux lapins aux doses de 1 millième et 1 millionième de goutte. Le premier de ces animaux meurt le septième jour et le second le vingt-septième jour après l'inoculation.

— Le 14 décembre, la température est à 39, le pouls à 100: deux lapins inoculés avec 1 millième et 1 millionième de goutte, meurent, le premier en sept jours, le second en trois jours et demi.

— Le 20, les phénomènes gastriques ont disparu, la température est à 37,6: deux lapins inoculés, l'un avec 1 millième et l'autre avec un millionième de goutte de sang, meurent, le premier en vingt-cinq heures, le second onze jours après l'inoculation. (1 millième de goutte de sang pris dans le cœur de celui-ci et inoculé à un autre lapin, le tua en quinze ou seize heures.)

— Le 11 janvier 1873, le malade est entré en convalescence depuis plusieurs jours: deux lapins inoculés avec le sang de cet homme sont encore pleins de vie.

« Tels sont les faits, dit en concluant M. Davaine, qui, je pense, ne doivent laisser aucun doute sur la nature septique de la fièvre typhoïde.

« J'ajouterai que, dans les générations successives des virus obtenus par l'inoculation aux lapins, je n'ai reconnu entre la septicémie typhoïde et la septicémie produite par l'inoculation de matières organiques putréfiées, aucune différence soit dans les phénomènes, soit dans la marche, soit dans l'issue de la maladie.

« On aura remarqué cependant que l'incubation est généralement beaucoup plus longue dans le premier cas que dans le second, mais dans une prochaine communication, je reviendrai sur cette particularité, et je montrerai qu'elle n'a rien de spécial à la fièvre typhoïde. »

La séance est levée à 5 heures.

VARIÉTÉS

Aide-mémoire de pharmacie

Par M. Ferrand.

Voici un in-12 de près de 700 pages qui s'adresse à la fois aux pharmaciens et aux médecins. C'est plus qu'un formulaire, c'est moins qu'un traité de thérapeutique. Il est rédigé d'une façon concise: l'auteur a suivi l'ordre alphabétique, et quoique cet ordre soit blâmé par quelques-uns, il a un grand avantage, c'est qu'il permet au praticien de trouver vite le renseignement dont il a besoin.

M. Ferrand qui est un homme de laboratoire et de cabinet, a travaillé pour les médecins tout en travaillant pour les pharmaciens. Faut-il l'avouer? L'art de formuler tend à disparaître.

Le livre de M. Ferrand est rédigé au point de vue scientifique et pratique à la fois. Un agent pharmaceutique étant donné, l'auteur étudie successivement son origine, ses propriétés physiques, son action physiologique, sa pathologie, ses usages, son action chimique, sa toxicologie, ses contre-poisons, ses falsifications. La recherche des empoisonnements est traitée avec tous les détails nécessaires et l'article se termine par une série de formules.

Cet ouvrage sera donc consulté avec fruit par les médecins qui auront des recherches ou des analyses à faire, recherches de poisons, analyses du sang, des urines, etc., et qui voudront demander à la pharmacologie autre chose qu'une énumération aride d'agents médicamenteux.

Précis de chimie légale

Par A. Naquet, professeur agrégé à la Faculté de médecine (1).

Petit manuel de près de 200 pages, le livre de M. Naquet ne s'adresse pas à tous les médecins, il est exclusivement réservé à

(1) 1 vol. gr. in-18 avec 18 figures dans le texte, chez Savy, 1873. Prix: 3 francs.

ceux qui s'occupent de recherches médico-légales, aux experts, aux chimistes.

La méthode scientifique érigée en principe par Descartes n'est pas toujours applicable en médecine; on ne peut pas toujours aller du connu à l'inconnu, c'est souvent la méthode opposée, ou la méthode dite par élimination qu'il faut employer.

Supposons le cas suivant : un médecin expert est appelé par la justice auprès d'un cadavre : des soupçons planent sur la cause de la mort, qu'on attribue cependant à une intoxication. Tous les renseignements sur les genres de poison font défaut.

Comment doit se comporter l'expert ou le chimiste?

Voilà ce que M. Naquet a voulu nous enseigner.

Non qu'il ait négligé les détails relatifs à tel ou tel cas déterminé; mais son livre a spécialement pour but de diriger l'expert en l'absence de tous renseignements. Il indique les expériences qui démontrent à quel genre de poison on peut attribuer la mort, et les réflexions définitives qui permettent de préciser l'agent toxique.

L'ouvrage est suivi de questions diverses sur la détermination de la couleur des cheveux, des poils, de la barbe, sur les armes à feu, sur les falsifications des denrées alimentaires, et enfin sur les taches de sang et de sperme.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Faculté de médecine de Paris. — L'importante question de la reconstruction de l'École de médecine, agitée depuis plusieurs années, semble devoir être favorablement résolue dans un avenir prochain. Le savant doyen, M. Wurtz, a déjà constaté les bonnes dispositions de la ville de Paris et de l'Assemblée nationale. Celles du ministre de l'instruction publique sont acquises depuis longtemps.

Pour intéresser plus vivement l'Assemblée à cette œuvre si utile, dont il poursuit depuis cinq ans la réalisation, M. Wurtz avait prié les membres de la réunion des médecins, membres de l'Assemblée, présidée par M. Littré, de vouloir bien visiter, dimanche 26 janvier, les locaux de la Faculté de médecine. Douze d'entre eux, parmi lesquels nous citerons MM. Littré, Bouisson, Théophile Roussel, Testelin, se sont rendus à cette invitation. Ces messieurs, accompagnés de M. Wurtz et des chefs de service, ont visité pendant trois heures les amphithéâtres, les collections, la bibliothèque, les laboratoires; ils ont été unanimes à constater leur insuffisance.

Puis le doyen leur a exposé le plan d'agrandissement projeté et proposé par les soins des architectes de la ville de Paris. Ce projet a reçu l'assentiment des médecins de l'Assemblée, et il y a lieu d'espérer qu'ils pourront facilement convaincre à leur tour leurs collègues lorsque arrivera la discussion du budget.

— Une place d'interne est vacante à l'Asile public d'aliénés de la Roche-Gandon (Mayenne). — Les candidats devront, pour se conformer aux règlements, fournir leur acte de naissance, un certificat d'études et un certificat d'externat dans les hôpitaux. Ils doivent adresser ces pièces, avec leur demande, à M. le préfet de la Mayenne. — Les avantages sont : le logement, chauffage, éclairage, blanchissage, nourriture et 800 fr. d'appointements.

AVIS

Les abonnés qui auraient perdu des numéros sont priés de les réclamer sans retard. Le prix de chaque numéro est de 20 centimes.

Ceux qui voudraient faire relier leur collection peuvent en envoyer les numéros au bureau. Le prix de la reliure est de 3 francs.

Le Directeur : Dr E. Le Sourd.

Paris. — Typographie A. Pougin, quai Voltaire, 13.

N° 13. — SAMEDI 1er FÉVRIER 1873. 46e ANNÉE. SAMEDI 1er FÉVRIER 1873. — N° 13.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Bureaux : 57, rue des Saints-Pères, 57
PRÈS L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix d'abonnement doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois

On s'abonne hors de Paris dans les bureaux des Messageries et chez les Libraires
Les lettres non affranchies sont refusées.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui n'en peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS
Trois mois. . 8 fr. 50 c.
Six mois. . . 16 —
Un an. . . . 30 —

POUR L'ÉTRANGER le port en sus suivant les derniers tarifs des Postes.

REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE

Sclérème des adultes.

Le sclérème des adultes, que l'on a séparé de l'œdème des nouveau-nés, dont il diffère par d'autres caractères et d'autres circonstances étiologiques et prédisposantes que celles de l'âge, a été, dans ces dernières années, l'objet d'études et de recherches intéressantes. M. le docteur Coliez, qui a eu l'occasion d'en observer deux cas pendant le cours de ses études, en a fait le sujet d'une dissertation qui résume si bien l'état de la science sur cette singulière et obscure maladie, qu'il nous a paru utile d'en rappeler quelques-uns des points principaux.

Voici d'abord l'exposé sommaire du dernier fait recueilli par M. Coliez et qui est de date récente.

Il s'agit d'une femme de trente-quatre ans, entrée le 25 juin dernier à l'hôpital Saint-Louis dans le service de M. Hillairet.

La peau, dans la presque généralité de son étendue, était d'une coloration rose, mouchetée sur certains points de taches brunes plus ou moins foncées et étendues, ne disparaissant point par la pression. Le cou, principalement sur ses parties latérales, était tigré par des macules rousses très-confluentes. L'apparence de la poitrine était naturelle. L'abdomen était d'une teinte uniforme, jaune terreux, s'arrêtant brusquement au niveau du pénil. Le dos était jaunâtre vers le milieu, et cette teinte se perdait peu à peu dans les régions voisines. Aux lombes, on trouvait deux espaces allongés verticalement, à bords découpés et dépourvus de pigment.

Aux membres inférieurs, la partie interne des cuisses, les régions prérotuliennes et la face dorsale des pieds étaient d'une couleur brune. Aux membres supérieurs, la peau offrait une teinte brun sale dans le sens de la flexion.

Voilà pour les lésions de coloration. Voici pour l'induration de la peau, qui nous intéresse plus particulièrement ici.

La peau était manifestement indurée au niveau du cou, à la face, sur les bords du sternum, au niveau des rotules, du pli des bras et surtout aux doigts. Ceux-ci étaient crochus, à demi ankylosés, roides, parsemés de lignes blanchâtres cicatricielles, consécutives à de petites ulcérations, qui avaient siégé au niveau de presque toutes les articulations. La dernière phalange était raccourcie et terminée en massue. La malade avait eu, deux ans auparavant, des onyxis à tous les doigts et orteils ; les ongles étaient tombés à plusieurs reprises et ils étaient actuellement fendillés, épaissis, recroquevillés.

L'induration de la peau remontait environ à un an et demi.

Toutes ces lésions présentaient une symétrie parfaite.

Un dernier épisode de la maladie avait consisté en une gangrène sèche des deux phalanges de l'index de la main droite, qui avait commencé à se manifester quinze jours avant l'entrée de la malade à l'hôpital.

Le début de l'affection, mal observé, paraît avoir eu lieu par la coloration brunâtre de la peau de la jambe gauche, autour d'une éruption localisée par de petites tumeurs douloureuses, qui se sont ulcérées plus tard et qui ont laissé les cicatrices constatées lors de l'examen de la malade.

Vers la même époque (c'était en 1868), la malade perdit l'appétit, et ce fut alors aussi qu'on remarqua pour la première fois son amaigrissement et une teinte particulière, rosée sur le cou, mêlée de taches de rousseur. Environ deux ans après (c'était à l'époque du siége), à la suite de fatigues et de privations, ses règles avaient cessé.

On voit, en résumé, dans ce fait, à côté des symptômes classiques du sclérème nettement accusés, l'une des formes cachectiques décrites par M. Lasègue, et quelques phénomènes particuliers : troubles de la menstruation, ecthyma ayant coïncidé avec le début de l'affection ; pustules suivies d'ulcérations tenaces ; enfin gangrène partielle.

On soumit cette malade au traitement suivant : bains de vapeur, massage, vin de quinquina.

Après un mois de ce traitement, une amélioration notable s'était produite ; la peau avait repris sa coloration et une partie de sa souplesse ; les mouvements étaient devenus plus faciles ; la figure avait repris son expression naturelle ; la perspiration cutanée s'était rétablie.

Après deux mois de séjour à l'hôpital, cette femme sortit en voie de guérison.

Au mois d'octobre suivant, M. Coliez étant allé la voir chez elle, eut la satisfaction de constater que l'amélioration obtenue s'était maintenue.

Dans l'observation dont on vient de lire une relation très-sommaire, on peut voir, à côté des deux caractères principaux dont la réunion constitue en quelque sorte l'affection spéciale

désignée sous le nom de sclérème, quelques autres symptômes qui ont été relevés avec soin par M. Coliez.

Tels sont : la gêne des mouvements, qui a pu aller, dans quelques cas, jusqu'à rendre difficiles et pénibles la mastication, la prononciation, la déglutition, produire une dyspnée mécanique, enfin immobiliser les membres;

Les colorations variées de la peau, dont il a lui-même constaté un exemple remarquable ; les taches sur lesquelles M. Horteloup avait déjà appelé l'attention ;

L'augmentation de sensibilité au froid.

Quant aux fonctions générales, elles ont été à peine troublées. Cependant, malgré l'intégrité des principales grandes fonctions, on a constaté chez la plupart des malades une perte graduelle des forces, une anémie, un amaigrissement progressif, et finalement le marasme.

Comme complications paraissant avoir une relation avec la maladie, les auteurs ont signalé des migraines, des névralgies, des poussées érysipélateuses et surtout des symptômes thoraciques, la toux, des épanchements pleurétiques, et dans quelques cas, des néoplasies pulmonaires.

De l'étude de quelques caractères particuliers, M. Coliez a été amené à établir deux variétés de la maladie : l'une qui comprend les cas les plus communs, où une grande partie de la surface cutanée est envahie par l'induration ; la deuxième, où il range les cas de forme périphérique, où l'induration est principalement circonscrite aux mains, et ceux de forme centrale, où les pieds et les mains sont seuls épargnés.

L'étiologie n'a reçu de cette analyse que très-peu de lumière. Elle en est réduite à l'action hypothétique et banale du froid, de la diathèse rhumatismale ou d'un état cachectique préalable indéfini. Ce qui a paru ressortir de plus clair de cette étude, c'est que le sclérème ne paraît avoir été dans aucun cas héréditaire, ni congénital, ni contagieux, et qu'on n'a pu le rattacher à aucune condition professionnelle particulière. Il paraît également étranger aux diathèses syphilitique et herpétique.

Voici ce qu'ont donné les résultats numériques relativement à l'âge et au sexe. Sur 43 cas, 20, près de la moitié, ont été observés sur des sujets adultes et dans la force de l'âge, de 20 à 40 ans. La proportion des sexes est très-inégale ; on ne compte que 10 hommes seulement pour 33 femmes.

Le début, souvent obscur comme dans le cas cité plus haut, s'est montré, dans les cas où il a pu être constaté, tantôt lent, à marche sourde et chronique d'emblée, tantôt, au contraire, aigu, rapide, l'induration étant survenue presque subitement et ayant atteint en quelques jours son maximum d'intensité.

La durée s'est montrée très-variable. La plus courte durée constatée a été de trois mois, plus souvent la maladie a été à peine améliorée en deux ans. En général, elle est longue. Le terme est resté souvent inconnu. Quelques cas se sont terminés par la mort, celle-ci amenée par le marasme ou par la complication de la tuberculose.

Nous ne nous étendrons ici ni sur l'anatomie pathologique, qui n'a appris que très-peu de chose, les occasions d'ailleurs de l'étudier s'étant montrées rarement, ni sur le diagnostic différentiel, qui ne présente pas de difficultés sérieuses.

On a émis pas mal de théories sur la nature de cette affection. Celle qui est en faveur aujourd'hui, et à laquelle M. Coliez paraît disposé à se ranger, consiste à rapporter le sclérème à une lésion des nerfs dans leurs centres trophiques ; c'est celle qui a été soutenue déjà par M. Charcot à la Société de biologie. L'exposition seule de cette ingénieuse théorie et des nombreuses applications dont elle est susceptible nous entraînerait un peu trop loin aujourd'hui.

Un dernier mot sur le traitement. L'idée d'un traitement uniforme et toujours le même s'exclut naturellement et par le peu que l'on sait sur la nature même de l'affection et par les conditions étiologiques également obscures et la diversité des complications. En somme, le traitement, jusqu'à présent, a été livré aux tâtonnements et est de tous points purement empirique. On en est à peu près réduit à deux sortes d'indications, celles qui sont fournies par l'état général et celles qui se déduisent naturellement de l'état même de la peau. Les bains diversement composés, et surtout les bains de vapeur, ont paru réussir, généralement pour modifier l'état de la peau ; ce sont ces derniers notamment qui ont amené l'amélioration dans le cas observé par M. Coliez. Mais la persistance de leur usage pouvant être nuisible en vue de l'état général, qui est toujours plus ou moins adynamique, il est urgent de recourir simultanément à une médication tonique générale.

L'étude qui se fait en ce moment des conditions premières présumées du sclérème, nous voulons parler de l'affection primitive du système nerveux trophique, conduira-t-elle à des indications pratiques plus rationnelles et à l'emploi de moyens plus immédiatement utiles et plus efficaces? Espérons-le.

De l'emploi de l'aspirateur de M. Dieulafoy et de la méthode aspiratrice dans les hôpitaux de Russie.

On pratique l'aspiration en Russie depuis le commencement de l'année 1870, époque à laquelle M. le docteur Yanowitch-Tschaïnsky apporta à Saint-Pétersbourg le premier exemplaire de l'instrument que M. Dieulafoy venait de faire connaître à Paris. Dans ces derniers temps, un rapport sur cette nouvelle méthode ayant été demandé aux chirurgiens des hôpitaux, plusieurs réponses sont déjà parvenues et ont permis de dresser un premier tableau.

1° A l'hôpital militaire de Kieff, on a fait usage de l'aspirateur dans les cas suivants :

Une pleurésie purulente a été guérie en deux séances ; on avait extrait à chaque séance plusieurs livres de pus. Le docteur Schonfeldt a appliqué l'aspiration au traitement des bubons suppurés (adénites inguinales), et c'est d'après soixante-seize observations qu'il est arrivé aux conclusions suivantes : on peut, grâce à l'aspirateur, vider ces abcès profonds à une époque où les téguments externes ne sont pas encore ulcérés ; le pansement de la piqûre est des plus simples, et la guérison se fait assez promptement, sans que cette opération insignifiante laisse la moindre cicatrice.

2° Au grand hôpital militaire de Moscou, l'aspiration a été employée dans la pleurésie, dans l'hydrocèle, dans plusieurs abcès profonds et dans un certain nombre d'hydarthroses.

3° A la section chirurgicale de l'hôpital de clinique militaire, on a vidé par aspiration un certain nombre d'abcès froids, et M. le professeur Rogdanofsky insiste spécialement sur un cas de pyarthrose du genou, avec rupture de la capsule, infiltration de pus dans la cuisse et dans la jambe, favorablement traité par des aspirations successives.

4° Au grand hôpital militaire Nicolas, à Saint-Pétersbourg, la méthode de M. Dieulafoy a souvent été mise en usage par le docteur Vilscheofsky, médecin en chef, et par le docteur Yanowitch-Tschaïnsky, chirurgien de cet hôpital. Leur rapport signale quarante cas d'abcès aigus des différentes parties du corps, cinq

cas d'hydarthrose du genou et trois cas d'épanchement hématique de la même articulation, qui, tous, ont été guéris promptement au moyen de l'aspirateur ; plus un hygroma du cubitus guéri en quinze jours, après plusieurs ponctions, et un cas fort remarquable d'abcès froid, pour lequel il a été pratiqué quarante aspirations et dont on a obtenu la guérison.

5° A l'hôpital civil Sainte-Marie, M. le docteur Kadé signale cinq épanchements séreux de la plèvre vidés avec un plein succès, un épanchement hématique considérable de la plèvre, suite de scorbut, traité et guéri par l'aspiration. M. Kadé rapporte aussi quatre observations d'épanchement de l'articulation du genou, et insiste sur l'innocuité de l'aiguille aspiratrice.

6° M. le professeur de Kiéter, professeur émérite de clinique chirurgicale à Saint-Pétersbourg — auquel nous devons les détails qu'on vient de lire — a obtenu un succès complet par la méthode aspiratrice dans les cas suivants :

Une hernie étranglée, irréductible par le taxis, a été réduite après une aspiration.

Une hydarthrose aiguë du genou ; une aspiration, guérison.

Un kyste énorme du creux de l'aisselle simulant un anévrysme a été traité par aspiration ; on en a retiré un liquide séro-sanguinolent, et la guérison s'en est suivie.

Dans un cas de rétention d'urine, les accidents ont été aussitôt conjurés par une piqûre aspiratrice, et le passage d'une sonde est devenu possible.

Un abcès profond du cou situé dans le trigone carotidien a été opéré et guéri par la même méthode.

OBSERVATION

D'EMPOISONNEMENT PAR LE LAUDANUM DE SYDENHAM

POUDRE D'IPÉCACUANHA ADMINISTRÉE DANS DU CAFÉ. — GUÉRISON

Par le docteur F. VINCENT (de Guéret).

Dans le courant du mois de juillet dernier, j'étais appelé, à la nuit tombante, auprès d'une jeune fille de 18 ans qui venait d'avaler une assez forte dose de laudanum de Sydenham. A mon arrivée, je la trouvais dans un état d'agitation, plus encore que de somnolence : sa figure est animée ; elle se tourne et se retourne dans son lit, en même temps qu'elle accuse une forte céphalalgie et une grande envie de dormir, qu'elle nous prie de lui laisser satisfaire. Le pouls est fréquent et les pupilles resserrées. Mais ce dernier signe a peu de valeur, attendu qu'obligé d'examiner les yeux à la chandelle, la vive lumière peut produire cet effet. Je dois avouer, d'ailleurs, que je ne pris guère le temps de noter les symptômes et d'interroger les fonctions pour connaître les troubles provoqués en elle par l'agent toxique ; car, comme on dit, je courus au plus pressé, c'est-à-dire que je m'occupai de donner de prompts secours à la malade. Ce n'est donc pas à ce point de vue que cette observation mérite les honneurs de la publication, à laquelle je ne songeais même pas à la livrer en ce moment.

En attendant de la poudre d'ipécacuanha, que j'envoyai chercher chez le pharmacien, j'essayai de provoquer, sans atteindre le but que je me proposais, des vomissements en faisant avaler de l'eau chaude et en titillant la luette. J'administrai alors du café qui se trouvait tout prêt, et comme l'ipéca m'arriva en ce moment, je le fis prendre dans le véhicule que j'avais sous la main, c'est-à-dire par fractions de 30 grammes de dix en dix minutes, *chaque fois dans une tasse de café*. Je provoquai de la sorte des vomissements aussi abondants et aussi faciles que par la manière ordinaire d'administrer le vomitif. Je fis prendre ensuite, sans ipéca, quelques tasses de café, dont la quantité totale employée peut être évaluée à un litre. Au bout de deux heures, je quittai ma malade, que je laissais dans un état aussi satisfaisant que possible, en recommandant de recommencer à lui donner du café, s'il survenait de la somnolence. La nuit fut calme, et, le lendemain, il ne restait plus qu'un peu de fatigue chez cette jeune fille, que je trouvais levée.

Cette observation ne mérite d'intérêt que par la méthode employée dans l'administration des remèdes. Cette méthode, née des circonstances et qu'à l'inverse de Newton, je trouvais sans y penser, si toutefois d'autres ne l'ont pas mise en pratique avant moi, ce que je n'oserais garantir, cette méthode, dis-je, qui consiste à associer l'agent destiné à faire évacuer le poison (vomitif, purgatif, ou vomi-purgatif) et l'agent destiné à combattre ses effets dynamiques, me paraît réunir tous les avantages et partant mériter d'être adoptée de préférence à toute autre. Ces avantages me semblent surtout énormes lorsque le toxique ingéré depuis longtemps est déjà passé dans l'intestin et qu'il existe des effets narcotiques alarmants (1). En faisant prendre alors du sulfate de soude ou de magnésie dans un litre de café par tasse tous les quarts d'heure ou toutes les demi-heures, on remplit à la fois les deux indications essentielles, l'évacuation du poison et l'excitation caféique combat le narcotisme. De cette manière, on ne perd pas un temps précieux, comme lorsqu'on est obligé, pour administrer du café, d'attendre que l'effet purgatif, toujours trop lent, se soit produit, d'autant mieux que le purgatif dissout n'empêche pas une partie du café d'être absorbée, et que le café favorise plutôt qu'il ne gêne l'action du purgatif. Une remarque seulement à propos du vomitif ou du vomi-purgatif lorsqu'il est indiqué : ce n'est pas au tartre stibié qu'il faut avoir recours, parce que ce sel serait précipité par le tannin du café et deviendrait un corps inerte. L'ipécacuanha qu'on peut, du reste, administrer en bien plus forte proportion, n'offre pas le même inconvénient et mérite la préférence. Enfin l'administration simultanée des évacuants et du café à haute dose présente un autre avantage, puisque le tannin, que contient ce dernier corps, peut agir comme antidote chimique en formant avec les alcaloïdes du poison des sels insolubles, et par suite inertes, que le purgatif expulse plus complétement que des substances solubles qui restent susceptibles d'être absorbées jusqu'à leur expulsion définitive.

Maintenant, ne serait-il pas possible de généraliser cette méthode et d'administrer simultanément, dans une potion *ad hoc*, les évacuants, les neutralisants chimiques et les antidotes dynamiques, lorsque ces divers agents ne sont pas chimiquement ou physiologiquement incompatibles ? Dans le cas présent, par exemple, comme dans les empoisonnements par toutes les substances narcotiques, ne conviendrait il pas d'ajouter au mélange de café et d'ipéca, une certaine dose de la solution iodo-iodurée du professeur Bouchardat ? C'est aux chimistes que je pose cette question, pour la solution de laquelle je ne trouve aucune donnée précise dans les *Commentaires du Codex*, du professeur Gubler, qui indique cependant avec beaucoup de soin, à propos de chaque médicament, les synergiques et ses incompatibles.

---

(1) Ce cas peut se présenter fréquemment, notamment dans un des empoisonnements les plus fréquents, celui causé par les champignons vénéneux, et mon confrère, le docteur Dagenest (de Guéret), dans les empoisonnements de ce genre avec narcotisme prononcé, a employé le café avec le plus complet succès. Ici, le sulfate de magnésie administré dans du café, me sembla une médication on ne peut plus rationnelle.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 22 janvier 1873. — Présidence de M. Dolbeau.

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

CORRESPONDANCE

La correspondance comprend :

La *Gazette des Hôpitaux*; — l'*Union médicale*; — la *Gazette hebdomadaire*; — les *Archives générales de médecine et de chirurgie*; — le *Journal de médecine et de chirurgie pratiques*; — la *Revue médicale de Limoges*; — le *Journal de médecine de l'Ouest*; — le *Bulletin médical du nord de la France*; — le *Lyon médical*; — la *Gazette médicale de Strasbourg*; — le *Montpellier médical*; — le *Marseille médical*; — le *Bulletin général de thérapeutique de Paris*; — le *Bulletin de l'Académie royale de Belgique*; — le *Bordeaux médical*; — la *Gazette obstétricale*; — la *Gazette médicale de l'Algérie*; — le *Journal d'ophthalmologie*.

M. Notta, membre correspondant à Lisieux, adresse une note *Sur un nouveau procédé d'extraction linéaire sans incision de l'iris.*

M. Houzé de l'Aulnoit, membre correspondant à Lille, adresse une note sur les *Avantages des amputations sous-périostées et la nécessité de recourir, à la suite de toutes les amputations, à l'immobilisation des tissus divisés et du membre.*

M. Louis Thomas, membre correspondant à Tours, adresse une observation intitulée : *Kyste multiloculaire de l'ovaire gauche. Ascite. Ovariotomie. Guérison.*

M. Larrey présente, de la part de M. Van de Loo, une *Note manuscrite sur les appareils plâtrés*; — de la part de M. le docteur F. Cuignet, deux mémoires sur *l'ophthalmie d'Algérie.* — De la part de M. W. C. Gori, un mémoire intitulé : *Des hôpitaux tentes et baraques.*

M. Le Fort offre, de la part de M. le docteur Chenevier (de Besançon), un rapport sur *l'Ambulance de l'hôtel de Naissey.*

M. Forget offre, de la part du docteur Gillette, les ouvrages suivants : *Du tissu conjonctif ou lamineux*; — *Deux cas de tumeurs fibro-plastiques de l'œil*; — *Description et structure de la tunique musculaire de l'œsophage*; — *des os sésamoïdes chez l'homme. Nerf médian, anatomie, physiologie, pathologie*; — *Maxillaire, fractures et luxations.*

M. de Saint-Germain offre, de la part du docteur Ch. Mauriac, un mémoire sur les *Affections syphilitiques précoces du système osseux.*

M. Verneuil offre, de la part du docteur E. Maury, une observation intitulée : *Hernie étranglée réduite après aspiration par l'appareil Dieulafoy.*

M. Desprès dépose sur le bureau le deuxième fascicule des bulletins de la Société de chirurgie complétant le volume du Bulletin pour 1872.

M. Verneuil offre, de la part du docteur Pinguet, une thèse sur les rétrécissements du rectum.

PRIX DUVAL

La Société reçoit pour le concours de 1873 les thèses suivantes :

Pièces et documents sur la dernière peste languedocienne de 1721-22, par le docteur Jules Fithol. — *Contribution à l'histoire de la septicémie puerpérale*, par le docteur H. A. D'Espine.

MORT DE M. MOREL, MEMBRE CORRESPONDANT A NOGENT-LE-ROTROU

Nous avons le regret d'annoncer la mort du docteur Morel, de Nogent-le-Rotrou (Eure-et-Loir), membre correspondant de la Société de chirurgie depuis l'année 1845.

Ce confrère distingué a succombé le onzième jour aux suites d'une congestion cérébrale, le 25 décembre dernier.

M. Morel, décoré tout récemment pour services rendus pendant la guerre, n'était âgé que de soixante trois ans.

Il est ensuite procédé à l'installation du nouveau bureau.

Le président sortant, M. Dolbeau, après avoir adressé ses remercîments à la Société, cède le fauteuil à M. Trélat, qui s'exprime en ces termes :

Messieurs et chers collègues,

Ma première parole sera une parole de gratitude. Tous ceux que votre choix a désignés pour diriger les débats de notre Société se sont montrés fiers de cet honneur; je me garderais de ne pas exprimer ce sentiment juste et respectable.

En m'appelant à la présidence de la Société de chirurgie, vous vous êtes souvenus que je compte déjà parmi les anciens membres de notre compagnie, et que j'ai successivement occupé toutes les autres fonctions du bureau ; sûrement aussi vous avez voulu témoigner de votre estime pour l'homme. C'est une condition nécessaire de votre choix. Soyez remerciés pour ce souvenir et pour ce témoignage.

Je suis sans inquiétude, messieurs, sur les difficultés de ma tâche. Notre Société, qui est dans la trentième année de son existence, est aussi vivace que jamais. Il semblerait même, à en juger par les travaux de l'an passé, qu'elle ait redoublé d'ardeur et qu'elle aussi veuille apporter sa pierre au grand œuvre de la patrie.

Ce mouvement d'ailleurs n'est point isolé; il entraîne toutes les branches des sciences médicales, si variées et si complexes, et c'est un grand honneur pour notre profession de donner ainsi l'exemple à tous les rêveurs attardés qui ne connaissent ni la grandeur ni la puissance de la culture et de l'esprit scientifique.

Continuons donc, messieurs, la voie tracée par nos anciens collègues et si bien suivie jusqu'ici. Ouvrons nos rangs aux jeunes recrues, qui ont pour eux l'ardeur et la vaillance des débuts, mais serrons-les sur ceux d'entre nous que la pratique et l'expérience ont mûris, qui sont les anciens du conseil et dont le concours nous est si précieux. Les uns et les autres efforçons-nous de maintenir à la Société de chirurgie le rang qu'elle a conquis. Grandissons-le encore par une volonté soutenue, car les associations sont comme les individus, elles déclinent dès qu'elles ont cessé de croître. Mais vous direz tous avec moi, messieurs, que l'heure du déclin n'est pas encore prête à sonner pour nous.

M. le Président propose à la Société d'adresser les remercîments les plus chaleureux au bureau sortant.

Cette proposition est adoptée.

Discussion sur les rétrécissements du rectum.

M. Guérin. Une question doit nous occuper avant tout : celle de l'étiologie. Il est, en effet, nécessaire de préciser la nature des rétrécissements. J'éliminerai tout d'abord les rétrécissements dits tuberculeux, dont le diagnostic demanderait examen, mais sur lesquels je ne veux pas m'étendre. Quant aux rétrécissements syphilitiques que j'étudie depuis longtemps, je constate que nous en sommes restés aux travaux de Gosselin, de Costala, lesquels tendent à prouver que le rétrécissement à proprement parler syphilitique n'existe pas, mais succède toujours à l'ulcération chancreuse, sans être jamais le résultat d'une infection constitutionnelle.

Je ferai d'abord remarquer qu'il est difficile d'observer, comme on peut le faire à l'hôpital Saint-Louis, les manifestations constitutionnelles dans les hôpitaux où se présentent surtout les accidents primordiaux. Le travail de M. Gosselin repose sur douze observations, dans lesquelles l'auteur affirme que le chancre a immédiatement précédé le rétrécissement, et que la lésion locale seule est en cause. Je ne puis admettre cette conclusion. Sans parler, en effet, des difficultés extrêmes du diagnostic des ulcérations du rectum, difficultés qui font que l'on guérit souvent ces affections sans avoir été parfaitement sûr de leur siége et de leur configuration, j'admets que chez la femme, grâce à une disposition anatomique spé-

ciale, il soit possible de diagnostiquer sûrement une ulcération chancreuse à l'extrémité inférieure du rectum; mais en en est-il de même de l'extrémité supérieure? Il faudrait pour cela faire intervenir le phagédénisme, et, dans les cas de rétrécissement annulaire, il faudrait que ladite ulcération chancreuse eût occupé tout le pourtour de cet organe. Sans nier, sans repousser absolument cette étiologie, j'estime que l'on doit en admettre une autre.

On trouve dans Desault l'histoire d'une femme de quarante-six ans, syphilisée à l'âge de vingt ans, et présentant tous les signes physiques d'un rétrécissement du rectum. A coup sûr, ce n'était pas là un accident primitif. — Vingt-six ans s'étaient écoulés entre la syphilisation et les premiers symptômes du rétrécissement, lesquels coïncidaient d'ailleurs avec des périostoses de diverses régions. J'ai d'ailleurs été souvent frappé de l'analogie extrême qui existe entre le rétrécissement du rectum et celui de l'œsophage.

Le rétrécissement de l'isthme du gosier se produit, en effet, de différentes manières. On observe souvent d'abord un œdème du voile du palais et de ses piliers, puis des fongosités saignantes se manifestent, ou bien il se produit une gomme au voile du palais; puis l'ulcération gagne les piliers, et le rétrécissement se produit ensuite. Ce rétrécissement a, du reste, été insuffisamment étudié et pris souvent très à tort, selon moi, pour une manifestation scrofuleuse.

Un fait que j'observai à l'hôpital Saint-Louis me confirma l'analogie entre les rétrécissements de l'isthme et ceux du rectum. Une malade se présenta, accusant des douleurs dans la région anale. Je remarquai chez elle cette voix spéciale aux gens dont l'isthme du gosier est rétréci. Je l'interrogeai au point de vue de la syphilis; elle m'avoua de la manière la plus nette qu'elle en avait présenté les signes, et lorsque j'examinai son rectum, je constatai l'existence d'un long rétrécissement, retenant à sa partie supérieure une certaine quantité de pus. Or, il n'était pas possible d'admettre ici l'influence immédiate du chancre. Il faut donc établir que, dans certains cas, les rétrécissements du rectum sont une conséquence de manifestations constitutionnelles. Aussi m'étonné je d'entendre arguer qu'un rétrécissement n'est pas syphilitique de ce qu'il résiste à un traitement spécifique. La syphilis produit, en effet, des ulcérations, des gommes, etc., tous accidents curables par le traitement; et c'est à cette période qu'il nous est possible de nous opposer à la formation, à l'évolution du rétrécissement; mais ce rétrécissement une fois produit, le traitement antisyphilitique devient impuissant, sans qu'il soit possible de nier pour cela la cause première.

J'arrive au traitement. Me refusant à n'admettre qu'une seule forme, je ne veux pas non plus de traitement unique.

Les anciens traitaient les rétrécissements annulaires par la dilatation à l'aide de mèches, de tentes, etc., et obtenaient de bons résultats. Peut-être commençaient ils ce traitement avant que le point rétréci présentât une dureté considérable.

Pour moi, comparant les rétrécissements du rectum à ceux de l'urèthre, et trouvant entre eux une frappante analogie, j'estime qu'on doit les traiter de la même façon; à savoir les dilater, si on peut le faire sans trop de violence, ou les inciser. L'incision devra être interne ou externe, suivant l'épaisseur et l'étendue du rétrécissement. Considérant donc que la science n'est pas encore faite à l'égard de l'affection qui nous occupe, et qu'on ne saurait exiger un traitement absolu, je m'arrêterais à la dilatation et au traitement interne, dans les cas de rétrécissements présentant encore une certaine mollesse; à l'incision de dedans en dehors, pour les rétrécissements durs, mais peu étendus, et à l'incision de dehors en dedans pour les autres.

M. DESPRÉS demande à remettre à la prochaine séance une partie de son argumentation. Il veut répondre seulement quelques mots à M. Guérin. M. Gosselin, dit-il, admet que la majeure partie des rétrécissements du rectum est due à une inflammation du rectum causée par l'inflammation de chancres ou d'ulcères à l'anus, propagés à la muqueuse rectale. Il admet la nature vénérienne du mal et nie de la sorte l'efficacité du traitement spécifique. Quant à l'ulcération située au-dessus du rétrécissement et qui sécrète du pus, elle est, suivant, M. Gosselin, le fait du séjour des matières au-dessus du rétrécissement. Cette ulcération, c'est M. Gosselin qui l'a décrite le premier.

Ce que j'ai ajouté au travail de M. Gosselin, c'est que le rétrécissement du rectum est *la cicatrice d'une ulcération phagédénique développée sur un chancre ou des plaques muqueuses ulcérées de l'anus.*

J'ai vu à l'hôpital de Lourcine le développement du phagédénisme. J'ai vu l'ulcère avant le rétrécissement, et j'ai vu le rétrécissement se produire. J'ai vu les mêmes faits qu'ont observés nos collègues, à tous les degrés.

D'abord, lorsque le rétrécissement existe, il y a toujours des condylomes à l'anus, sur lesquels il y a une ou plusieurs cicatrices. Tantôt le rétrécissement est une bride, tantôt c'est un conduit fibreux sur lesquels existent des mamelons qui ne sont autre chose que des condylomes de la muqueuse, et entre les mamelons, il y a d'ordinaire des ulcères, tantôt le rétrécissement est une virole fibreuse. Dans le premier cas, il y a eu comme origine une ulcération qui n'intéressait pas tout le pourtour de l'intestin. Dans le second cas, l'ulcère a compris toute la périphérie de l'intestin.

J'ai produit, dans un mémoire inséré dans les *Archives de médecine* en 1867, des faits de chancres et de rétrécissements consécutifs; mais je n'ai jamais dit que l'ulcération située au dessus du rétrécissement fût le chancre, non. J'ai dit que le rétrécissement remplaçait le chancre phagédénique dont il était la cicatrice.

M. Guérin dit que les rétrécissements sont des accidents tertiaires, qu'ils peuvent suivre des gommes, et il emprunte une observation de Desault. Mais la date du début du rétrécissement n'est pas indiquée, et dans le cas où il y a des lésions gommeuses en même temps sur d'autres points du corps, ce n'est pas une raison pour dire que le rétrécissement a une origine gommeuse.

Un rétrécissement du rectum a toujours plus que l'âge qu'on lui suppose, et voici ce que j'ai vu: Une malade a un chancre à l'anus, au niveau du raphé périnéal; il guérit. Six mois après, il reparaît on le guérit encore; mais si on touche le rectum, on sent un ulcère qui s'étend plus ou moins loin. (Il est facile de diagnostiquer ces ulcères par le toucher. On sent, en effet, une surface irrégulière grenue, très-différente de la muqueuse saine qui est lisse. Le spéculum *uni* est loin de fournir d'aussi bons renseignement-). Un an après, le rétrécissement commence, et c'est plus tard seulement qu'il devient gênant et qu'il appelle l'attention du chirurgien et même des malades.

J'espère vous prouver, dans la prochaine séance, avec les observations, que la majeure partie des rétrécissements ont été observés vers la sixième année de la syphilis. Si vous tenez compte alors de ce que le rétrécissement est long à se reproduire, de ce que, s'il vient à la suite de plaques muqueuses ulcérées, il peut être retardé et ne point correspondre au début de la syphilis, vous serez d'avis que la plupart des rétrécissements du rectum ont pour origine un ulcère phagédénique du rectum sur un chancre ou une plaque muqueuse.

M. VERNEUIL. Je m'applaudis de voir la discussion s'étendre à la marche, à l'étiologie et à la pathogénie, tous sujets qui laissent encore beaucoup à désirer. Je quitte donc un moment la thérapeutique des rétrécissements du rectum pour aborder leur étiologie. A ce sujet, j'ai vu exactement comme M. Guérin. Je n'ai pas vu comme M. Gosselin, comme M. Després. Je ne dirai rien des ulcérations tuberculeuses; je crois qu'elles sont beaucoup moins rares qu'on ne pense; mais j'estime qu'elles ne peuvent donner lieu à des rétrécissements, parce qu'elles ne se cicatrisent pas. Rien de plus fréquent, en effet, que de voir, chez les tuberculeux, le rectum ulcéré en différents points, et cela de la manière la plus grave, sans qu'il y ait pour cela de rétrécissement. M. Gosselin a un des premiers appelé l'attention sur les rétrécissements du rectum, et jusqu'ici, je dois le dire, ses travaux à cet égard n'ont pas été l'objet d'une critique sérieuse. J'admets pour les rétrécissements des origines multiples. Je crois, en effet, que bon nombre de ces rétrécis-

sements ne reconnaissent pas la syphilis pour origine, et je ne citerai pour exemple que ceux que l'on constate à la suite de la dysentérie. Je veux bien, sur la foi que j'ai aux affirmations de M. Gosselin et de M. Després, croire aux rétrécissements chancreux; mais, pour ma part, je n'en ai jamais vu; je dirai même plus : je me les explique mal.

MM. Gosselin et Després disent que le rétrécissement peut survenir à la suite d'un chancre phagédénique ou de plaques muqueuses ulcérées; or, l'ulcération qui succède au chancre mou ou au chancre phagédénique non infectant, ne produit pas de rétraction inodulaire; ce même phénomène se produit à peu près dans le chancre phagédénique infectant. Quant au chancre ordinaire, l'induration ne donne pas lieu non plus à la formation inodulaire; et l'on a souvent constaté une absence presque absolue de cicatrices à la suite d'ulcérations chancreuses énormes. Il faudrait de plus admettre, pour expliquer les rétrécissements annulaires très-élevés, un énorme chancre phagédénique circulaire lui-même et occupant toute la circonférence du rectum. Ces chancres-là, je ne les ai jamais vus, et je les crois rares.

Que trouve-t-on donc à l'examen des rétrécissements du rectum? Comme l'a dit M. Després, de gros bourgeons presque semblables à des marisques lisses et comme vernies; puis, par le toucher, des colonnes ou de gros plis verticaux, constituant à l'intérieur du rectum une véritable cannelure; de plus, un épaississement considérable de la paroi. Dans cette région, l'emploi du spéculum n'est pas possible; mais, je comparerai par analogie l'état du rectum à l'aspect que présente l'infiltration dite tertiaire de la paroi postérieure du vagin. Cette paroi, souvent observée, est lisse, vernie, non ulcérée, présente presque l'aspect d'un fibrome. On dirait, passez-moi le mot, un éléphantiasis de la muqueuse.

Ce travail, je le répète, facile à voir dans le vagin, doit se produire de la même façon dans le rectum. A quoi succède donc cette infiltration? On a parlé des gommes rectales; je n'en ai pas vu souvent, si ce n'est dans un cas où elles figuraient un groupe de fistules anales; mais en les admettant même, le même argument persisterait. La cicatrisation des gommes ne donne pas lieu à une rétraction inodulaire. Il faut donc admettre la formation d'un travail analogue à celui qui se passe dans le testicule vénérien : un tissu fibroïde de nouvelle formation; une véritable infiltration plastique, constituant une virole plus ou moins épaisse et mamelonnée à sa partie interne, puis une rétraction progressive et la constitution du tissu inodulaire.

Une autre variété doit nous occuper, je veux parler du rétrécissement valvulaire. Voici, d'après les cas que j'ai observés, comment j'expliquerai sa formation :

Un chancre, une ulcération anale se produit, — une fissure lui succède, — puis la contracture du sphincter. Le rétrécissement finit par être constitué par les fibres supérieures du sphincter, qui forment une véritable valvule. Je réserve la question de thérapeutique, mais je déclare dès à présent que je restreins absolument l'usage de la rectotomie au traitement des rétrécissements graves.

M. TRÉLAT. Je suis absolument de l'avis de MM. Guérin et Verneuil. J'ai signalé depuis longtemps déjà la nature de ces sortes de rétrécissements, qui sont dus à une véritable hyperplasie. Je ne comprends pas que l'on puisse, comme le fait M. Després dans le cas cité par lui, accuser les accidents primitifs d'avoir produit le rétrécissement survenu quatre ou cinq ans après la manifestation de ces mêmes accidents. Il existe, du reste, des observations de rétrécissements de la trachée survenus vingt ans après les accidents primordiaux.

PRÉSENTATION DE PIÈCES

Lipome sous-parotidien. — M. DEMARQUAY. J'ai l'honneur d'attirer l'attention de la Société sur un fait intéressant et rare. J'ai été consulté il y a quelque temps par un homme de cinquante et quelques années habitant une ville du centre de la France. Cet homme, fort, vigoureux, portait dans la région parotidienne droite une tumeur volumineuse, molle, fluctuante et donnant la sensation d'un lipome superficiel. L'opération ayant été décidée, je fis une incision cruciale intéressant seulement la peau. Je tombai sur une parotide volumineuse hypertrophiée et donnant bien la sensation d'une tumeur molle, fluctuante. La saillie formée par la tumeur était aussi évidente qu'avant la dissection de la peau; il n'y avait point de doute, le produit pathologique était sous la parotide. Mais comment arriver sous cette glande sans intéresser la parotide? Là était la question. Pour arriver à ce résultat, je cherchai à isoler la parotide à sa circonférence, afin de ménager les filets du facial. Mais malgré mon décollement parotidien, je n'arrivais point sur le produit pathologique à enlever. Bien convaincu que la tumeur volumineuse que j'avais sous les yeux n'était point formée par la parotide seulement, je me décidai à entamer la parotide dans sa partie antérieure, afin de mettre à nu la tumeur à enlever. Je découvris alors un lipome, beaucoup plus gros qu'un œuf de poule, enkysté et ayant pris naissance sous la parotide, derrière la partie montante du maxillaire inférieur, sous laquelle la tumeur graisseuse envoie un prolongement. Dans la main, elle donne la même sensation de fluctuation que lorsqu'elle était en place.

Après avoir pris l'avis des savants confrères qui m'aidaient dans cette difficile et délicate opération, j'enlevai une partie de la parotide qui recouvrait la tumeur, afin de diminuer l'étendue de la profondeur de la loge sous-parotidienne qui devait suppurer. Après l'opération, les mouvements de la commissure labiale du côté droit, ainsi que la paupière inférieure, étaient un peu gênés. Mais le tronc du facial n'ayant point été intéressé, j'espère que les mouvements reviendront intégralement.

L'examen de la tumeur a démontré qu'elle était bien formée de graisse et que nous avions bien affaire à un lipome sous-parotidien, ce qui est rare; lipome qu'il ne faudra point confondre avec un lipome sous-cutané développé dans la région parotidienne. J'ai enlevé un certain nombre de tumeurs de la région parotidienne, c'est la seconde fois que je tombe sur une tumeur développée sous la parotide et recouverte par cette glande. L'ablation, dans ce cas, est toujours difficile, laborieuse, et quoi que l'on fasse, il faut intéresser un certain nombre de filets du facial. Cela est important à bien établir, sans quoi des confrères plus ou moins bienveillants et ignorant les choses de la chirurgie, incriminent le chirurgien et jugent une opération dont ils ne connaissent ni la gravité ni les difficultés. Dans ce cas particulier, excepté quelques filets du facial, aucun organe intéressant n'a été touché. Les artères et les veines importantes ont été respectées. Un pansement simple a suivi cette opération.

M. PANAS. Comme aspect, cette tumeur me paraît appartenir aux fibro-lipomes, peut-être aux tumeurs sarcomateuses; aussi l'examen microscopique est-il nécessaire. Comme siége, je croirais plutôt à une tumeur intra-parotidienne qu'à une tumeur sous-parotidienne, à cause du commerce intime de la face profonde de la glande avec la carotide interne.

M. PAULET. Je crois aussi à une tumeur intra-parotidienne à cause de la minceur de la lame parotidienne, que nous présente M. Demarquay.

M. DEMARQUAY. Je crois pouvoir affirmer la situation sous-parotidienne de la tumeur. J'ai senti sous mon doigt, de la façon la plus nette, les battements carotidiens. Quant à la glande elle-même, elle était fortement refoulée très en arrière et en bas.

M. LANNELONGUE. Je demanderai à M. Demarquay si le malade ne présentait pas de trouble ni de gêne dans la déglutition.

J'ajouterai, quant au siége de la tumeur, qu'elle pouvait parfaitement être sous-parotidienne au niveau de l'angle de la mâchoire et du sillon qui sépare les deux portions antérieure et postérieure de la parotide.

M. VERNEUIL. Je présente à la Société un kyste hydatique qui se trouvait situé au niveau du bord inférieur du grand pectoral, et absolument superficiel. La région, l'aspect, la consistance m'ont fait croire à un lipome. A peine l'incision faite, la poche hydatique s'est présentée. J'ai laissé en place le kyste intérieur, remarquable par ses parois lisses et comme nacrées.

M. DEMARQUAY. Je rappellerai qu'une tumeur analogue située dans l'épaisseur des muscles de l'avant-bras et accolée au nerf radial a été diagnostiquée kyste hydatique, par Denonvilliers, et que le diagnostic a été confirmé par l'opération.

M. GUYON. J'ajouterai un fait nouveau d'erreur de diagnostic. J'ai enlevé dernièrement, au-dessous de la queue du sourcil, un fibro-lipome que j'avais pris pour un kyste sébacé en considérant sa consistance et la région qu'il occupait.

ÉLECTION

Vote sur la demande qu'a faite M. Giraldès du titre de membre honoraire.

26 votants : 23 oui, — 1 non, — 2 bulletins blancs.

M. Giraldès est nommé membre honoraire.

La séance est levée à cinq heures et demie.

Le vice-secrétaire annuel : DE SAINT-GERMAIN.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Hôpitaux de Paris. — Un concours pour les prix à décerner aux élèves internes en pharmacie, s'ouvrira le jeudi 27 février 1873, à midi précis, dans l'amphithéâtre de l'Assistance publique, avenue Victoria, 3.

Le registre d'inscription sera ouvert (de onze heures à trois heures), à partir du lundi 3 février, pour être clos le samedi 15 février, à trois heures.

— La conférence des avocats, sous la présidence de Me Lacan, bâtonnier, vient de discuter la question suivante : « Le médecin qui, obtempérant à un arrêté municipal, a donné ses soins aux habitants d'une commune pendant une épidémie, est-il fondé à réclamer des honoraires à cette commune? » La conférence a adopté l'affirmative.

— A céder immédiatement une bonne clientèle à Paris. Produit, 12,000 francs. — S'adresser au bureau du journal.

— Un docteur en médecine du département de Maine-et-Loire désire trouver un jeune docteur, auquel il céderait gratuitement.— S'adresser chez M. Guéride, 24, rue de l'Ancienne-Comédie. Paris.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Traité pratique de la pustule maligne, par le docteur Léon RAPHAEL, médecin à Provins. Paris, 1872. 1 vol. in-18 de 214 pages, avec un tableau. — Prix : 3 francs. — J.-B. Baillière et fils.

Anatomie et physiologie de la vessie au point de vue chirurgical, par le docteur A. MERCIER (de Neuchâtel). Paris, 1872. Grand in-8° de 86 pages. — Prix : 2 fr. — J.-B. Baillière et fils.

Les tumeurs de l'ovaire , considérées dans leurs rapports avec l'obstétrique, c'est à-dire au point de vue de la conception, de la grossesse, de l'accouchement et de la puerpéralité, par Justin TREILLE (d'Aubusson), docteur en médecine de la Faculté de Paris. Paris, 1873. In-8° de 84 pages. - Prix : 2 francs. — J.-B. Baillière et fils.

L'Étudiant micrographe, traité pratique du microscope et des préparations, par ARTHUR CHEVALIER, O. ❋, 1 vol. de 600 pages, 600 figures : 7 fr. 50. — Delahaye, place de l'École-de-Médecine. — Catalogue illustré des microscopes, gratis, chez Arthur Chevalier, Palais-Royal.

AVIS

Les abonnés qui auraient perdu des numéros sont priés de les réclamer sans retard. Le prix de chaque numéro est de 20 centimes.

Ceux qui voudraient faire relier leur collection peuvent en envoyer les numéros au bureau. Le prix de la reliure est de 3 francs.

Le Directeur : Dr E. LE SOURD.

Paris. — Typographie A. POUGIN, quai Voltaire, 13.

Nº 14. — MARDI 4 FÉVRIER 1873. 46e ANNÉE. MARDI 4 FÉVRIER 1873. — Nº 14.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Bureaux : 57, rue des Saints-Pères, 57
PRÈS L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix d'abonnement
doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois

On s'abonne hors de Paris
dans les bureaux des Messageries et chez les Libraires
Les lettres non affranchies sont refusées.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui n'en peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS

Trois mois. . 8 fr. 50 c.
Six mois. . . 16 —
Un an. . . . 30 —

POUR L'ÉTRANGER le port en sus suivant les derniers tarifs des Postes.

Paris, le 3 février 1873.

Au moment où la question de l'*Inspectorat des eaux minérales* est placée à l'ordre du jour de l'Académie de médecine, il importe de bien connaître l'impression produite en province par ce débat. Nous reproduisons, à ce titre, l'article consacré par l'un des organes les plus autorisés de la presse départementale, le *Lyon médical*.

« Le rapport de M. le docteur Gubler à l'Académie, sur le *service des eaux minérales en* 1871, a fait événement; et cela était bien dû à la haute compétence du rapporteur qui, le premier à Paris, a pris l'initiative d'un cours officiel de thérapeutique hydro-minérale. La presse politique a signalé, aussi bien que les journaux de médecine, « le *coup d'éclat* par lequel l'Académie a voulu clore sa session « de 1872 »; et les vérités que, cédant à la pression de l'opinion publique, la commission a proclamées, « auraient », dit le *Soir*, « pour conséquence logique la suppression immédiate de l'inspectorat ».

Chaque rapport, au reste, marque un pas de plus, bien que timide, dans cette voie tracée si inexorablement par le décret *transitoire* de 1860. Chaque année, l'Académie a vu poser devant elle les prémisses, et chaque fois elle a ajourné la conclusion. Mais celle-ci s'impose de plus en plus. Et si l'Académie n'ose se prononcer « entre les frères qui réclament et les frères au nom de qui on résiste, » elle laissera venir le législateur « qui dégagera la question de ce qu'elle a de passionné et de personnel, n'y verra qu'un progrès libéral que l'émancipation d'une industrie intéressante, que l'égalité dans le droit commun » (*Gazette des Eaux*), et ne voudra pas laisser chez nous la législation des eaux minérales plus longtemps en arrière de ce qu'elle est en Espagne, en Suisse, en Italie, en Angleterre, en Russie.

Voilà donc, une fois de plus, la supériorité du concours médical collectif officiellement proclamée à Paris, comme elle l'avait été en avril dernier à l'Association des médecins de France par l'un des membres de la commission de l'Académie, M. Hérard, dans un rapport moins approfondi et moins impartial que celui de M. Gubler, mais, comme celui-ci et à peu près par les mêmes motifs, tronqué dans ses conclusions.

La contradiction qui apparaît entre la suppression du *rapport annuel* de MM. les inspecteurs (leur seul office propre et défini dès 1860) et leur maintien, entre l'abolition définitive de la fonction et la permanence du fonctionnaire, cette contradiction n'est pas imputable en entier à l'honorable organe de la commission; quelques *reporters* nous apprennent qu'arrivé à la conclusion, M. Gubler a dû, « par un scrupule fondé sur des motifs faciles à comprendre, substituer à sa rédaction une improvisation orale. » (*Gazette des hôpitaux.*)

Mais il ne sera pas facile à la Commission de formuler, sans se mettre en désaccord avec elle-même, le vote à proposer à l'Académie, vote prudemment remis à l'une des séances prochaines. Ou nous nous trompons fort, ou l'Académie n'osera pas se tirer d'affaire en proposant de réunir les médecins libres en *commission* (comme à Aix), mais en leur donnant pour *présidents* (comme nulle part) les inspecteurs... De tels compromis sont invraisemblables même à la distance fallacieuse et à travers les mirages qui obscurcissent la vue des médecins de la capitale. Qu'on juge de ce qu'ils deviendraient sur le terrain et en présence de ces conseils généraux et communaux et de ces corps médicaux, qui, dans tous les départements à eaux minérales, dans toutes les stations hydrologiques, réclament avec instance l'abolition complète, non de l'inspectorat, il n'existe plus que comme force négative, comme obstacle, mais des inspecteurs.

Répondant à une invitation partie de haut, les médecins libres ont cherché, en 1871 et 1872, à se constituer en sociétés hydrologiques locales à Aix, à Cauterets et ailleurs. Mais, si étranger que l'on reste volontiers à Paris à ce qui se fait ou se dit *en province*, en est-on vraiment à ignorer que partout ces efforts ont rencontré dans les inspecteurs l'hostilité la plus radicale, et nous ajouterons la plus clairvoyante; car ces fonctionnaires savent bien que l'organisation des corps médicaux près des thermes serait la fin de leurs fructueuses sinécures.

Faut-il rappeler à ce propos ce qui se passa, cet été, dans une de nos principales stations de l'Est? Les médecins avaient obtenu de l'équité du préfet une salle de consultations. Ils crurent bien mériter des thermes et des baigneurs en s'y communiquant leurs observations sur l'installation et l'outillage de l'établissement et en les discutant entre eux avant de les soumettre à la direction. Croyez-vous que l'inspecteur accepta leur convocation et vint s'unir à ses pairs? Il arracha au préfet une lettre par laquelle ce magistrat déclarait *tolérer* les consultations des médecins libres, mais enjoignait au directeur de ne laisser que *deux chaises* dans la salle affectée à ce service, et chargeait l'inspecteur de constater l'exécution de cet ordre... Les journaux de l'Auvergne et des Pyrénées ont narré des faits analogues : partout les inspecteurs ont refusé à leurs confrères, sinon le *tabouret*, du moins leur coopération. Et ce refus, suggéré peut-être à quelques-uns par la conscience de leur infériorité, était dicté à tous par l'instinct providentiel de la conservation.

Pour nous, médecins lyonnais, qui connaissons *de visu* l'état moral et matériel de nombreuses stations, qui entretenons des relations suivies avec *tous* nos confrères des eaux, et non pas exclusivement avec les officiels, passant à Paris leur hiver, ou du moins la quinzaine obligée de préparation de saison, pour nous qui com-

parons, nous avons dès longtemps formulé notre vote d'un « Inspectorat purement consultatif et collectif, *comme à Aix*, et, comme à Aix, sans privilége ni monopole pour personne, dans la complète égalité du diplôme ». Nous l'avons entendu renouveler en septembre dernier par l'unanimité des membres du *Congrès médical*, et aux applaudissements de toute la presse médicale, sauf le *Moniteur de l'inspectorat*. C'est à notre opinion qu'appartient l'avenir : l'Académie de médecine ne voudra pas le retarder trop, et l'Assemblée nationale le hâtera. »

L'appréciation qu'on vient de lire montre comment on juge, hors de Paris, les rares défenseurs d'un monopole et d'une sinécure si blessants pour nos confrères des eaux minérales. Après cette lecture, on comprendra encore mieux pourquoi la *Gazette des Hôpitaux*, sans s'arrêter à des considérations d'amitié et de camaraderie, s'est immédiatement placée sur le terrain de l'équité, de la véritable confraternité et de la meilleure entente de ce que l'on désigne sous le nom des intérêts professionnels.

L'inspectorat des eaux minérales est une de ces créations qui doit tomber, et parce qu'elle ne rend aucun service, et parce qu'elle n'est qu'une œuvre de favoritisme, et parce qu'elle est contre tous nos confrères exerçant près les eaux minérales, un procédé de concurrence que rien ne justifie.

C'est donc au nom de la dignité et des intérêts professionnels, que nous demandons la suppression de l'inspectorat des eaux minérales.

SÉANCE DE L'ACADÉMIE DES SCIENCES

M. Boussingault lit une note sur la conservation des substances alimentaires par l'action du froid. En 1865, l'honorable académicien avait soumis du bouillon de bœuf et du jus de canne à sucre, enfermés dans des flacons séparés, à l'action d'un mélange réfrigérant, dont la température descendit à — 20 degrés. Aujourd'hui encore, ces substances ont été préservées de toute altération. Ces essais ont été suggérés à M. Boussingault par ce fait bien connu des géologues : qu'une basse température devient, pendant des siècles, un obstacle à la décomposition de la chair musculaire. En 1804, en effet, on trouva, à l'embouchure de la Léna, en Sibérie, un éléphant enchâssé dans la glace, et en un tel état de conservation, qu'il servit de pâture aux animaux. Nous pouvons ajouter que les marchands de gibier et de poisson, à Paris, n'ont pas attendu, pour appliquer le froid à la conservation des viandes, les communications de l'Académie. Mais, soit que le procédé employé par eux laisse à désirer, soit que le froid, tout en préservant de la décomposition, n'empêche pas un certain travail chimique (chose dont il faudrait scientifiquement s'assurer), les viandes et les poissons ainsi conservés ont perdu beaucoup de leurs qualités au point de vue du goût.

— M. Marès envoie une note *sur la maladie de la vigne, caractérisée par le phylloxera*. D'après cet observateur, les moyens insecticides et les moyens culturaux employés contre la maladie n'ont pas eu jusqu'ici de résultat. Cependant, partant de ce principe que les parasites n'envahissent en masse que les corps organisés, il engage les cultivateurs à employer les moyens culturaux capables de donner à la vigne la vigueur nécessaire pour réagir contre les attaques des parasites ; il les engage aussi à répandre du soufre, des cendres fraîches ou de la chaux sur le sol, pendant les jours chauds, pour détruire le phylloxera ainsi que les larves d'altise. Contre la pyrale, autre parasite, il recommande l'enlèvement des écorces et la sulfurisation au moyen de cloches en bois ou en fer-blanc dans lesquelles on fait brûler une mèche soufrée de 20 grammes environ. A ce propos, M. Dumas, secrétaire perpétuel, rappelle que M. Audouix avait déjà employé les fumigations d'acide sulfureux, produites par la combustion du soufre, pour détruire les chenilles de pyrale hivernant dans les fissures des échalas.

— M. Pasteur présente, au nom de M. U. Gayon, une note *sur l'altération spontanée des œufs*. Trois ordres de faits, jusqu'à présent, étaient généralement admis : 1° les œufs non agités se conservent sans fermenter ni pourrir ; 2° les œufs agités et brouillés s'altèrent toujours en moins d'un mois ; 3° dans aucun cas, et quel que soit le degré de putréfaction auquel l'œuf soit arrivé, on n'y trouve pas la moindre trace d'êtres organisés du règne végétal ou du règne animal. L'altération des œufs, en dehors de la présence d'organismes microscopiques, constitue un fait tellement opposé à ce qui se passe généralement dans la destruction de la matière organisée que M. Gayon a voulu reprendre les expériences antérieurement faites sur la putréfaction *spontanée* des œufs, et les résultats qu'il a obtenus sont en contradiction formelle avec les propositions que nous avons énoncées ci-dessus.

1° Parmi les œufs non agités, les uns s'altèrent et se putréfient, tandis que d'autres ne s'altèrent ni ne se putréfient ; 2° parmi les œufs agités et brouillés, les uns s'altèrent et se putréfient, d'autres restent sans s'altérer, même pendant plusieurs mois ; 3° toutes les fois que les œufs sont restés sains, l'auteur n'a pas trouvé trace d'organismes ; au contraire, il a trouvé de nombreux organismes microscopiques, de la famille des Vibrioniens, toutes les fois que les œufs se sont putréfiés. Ces résultats contradictoires, mais certains, permettent de faire rentrer la putréfaction des œufs dans la loi commune et de dire que cette putréfaction s'accompagne comme les autres de la présence et de la multiplication d'êtres microscopiques. Reste à savoir d'où viennent ces organismes. M. Gayon incline à penser que les germes sont apportés du dehors dans l'oviducte de la poule, ce qui expliquerait pourquoi certains œufs sont susceptibles de s'altérer, tandis que d'autres ne le sont pas.

— Au nom de M. Gréhant, M. Cl. Bernard présente une note substantielle sur *la détermination quantitative de l'oxyde de carbone combiné avec l'hémoglobine* et sur *le mode d'élimination de l'oxyde de carbone*.

Les expériences délicates et habilement faites par M. Gréhant reposent sur ce fait important connu depuis les travaux de M. Cl. Bernard, qu'un volume d'oxyde de carbone remplace un volume d'oxygène, dans la combinaison plus fixe que le gaz toxique fournit avec l'hémoglobine.

Contrairement à l'opinion émise par MM. Cheneau et Pokrowsky, que l'oxyde de carbone combiné d'abord avec l'hémoglobine est brûlé dans l'organisme et converti en acide carbonique que les poumons éliminent, M. Gréhant conclut de ses expériences que le gaz oxyde de carbone est éliminé en nature par les poumons, par le même organe qui le fait pénétrer dans le sang. « Ce résultat, dit l'auteur, est important au point de vue de la physiologie générale, puisqu'il séparerait l'oxyde de carbone des substances qui peuvent brûler dans l'organisme. Comme application pratique, je dois insister sur l'utilité de la respiration artificielle dans les cas graves d'asphyxie par la vapeur de charbon. »

— Au nom de M. Chantran, M. Coste lit le résumé d'expériences pratiques sur *la régénération des yeux sur les écrevisses*. L'auteur, ayant observé que les yeux de l'écrevisse se dépouil-

lent lors de la mue, comme toutes les autres parties du test de l'animal, a été conduit à opérer l'ablation de ces organes, afin de constater si les mues successives amenaient quelque changement dans la mutilation subie par les organes visuels. M. Chantran a reconnu que les yeux des écrevisses se régénèrent normalement ou anormalement, plus lentement ou plus rapidement, suivant l'âge ou le moment de la vie des sujets sur lesquels on opère. Dans une prochaine communication, M. Chantran fera connaître les résultats de ses recherches sur les concrétions pierreuses de l'écrevisse, connues dans l'ancienne pharmacopée sous le nom d'*yeux d'écrevisses*. Disons, en attendant, que ces concrétions, composées de carbonate calcaire et de gélatine, ont une forme orbiculaire, aplatie et concave d'un côté, convexe de l'autre; qu'elles sont au nombre de deux, aux côtés de l'estomac de l'écrevisse; qu'enfin elles se développent au moment où l'écrevisse se dispose à renouveler son test calcaire. Autrefois, on réduisait ces concrétions en poudre, et on s'en servait, en médecine, à titre d'absorbant.

HOTEL-DIEU. — M. Ball.

Du goître exophthalmique.

(Leçon recueillie et publiée par M. H. Liouville, chef de clinique de la Faculté).

Messieurs, vous avez pu observer, dans le service, depuis quelques jours, un cas remarquable de cette singulière affection qui a reçu le nom de *goître exophthalmique*. La plupart de vous sont appelés à voir, pour la première fois (je le pense du moins) cette maladie assez peu commune, et je ne saurais laisser échapper une occasion aussi favorable de signaler à votre attention les principaux caractères qui vous permettront de la reconnaître, même au début, s'il vous arrive, dans votre pratique, d'en rencontrer un exemple.

Mais avant de nous occuper de la maladie, occupons-nous tout d'abord de la malade, dont nous allons vous retracer l'histoire en quelques mots.

Obs. I. — *Goître exophthalmique (Maladie de Basedow).*

Jeanne Mélanie B...., femme de chambre, âgée de 39 ans, célibataire, entrée le 30 septembre 1872, à la clinique de l'Hôtel-Dieu.

Cette malade, qui nous est adressée par notre confrère, le docteur Cazal, offre une constitution d'assez frêle apparence. Elle est maigre; son teint est pâle, ses cheveux tirant sur le blond.

Toutefois, dit-elle, sa santé antérieure a été bonne, Ses parents n'ont jamais présenté d'antécédents en rapport avec la maladie qu'elle porte actuellement. Sa mère a succombé à une petite vérole. Son père vit encore et est d'une constitution robuste.

Elle n'a jamais eu de convulsions dans son enfance. Réglée à 16 ans, elle a toujours vu ses périodes régulières jusqu'à ces derniers temps. Non mariée, aucune grossesse n'est venue interrompre cette régularité de la menstruation, qui n'a cessé que depuis quatre mois.

Toutefois, quoique bien portante, notre malade avoue qu'elle n'a jamais été bien forte, et elle se souvient qu'à l'âge de 25 ans, (il y a quatorze ans) elle a été prise de palpitations cardiaques, dont l'intensité a notablement augmenté depuis huit mois environ.

Il y a deux mois environ à peu près que ses parents lui ont fait observer que « les yeux lui sortaient de la tête. » Elle ne s'en était pas aperçue jusqu'alors.

Enfin, depuis un mois, elle a constaté un gonflement de la partie antérieure du cou.

Cet ensemble de symptômes et surtout l'augmentation des palpitations cardiaques l'ont décidée à se rendre à l'hôpital.

État actuel (30 septembre 1872). — Lorsque la malade est debout, on reconnaît sur-le-champ l'existence d'un goître exophthalmique. La saillie des yeux, le gonflement des vaisseaux, la dilatation des vaisseaux frappent immédiatement les regards de l'observateur. Mais une fois couchée dans son lit, elle change de physionomie, et les phénomènes qui caractérisent son état sont tellement atténués qu'ils semblent disparaître. Cependant, même alors, lorsqu'elle regarde en face, on voit le cercle blanc des sclérotiques, tout autour de la cornée, et l'on remarque que la pupille est très-dilatée.

Le cou présente, à sa partie antérieure, une saillie manifeste, puis correspond au corps thyroïde; le lobe latéral droit est beaucoup plus développé que le gauche. Le volume de la tumeur varie selon l'état d'agitation ou de repos de la malade. Le cou, mesuré pendant un intervalle de calme, offre une circonférence de 33 centimètres, suivant une ligne qui passe par l'apophyse épineuse de la 7e cervicale et par l'isthme du corps thyroïde.

Les vaisseaux du cou sont tuméfiés et agités de battements énergiques, surtout à droite. En appliquant le doigt sur la carotide, de ce côté, on perçoit une sensation comparable au bourdonnement d'une mouche qu'on retient prisonnière (*Thrill*). Il existe un souffle intermittent très-fort dans toutes les artères de la région.

Le pouls est vif, petit, irrégulier; il varie de 100 à 120 pulsations par minute.

Les battements du cœur sont tumultueux. Pas de bruit de souffle aux orifices.

La malade éprouve depuis longtemps une irritabilité nerveuse qui la fait beaucoup souffrir. Elle ne peut pas demeurer en place. Le sommeil est agité. Le caractère est susceptible, et cette susceptibilité est aggravée par une surdité dont elle est atteinte depuis six ans.

La triade symptomatique est donc représentée ici dans sa totalité, bien que l'intensité des symptômes ne soit pas encore très-accentuée.

Il nous reste à signaler quelques phénomènes accessoires, mais qui complètent le tableau de la maladie.

Il existe une augmentation de la température. Le thermomètre marque 38° dans l'aisselle. Malgré cette circonstance, la malade n'éprouve aucune sensation désagréable de chaleur à la surface du corps.

Les fonctions digestives sont bien conservées.

La menstruation est complétement supprimée depuis quatre mois.

On prescrit : iodure de potassium, *un* gramme dans une potion de *cent* grammes : un degré alimentaire.

Le 26 octobre.—La malade éprouve une amélioration notable de tous les symptômes; l'exophthalmie a beaucoup diminué, ainsi que le volume du corps thyroïde; cependant ces phénomènes reprennent une plus grande intensité quand elle se lève et marche.

Température axillaire, 37°,4.

Pouls: 104.

Nous trouvons ici un type bien caractérisé des accidents dont la réunion constitue l'ensemble symptomatique connu sous le nom de *goître exophthalmique.*

J'insiste surtout sur l'exagération des phénomènes qui se manifestent quand la malade est levée et a marché. La physionomie alors présente un caractère bien plus accentué que lorsque cette femme a séjourné pendant quelque temps au lit. On pourrait presque hésiter sur le diagnostic dans le dernier cas, tandis qu'il ne peut exister aucune incertitude après toute espèce d'exercice. Vous voyez, en effet, les yeux sortir de l'orbite, le cou se tuméfier et les battements artériels acquérir une intensité vraiment caractéristique.

Je suis heureux de pouvoir rapprocher de cette observation qui nous montre *la maladie de Basedow* à sa première période,

un autre cas dont je vous ai entretenus l'année dernière et qui présentait les traits spéciaux de cette affection à un degré beaucoup plus prononcé. Il existait d'ailleurs, chez le sujet de cette seconde observation, un phénomène qui, jusqu'à présent, n'avait jamais été signalé dans aucun cas de ce genre. Je veux parler d'nn *vitiligo* qui s'est manifesté en même temps que les phénomènes initiaux de la maladie, et qui semble progresser parallèlement à celle-ci.

Obs. II. — *Goitre exophthalmique, accompagné de troubles nerveux et de vitiligo.*

La nommée M..., âgée de 24 ans, née à Ornans (Doubs), est entrée, le 21 novembre 1871, à l'Hôtel-Dieu, salle Saint-Antoine, n° 32.

Cette jeune femme ne présente rien, dans ses antécédents héréditaires, qui puisse se rapporter aux accidents dont elle souffre actuellement. Elle prétend avoir toujours joui d'une bonne santé jusqu'à ces derniers temps. Réglée à 18 ans, elle n'a pas eu d'enfant. La menstruation n'a jamais été très-régulière.

Il y a trente mois aujourd'hui, qu'à la suite de vives contrariétés, elle éprouva des palpitations cardiaques dont l'intensité a toujours été en augmentant depuis cette époque.

Quatre mois plus tard, elle a vu les yeux se gonfler et faire saillie au dehors de leurs orbites. Enfin, deux mois après l'apparition de l'exophthalmie, une légère tuméfaction du corps thyroïde s'est manifestée.

Au moment même où les palpitations de cœur ont débuté, elle a vu se développer sur la peau des taches blanches qui, depuis lors, ont constamment gagné en étendue. C'est au cou que les taches se sont montrées d'abord. Elles ont ensuite envahi la partie moyenne du tronc et se sont développées sur plusieurs autres points.

Il y a dix-huit mois, elle fut prise, pour la première fois, d'une attaque d'hystérie. Depuis lors, elle a éprouvé plusieurs accès de ce genre à des intervalles irréguliers.

C'est dans ces conditions qu'elle est entrée à l'hôpital. C'est une femme d'une taille assez élevée, d'une apparence vigoureuse. Elle a les cheveux blonds, les yeux gris, le visage pâle, le front développé. Elle a peu d'embonpoint et prétend avoir beaucoup maigri depuis le début de sa maladie.

Il existe un certain degré d'affaiblissement, surtout dans les membres inférieurs. Elle boîte légèrement en marchant, ce qu'elle attribue à des douleurs qu'elle éprouve dans les jambes et les mollets, surtout à gauche. La sensibilité cutanée est parfaitement conservée.

L'impulsion cardiaque est manifestement exagérée. Le pouls radial est faible mais régulier; ses pulsations sont isochrones aux battements du cœur (104 pulsations par minute). Il existe de forts battements épigastriques.

A l'auscultation, on trouve un souffle léger, au premier temps, à la base. Rien à la pointe. Dans les vaisseaux du cou, souffle continu avec redoublement.

Les artères battent très-énergiquement à la région cervicale, surtout du côté gauche. Ce sont les artères thyroïdiennes qui présentent les pulsations les plus intenses. Ces battements sont appréciables à la vue aussi bien qu'au toucher. Les veines jugulaires, fortement tendues, sont agitées par les pulsations artérielles, mais il n'y a pas de pouls veineux.

Il n'y a point de dyspnée. Les respirations sont au nombre de 34 par minute. L'auscultation ne fait rien découvrir d'anormal dans les poumons.

La saillie des yeux est fortement prononcée; le blanc de la sclérotique s'aperçoit au-dessus et au-dessous de la cornée quand la malade regarde en face. Les pupilles sont très-dilatées, mais contractiles. Point de battements oculaires. La vue est bien conservée.

Le corps thyroïde fait saillie, surtout du côté gauche. C'est la partie moyenne de la glande qui paraît affectée; cependant les prolongements latéraux, légèrement tuméfiés, donnent une sensation d'empâtement quand on explore les parties latérales du cou.

On constate de larges taches blanches irrégulières sur le côté gauche et la partie postérieure du cou, dans le voisinage des dernières apophyses épineuses cervicales et de quelques apophyses dorsales. Un grand nombre de petites taches de quelques centimètres d'étendue sont irrégulièrement disséminées sur les bras, les jambes, les seins et le visage, surtout à la lèvre supérieure. Mais ce qui frappe surtout l'attention, c'est une ceinture blanche qui fait le tour de la taille, offrant par place une largeur de 5 ou 6 centimètres et se rétrécissant sur d'autres points.

Ces taches blanches s'accroissent constamment en nombre et en étendue; il en paraît de temps en temps sur des points nouveaux. Il est à noter que la malade offre un teint clair à la surface du corps et ne présente nulle part de dépôts pigmentaires.

La température, prise dans l'aisselle, est de 37°. Cependant la malade ressent parfois une sensation de chaleur incommode qui la porte à rejeter ses couvertures lorsqu'elle est couchée, ou à se placer dans un courant d'air.

Les fonctions digestives sont bien conservées. La menstruation est peu abondante et irrégulière; mais il n'existe point de leucorrhée.

Le sommeil est agité; il n'y a point de rêves ni de cauchemars, mais elle dort mal, et c'est surtout pendant la nuit qu'elle est prise de ses accès d'hystérie.

Le caractère de cette femme est bizarre, changeant. Elle est difficile à vivre et ne se plaît nulle part.

On prescrit : bromure de potassium, *trois* grammes. Deux portions alimentaires.

Le 24 novembre. — Violente attaque d'hystérie pendant la nuit. Le lendemain matin, à la visite, elle se plaint d'étouffements, de dyspnée. Elle vomit ses aliments et ne peut rien garder sur l'estomac.

La dose de bromure de potassium ayant été portée à cinq grammes, les phénomènes hystériques se sont assez promptement amendés. Mais le caractère bizarre de cette femme ne lui a pas permis de séjourner longtemps dans nos salles. Elle a donc quitté le service le 26 décembre 1872. Elle y est rentrée six semaines plus tard, mais n'y est restée que deux jours.

Nous avions ici une complication, qui venait souligner en quelque sorte les symptômes classiques de la maladie, et leur donner un relief qu'ils n'offrent pas dans notre premier cas ; je veux parler de l'hystérie. En effet, cette femme avait depuis dix-huit mois des attaques de nerfs, qui survenaient surtout la nuit, et M. Liouville ayant eu l'occasion d'assister à un de ces accès, a reconnu une franche attaque d'hystérie, avec l'aura partant de l'épigastre, le laryngisme et tous les traits caractéristiques qui peuvent compléter le tableau.

(*A suivre.*)

DES ACCIDENTS

PRODUITS PAR L'EMPLOI SUR LA PEAU DE CHEMISES DE LAINE AUX COULEURS D'ANILINE

Par le docteur A. Viaud-Grand-Marais, professeur à l'École de médecine de Nantes.

Une croyance populaire attribue des propriétés hygiéniques spéciales à l'usage des flanelles rouges, et c'est pour cela qu'elles sont désignées sous le nom de *flanelles de santé.*

La véritable raison pour laquelle on recherche ces tissus, est la beauté de leurs teintes. En est-il une plus sérieuse qui puisse les faire recommander par le médecin ?

Stark d'Édimbourg, dans son *Mémoire sur l'influence des couleurs* (*Annales d'hygiène*, 1re série, t. XII, p. 54) a démontré

à l'aide d'ingénieuses expériences, que le pouvoir hygrométrique des substances vestimentaires est, avec leur teinte, dans le même rapport que leur perméabilité au calorique, et que le rouge absorbe mieux que le blanc. 32 grammes de laine écarlate exposés à l'air au mois de janvier ont gagné 25 grammes, tandis que la même quantité de laine blanche n'en acquérait que 20. Ce point est important, puisque les vêtements de laine portés sur la peau ont surtout pour indication d'en absorber les produits excrémentitiels.

La garance et la cochenille, du reste, qui ont été longtemps presque seules employées pour teindre la laine en rouge, donnent lieu, grâce à leurs mordants à base d'étain ou d'alumine, à des couleurs très-solides, et leur prix de revient les fait réserver pour les laines de bonne qualité.

Cela suffit-il pour faire préférer sans conteste les flanelles rouges aux blanches? Non, car à ce compte les bleues et surtout les noires, vaudraient mieux encore, puisqu'elles absorbent davantage. D'autre part, les tissus blancs n'abandonnent rien à la peau, tandis qu'il est peu de couleurs qui ne finissent, à son contact, par être altérées et en partie dissoutes. La sueur a sur elles une puissance énorme. A sa sortie des follicules, elle agit comme acide, plus tard comme alcalin, lorsque son urée est transformée en carbonate d'ammoniaque. Il faut aussi tenir compte des sels qu'elle contient (sudorates, lactates, chlorures), de ses acides gras volatils (en particulier de son acide métacétonique ou acétobutyrique) et ne pas oublier qu'elle varie suivant les parties du corps où on la recueille.

Cette altération des couleurs, par le fait même de la transmission, pouvait être de peu d'importance avec les teintures anciennes; elle devient un véritable danger avec les nouvelles.

I

Depuis quelques années, les belles découvertes de W.-H. Perkin (1856), d'A. W. Hofmann (1858), de Verguin (1859) et autres chimistes, ont transformé l'art du teinturier. On obtient du goudron de houille des produits splendides ayant un prix peu élevé, une grande puissance de coloration et une affinité extrême pour les fibres de nature azotée, en particulier pour la laine.

Elles ne sauraient être rapprochées, au point de vue de la solidité, de la garance et de la cochenille. La sueur modifie leur nuance et les fait à la longue déteindre sur l'épiderme; mais qu'importe? elles flattent l'œil et durent assez longtemps pour les tissus que l'on fabrique de nos jours!

Ces couleurs sont extrêmement variées. On possède maintenant des rouges de toutes nuances, des violets, des bleus (péonine, roséine, fuchsine, mauve, victoria, parme, alexandra, bleu de Lyon, bleu lumière, etc.) et même des jaunes, des verts, des marrons, des gris et des noirs, provenant de la houille.

L'aniline est le point de départ du plus grand nombre d'entre elles; mais d'autres substances de même origine peuvent aussi en produire : ainsi la toluidine, la xylidine, la naphthaline, l'acide phénique, etc.

Il ne sera parlé ici que des rouges et des violets d'aniline, qui seuls ont sous nos yeux donné lieu à des accidents.

Les rouges d'aniline ou de rosaniline portent dans le commerce un grand nombre de noms. Le plus connu est celui de fuchsine, dû à ce que leurs nuances cramoisies ou amarantes, rappellent celles des fuchsia et qui a servi à désigner une grande compagnie ayant longtemps exploité seule en France ces rouges, aux lieu et place de Verguin leur inventeur. Viennent ensuite ceux d'azaléine, de roséine, de magenta, de solferino, etc.

On doit avec Hofmann (*Rapp. sur les prod. chim. indust. de l'Exposition de Londres, en* 1862. (*Moniteur scient.*, t. VII), considérer les fuchsines comme les protosels d'une triamine dont la formule est $C^{40}\ H^{19}\ Az^{3}$.

Cette base amidée a reçu du célèbre chimiste de Berlin le nom de *rosaniline ;* c'est une triammoniaque dans laquelle les trois molécules H^{3} sont remplacées, la première par une molécule phén ye, $C^{12}\ H^{5}$, et chacune des deux autres par une molécule toluyle $C^{14}\ H^{7}$, et cela par la contraction de trois équivalents de deux monamines, un d'aniline $C^{12}\ H^{7}Az$, et deux de toluidine $C^{14}\ H^{9}Az$, perdant chacune deux équivalents d'hydrogène.

Sa formule est très-complexe, chacun des éléments phényle et toluyle de combinaison ayant un équivalent d'hydrogène susceptible d'être remplacé par un nouveau radical alcoolique. Wurtz la considère comme une triamine phénylène-ditoluénique.

(*A suivre.*)

LITHOCLASTE A MOUVEMENTS LATÉRAUX

du docteur A. AMUSSAT.

Ce lithoclaste à mouvements latéraux a été exécuté par M. Collin, d'après les indications de M. le docteur Amussat. Il a (fig. 1) la forme des brise-pierres ordinaires, à pignon et à percussion, mais il diffère par les mors du bec qui, étant plats et à bords mousses (voy. fig, 2), permettent de faire dans la vessie toutes les recherches nécessaires sans offenser la muqueuse. De plus, au moyen d'un cliquet BB', s'engageant à volonté dans le carré de la branche femelle, on peut rendre la branche mâle immobile, ou, en le retirant, lui permettre un certain mouvement de latéralité (fig. 3), au moyen duquel on débarrasse complétement le bec de l'instrument des détritus lithiques.

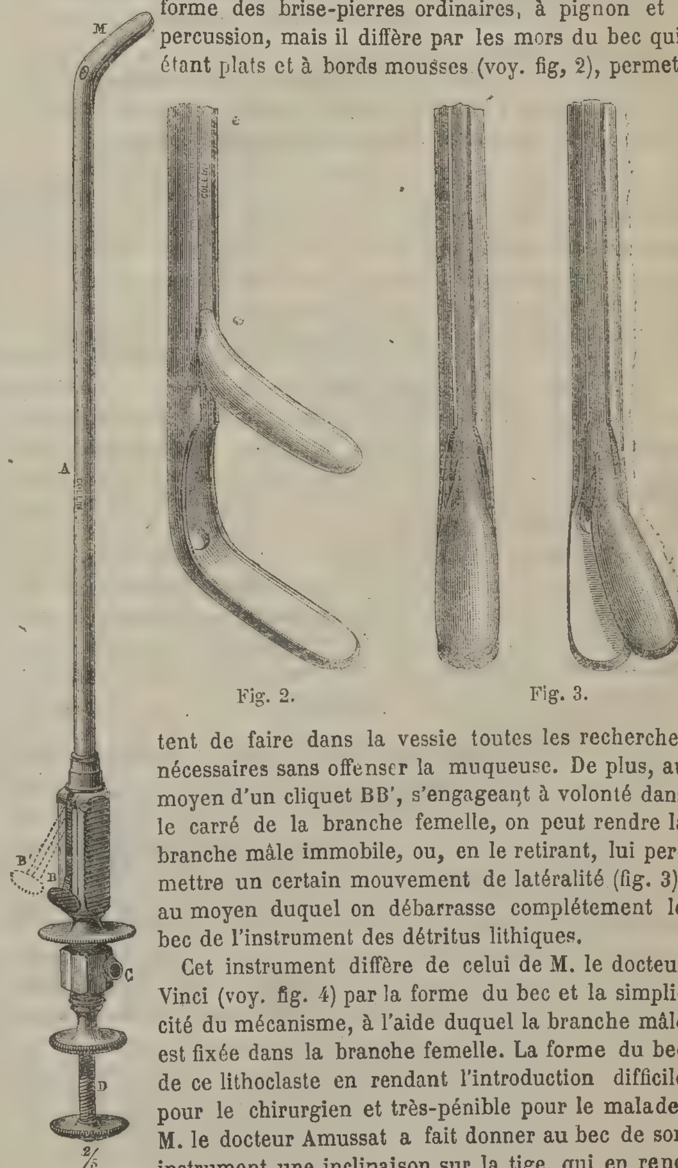


Fig. 1. Fig. 2. Fig. 3.

Cet instrument diffère de celui de M. le docteur Vinci (voy. fig. 4) par la forme du bec et la simplicité du mécanisme, à l'aide duquel la branche mâle est fixée dans la branche femelle. La forme du bec de ce lithoclaste en rendant l'introduction difficile pour le chirurgien et très-pénible pour le malade, M. le docteur Amussat a fait donner au bec de son instrument une inclinaison sur la tige, qui en rend l'introduction aussi facile et aussi peu sensible que celle des brise-pierres ordinaires; mais, en faisant cette modifica-

tion, son auteur ne s'est pas dissimulé qu'il en diminuait la puissance, aussi le réserve-t-il pour le broiement des fragments peu

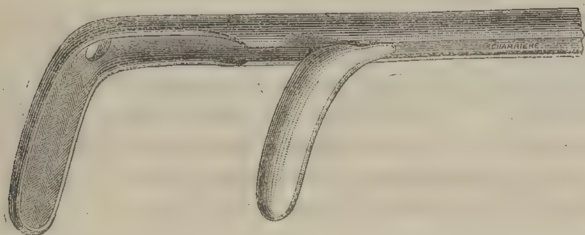


Fig. 4.

résistants, et principalement pour les dernières séances de lithotripsie, lorsqu'on doit *rechercher* et broyer des fragments durs, mais peu volumineux. Notre confrère l'a déjà employé avec avantage chez deux de ses malades.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Séance du 19 juillet 1872 (1). — Présidence de M. Gros.

Moyens propres à détacher les concrétions calcaires adhérentes aux parois de la vessie.

Dans cette observation, il y a deux points intéressants : le premier qui s'éloigne de notre sujet, c'est l'existence d'une affection du foie qui, évidemment, s'est terminée par un abcès, et qui, très-probablement, a été causée par l'intoxication urineuse chronique.

Le second, c'est l'évacuation des graviers fixés sur le col de la vessie provoquée par l'irritation continue de la vessie et de l'urèthre. Ces petits graviers, qui ont des aspérités si aiguës, une fois fixés sur le col de la vessie, ont irrité la muqueuse à leur niveau et y ont provoqué une plaie fongueuse à bourgeons mous et saignant facilement.

Chercher à détacher directement ces graviers avec une curette ou un brise-pierre à becs plats et courts ont été les premiers moyens qui se sont présentés à mon esprit. Mais, outre que les manœuvres eussent été très-difficiles, elles auraient provoqué l'écoulement de sang, et surtout elles auraient pu être suivies d'accès fébriles violents d'intoxication urineuse aiguë, comme cela arrive si facilement chez les malades dont l'organisme est depuis longtemps sous l'influence de l'intoxication urineuse chronique.

Les irrigations continues de la vessie et de l'urèthre ont agi lentement par leur action de lavage et leur légère astringence sur les tissus enchevêtrés dans les aspérités des graviers. Et de plus elles ont eu les avantages très-grands de calmer momentanément les douleurs avant l'évacuation complète des graviers et de détacher les graviers sans provoquer les accidents généraux si graves que nous avions tout lieu de craindre ici.

Il est difficile de dire si ces graviers à aspérités aiguës sont venus se fixer sur le col de la vessie ou s'ils se sont formés sur place. Je crois à cette seconde hypothèse. En effet, les calculeux ont souvent une irritation très-grande du col vésical, et plusieurs fois, chez eux j'ai observé cette évacuation de sang par le pavillon de la sonde, immédiatement avant l'urine. Or ce fait prouve que la muqueuse, au niveau du col vésical, est très-saignante, qu'elle présente des bourgeons fongueux plus ou moins développés et dus aux frottements de la pierre. On comprend très-bien qu'un premier grain calcaire se forme à cet endroit et devienne le centre d'une agglomération de grains semblables. Or, chez notre malade il y a eu une pierre antérieurement, et peut-être y avait-il cette irritation du col. En tous cas, d'après l'aspect de ces graviers, et d'après ce fait singulier que tous sont sortis enveloppés d'un caillot de sang, il est évident qu'ils étaient fixés à la surface de la muqueuse du col vésical grâce à leurs aspérités aiguës et qu'ils n'occupaient pas une large surface de la muqueuse.

Je vais résumer brièvement le troisième fait. Il s'agissait de concrétions phosphatiques terreuses adhérentes à des villosités vésicales. Les urines étaient putrides et souvent chargées de beaucoup de sang. Les mictions fréquentes étaient accompagnées et suivies de spasmes douloureux. Quelquefois, malgré de grands efforts, les urines ne sortaient pas.

A l'examen avec la sonde coudée en métal, on trouvait au plancher de la vessie une tumeur d'une assez grande consistance. La sonde portée sur elle ne donnait ni choc net ni frottement rugueux.

De temps en temps, avec l'urine, il sortait des lambeaux mous ayant, adhérents à leur surface, des dépôts calcaires terreux.

Après avoir essayé, chez ce malade, l'irrigation continue avec de l'eau et de l'eau phéniquée et avoir fait deux injections au nitrate d'argent (4 grammes pour 100 grammes d'eau) sans résultat, le moyen qui me réussit le mieux pour favoriser la sortie des lambeaux qui se détachaient fut de faire dans la vessie, par une grosse sonde coudée en gomme, ayant de grands latéraux, des injections d'eau et d'eau phéniquée pour désinfecter. Le liquide de l'injection, chassé avec force dans les yeux de la sonde, y engageait des lambeaux assez volumineux de villosités que j'entraînai au dehors en retirant la sonde. Après la sortie de ces lambeaux, il y avait toujours un peu de calme.

Ici les moyens directs d'extraction avec le brise-pierre ou avec la pince à trois branches, ou par la taille, étaient seuls capables de débarrasser la vessie. Je les proposai successivement, mais aucun ne fut accepté, et le malade a fini pas succomber à l'intoxication urineuse chronique qui, chez lui, a eu une marche continue, malgré tous les lavages journaliers de la vessie.

Dans ces trois cas, nous trouvons cet état général grave dû à l'intoxication urineuse chronique, état qui effraye toujours le chirurgien dès qu'il est obligé d'agir directement, car il a peur de provoquer les accidents aigus et violents de l'intoxication urineuse. C'est cette crainte qui m'a conduit à essayer de détacher les concrétions calcaires adhérentes à la vessie par des moyens indirects qui, n'agissant pas avec violence sur les tissus, ne font pas de plaies inutiles.

Ces premiers faits sont pour moi d'un bon enseignement pratique pour l'avenir. Toutes les fois que des cas analogues se présenteront à moi, je ne manquerai pas d'avoir recours à l'électricité à courants constants et à l'irrigation continue avant de me décider à l'emploi des moyens directs. L'électricité, en raison des données diagnostiques qu'elle fournit, puisque, convenablement appliquée, elle provoque le décollement des incrustrations calcaires adhérentes par de larges surfaces à la vessie, devra toujours être le premier mode de traitement.

Conclusions. — 1° Les courants électriques constants, en diminuant subitement la sensibilité de la vessie, permettent une dilatation brusque et plus grande que d'habitude de cet organe. C'est ainsi qu'ils provoquent le décollement des incrustrations calcaires adhérentes par de larges surfaces à la vessie ;

2° L'irrigation continue d'eau ou d'eaux médicamenteuses peut détacher les graviers qui sont fixés à la vessie par leurs aspérités.

(*A suivre.*)

THÈSES

SOUTENUES A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

PENDANT L'ANNÉE 1872.

376. Fualdès. De l'érysipèle de l'ombilic chez le nouveau-né.

377. Guément. Des affections consécutives aux maladies des voies lacrymales.

378. Patoureau. Tailles périnéales ; des avantages de la taille bi-latérale.

(1) Suite. — Voir les numéros des 11 et 21 janvier 1873.

379. Bilhaut. Étude sur la température dans la phthisie pulmonaire.
380. Desvignes. De l'adénopathie bronchique.
381. Coullomb. Des lésions consécutives à la pleurésie ancienne.
382. Rioche. Observation d'un cas de rage.
383. Louboutin. De la péritonite tuberculeuse.
384. Audineau. Du lymphosarcome.
385. Cornibert. Essai sur la fièvre pernicieuse pneumonique observée au Brésil.
386. Roux. De l'emphysème sous-cutané généralisé non traumatique chez les adultes.
387. Catelan. De l'albuminurie dans ses rapports avec d'autres manifestations morbides.
388. Langlet. Étude critique sur quelques points de la physiologie du sommeil.
389. Leroy. De la grossesse gémellaire.
390. Lelorain. Électricité médicale ; recherches pour servir principalement à l'histoire des courants continus.
391. Arzerouny. Étude expérimentale sur les effets physiologiques et thérapeutiques de la thébaïne.
392. Creuzé. Des principales opinions émises sur la force nerveuse.
393. Grignon. De l'hydrate de chloral et de son emploi en médecine et en chirurgie.
394. Amiard-Fortinière. Étude sur l'antagonisme de diverses substances toxiques et médicamenteuses.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Hôpitaux de Lyon. — A la suite d'un brillant concours, M. le docteur Schaak a été nommé médecin des hôpitaux.

— Nous avons le regret d'annoncer la mort de M. le docteur François, médecin communal de la Robertsau. Le corps médical de l'Alsace perd en lui un de ses vétérans les plus estimés.

— *Salle du progrès.* — Mardi, 4 février. — Vues et souvenirs de Russie : Saint-Pétersbourg. — La photographie de l'avenir : procédé au charbon ; procédé Woodbury, à l'encre grasse. La photographie des familles, procédé Marien, au sulfate de fer ; avec nombreux spécimens et manipulations, par M. Émile Reynaud.

Mercredi, 5. — Suite des vues de Russie : Saint-Pétersbourg. — Le pétrole : causerie illustrée, par M. Émile Dupaigne.

— La commune d'Arron demande un docteur en médecine. Elle donne un fixe de 1,200 francs. Le produit des communes voisines est de 7 à 8,000 francs. — S'adresser pour plus amples renseignements à M. Poulain de Bossay, maire à Arron, par Courtalies (Eure-et-Loir).

— A céder immédiatement une bonne clientèle à Paris. Produit, 12,000 francs. — S'adresser au bureau du journal.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Pathologie et clinique chirurgicales, contenant la manière d'examiner le malade, les maladies spéciales des dents, des oreilles, des voies urinaires et des yeux, un Manuel de médecine opératoire, de bandages et d'embaumement. 2e édition, corrigée et considérablement augmentée, par le docteur Fort, ancien interne des hôpitaux, professeur libre d'anatomie à l'École pratique. 2 beaux volumes in-8°, avec 542 figures dans le texte. — Prix : 25 francs *franco*.

Résumé d'anatomie, par le docteur Fort. — 1 vol. in-32 de 500 pages, avec figures. — Prix : 5 fr.

Les ouvrages de M. Fort se trouvent à la librairie Adrien Delahaye.

Le Directeur : Dr E. Le Sourd.

Paris. — Typographie A. Pougin, quai Voltaire, 13.

N° 15. — JEUDI 6 FÉVRIER 1873. 46e ANNÉE. JEUDI 6 FÉVRIER 1873. — N° 15.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Bureaux : 57, rue des Saints-Pères, 57
PRÈS L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix d'abonnement doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

On s'abonne hors de Paris dans les bureaux des Messageries et chez les Libraires. Les lettres non affranchies sont refusées.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui n'en peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS: Trois mois. . 8 fr. 50 c. — Six mois. . . 16 — — Un an. . . . 30 —

POUR L'ÉTRANGER le port en sus suivant les derniers tarifs des Postes.

Paris, le 5 février 1873.

SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

L'Académie est appelée à discuter, dans sa prochaine séance, la question de l'inspectorat des eaux minérales.

Nous comptons de nombreux amis parmi les médecins inspecteurs, et quand nous avons abordé cette question par des motifs d'intérêt général, nous avons dû faire abstraction de nos affections personnelles.

En effet, le corps médical tout entier avait intérêt à voir la pratique médicale près les eaux minérales rentrer dans les règles communes.

Le Gouvernement ne désigne pas, sous le nom de médecins inspecteurs ou sous un autre nom, des *premiers médecins*, des *archiâtres* pour les villes. Il laisse tous ceux qui ont subi les mêmes examens, reçu le même diplôme, exercer au même titre.

Pourquoi donc faire une exception en ce qui touche les stations d'eaux minérales? Pourquoi y revêtir d'un cachet officiel un médecin inspecteur?

Ce n'est pas dans l'intérêt des établissements, puisque la loi refuse au médecin inspecteur tout droit de contrôle efficace sur les travaux d'aménagement, etc., etc.

Ce n'est pas dans l'intérêt sanitaire des malades, puisqu'un des principes de la loi est la liberté absolue de l'usage des eaux.

Ce n'est pas dans l'intérêt de la science médicale, comme on l'a soutenu, puisqu'il est établi que la science médicale n'a rien à gagner aux rapports qu'on exigeait des médecins inspecteurs, et puisque aujourd'hui la commission de l'Académie de médecine a demandé la suppression définitive de ces rapports.

Ce n'est certes pas dans l'intérêt des autres médecins exerçant dans la même localité, et qui voient la faveur d'un titre administratif ôter tout relief à leur titre professionnel.

Serait-ce dans l'intérêt de l'État, qui aurait besoin d'être représenté officiellement, dans des localités où les étrangers viennent en grand nombre?

Serait-ce dans l'intérêt de la morale publique?

On pourrait le prétendre. En effet, la seule mission effective qui, d'après la loi, puisse rester aux inspecteurs, une fois le rapport supprimé, consiste à empêcher la réunion des sexes dans les mêmes baignoires ou les mêmes piscines.

On les avait aussi chargés de constater si toutes les bouteilles d'eaux minérales, expédiées pour être vendues, étaient bien puisées aux sources même dont elles portaient le nom. Mais, dans la pratique, on a vu qu'une semblable constatation était impossible.

Dans tous les cas, ceci rentrerait, comme la mission précédente, dans une inspection de police, qu'il vaudrait mieux confier à tout autre qu'à un médecin pratiquant.

Un médecin ne peut pas être un bon agent lorsqu'il s'agit de constater quelque fait délictueux. Les devoirs de la clientèle l'écarteront souvent au moment opportun, et la dignité professionnelle le rend moins apte au rôle de surveillant.

Qu'on nomme donc des inspecteurs non médecins, représentant l'État par rapport au public, et faisant la police, mais non la clientèle.

Qu'on les fasse payer, si l'on veut, par les propriétaires de sources, comme le sont aujourd'hui les médecins inspecteurs.

On trouvera sans doute des gens inoccupés, d'anciens officiers par exemple, qui se contenteront de ce traitement mince; tandis que si la clientèle ne devait pas mordre à l'appât du titre officiel, ce traitement ne serait rien pour les docteurs qui le reçoivent

— La discussion sur la septicémie est entrée dans une nouvelle phase.

M. le professeur Béhier, avec l'active collaboration de son chef de clinique si distingué, M. le docteur Liouville, a fait sur les lapins une série d'expériences auxquelles cette fois il ne manque rien de ce qui pouvait leur donner un caractère vraiment scientifique.

Toutes les circonstances ont été notées avec le soin le plus scrupuleux : toutes les autopsies ont été faites.

Les résultats concordent avec ceux qu'avaient obtenus MM. Coze et Feltz, il y a déjà quelques années ; mais ils sont en contradiction sur bien des points avec les théories et les indications sommaires de M. Davaine.

M. Davaine, interrogé sur les lésions trouvées à l'autopsie, répondait que tous ces animaux étaient morts *sans aucune lésion d'aucun organe*, par le développement pur et simple des bactéries et la putréfaction du sang : M. Béhier a toujours trouvé des lésions pulmonaires, hépatiques, spléniques, péritonéales ou autres, chez les lapins dont l'inoculation avait incontestablement causé la mort.

M. Davaine, à propos des symptômes observés à partir de l'inoculation jusqu'à la mort de l'animal, n'avait rien remarqué de notable, sauf une élévation de la température dans les derniers jours : M. Béhier a constaté que la température, après s'être parfois élevée au début, s'abaissait et restait relativement basse pendant les derniers jours. Il faut dire que M. Davaine avait indiqué pour le lapin une température normale de beaucoup inférieure à celle qu'a constatée M. Béhier.

Apres avoir appelé l'attention sur ces différences et sur quelques autres, M. Béhier s'exprime dans les termes suivants sur la valeur relative des travaux de MM. Coze et Feltz et de M. Davaine, au point de vue expérimental.

« Du reste, ayant, depuis nos expériences, avant de nous présenter à l'Académie, relu les différents auteurs qui ont étudié ces points de la science, nous avons trouvé une notable concordance entre les lésions que nous avons rencontrées et celles que MM. Coze et Feltz ont décrites. Ces auteurs nous semblent avoir traité complétement la question, même pour ce qui a trait aux résultats du sang des femmes en couches malades, et rien n'y manque, sauf les faits relatifs aux divisions infinitésimales. »

En ce qui touche les faits, il faut donc en revenir, si l'on aime la précision, aux travaux de MM. Coze et Feltz, qui, bien avant M. Davaine, ont publié sur cette question des observations, beaucoup plus complètes que les siennes, parce qu'ils avaient pu y consacrer beaucoup plus de temps.

Quant aux théories, qui sont et restent personnelles à M. Davaine, voici ce qu'en pense M. Béhier.

« Je crois, malgré ce qui nous a été dit à cette tribune, que le moment n'est pas encore venu de comprendre tous les faits dans une formule unique, dogmatique et absolue. Je ne trouve pas que la question soit encore claire à l'heure présente, et je considère comme encore un peu trop hasardées les assertions qui nous ont été présentées à titre de conclusions définitives. »

Non certes, la question n'est pas claire, et l'on se sent peu disposé à accepter les formules de M. Davaine après des expériences telles que celles-ci.

M. Béhier, en s'entourant de toutes les précautions possibles, choisit un lapin vigoureux, bien portant, et qui, observé à partir de ce jour, resta très-bien portant. Il lui tire une goutte de sang de l'oreille, mêle cette goutte de sang à neuf gouttes d'eau distillée parfaitement pure, et l'introduit immédiatement dans le tissu cellulaire d'un autre lapin. Ce dernier animal meurt en deux jours, comme s'il eût été inoculé avec le sang le plus septicémique. A l'autopsie, on trouve les lésions habituelles caractéristiques.

En revanche, d'autres lapins inoculés avec du sang rempli de bactéries et de bactéridies (corpuscules animés et bâtonnets) n'en ont aucunement souffert.

Ajoutons que M. Béhier a insisté sur un point important signalé aussi par M. Colin. Les animaux que l'on enferme en parfaite santé dans un laboratoire y meurent assez souvent dès les premières heures, dès les premiers jours, en dehors de toute expérience. M. Béhier l'a constaté plus d'une fois, et il attend en général que ses animaux, acclimatés pour ainsi dire, aient moins de tendance à mourir d'eux-mêmes.

Ainsi toutes nos conclusions, toutes les restrictions que nous avions indiquées ont été pleinement confirmées par les expériences si précises de MM. Béhier et Liouville.

Dr Victor Révillout.

HOTEL-DIEU. — M. Ball.

Du goître exophthalmique (1).

(Leçon recueillie et publiée par M. H. Liouville, chef de clinique de la Faculté).

Je viens, messieurs, de vous retracer en peu de mots l'histoire de deux malades que vous avez pu observer dans le service. Je vais maintenant vous exposer l'histoire de deux malades dans ses traits les plus généraux, et vous montrer sous quels rapports nos deux sujets se rapprochent du type classique et à quels égards ils s'en éloignent parfois.

Vous savez qu'une triade symptomatique constitue essentiellement la maladie de Basedow : ce sont le goître et l'exophthalmie, qui lui ont donné son nom le plus usité et les palpitations cardiaques et artérielles qui en sont le caractère fondamental. En effet, les deux autres symptômes peuvent manquer et manquent en effet (d'après les statistiques) une fois sur huit, et lorsque les phénomènes vasculaires sont nettement accentués, ils suffisent pour établir le diagnostic et permettent au médecin de prédire dans un avenir plus ou moins rapproché l'apparition des phénomènes de la maladie.

Les troubles vasculaires se manifestent surtout dans les artères du cou, et d'une manière générale dans la moitié supérieure du corps.

On a bien signalé chez quelques sujets des battements épigastriques, mais on n'a jamais rencontré des membres inférieurs (crurale, poplitée, etc.), circonstance intéressante à noter, si l'on réfléchit que le cœur lui-même est l'organe principalement atteint, et cependant les troubles du centre de la circulation ne retentissent que sur une moitié de l'artère vasculaire. On a rattaché à cette prédominance supérieure des battements artériels, la suppression des règles, qui se manifeste chez beaucoup de sujets et que nous rencontrons effectivement chez notre première malade (2).

La fréquence du pouls est ici le premier indice de ce trouble singulier ; chez une de nos malades (Obs. I), le pouls bat 124 fois par minute; chez l'autre (Obs. II), il s'élevait à 104. Il est bien entendu que cette accélération est étrangère à tout mouvement fébrile.

C'est surtout dans les vaisseaux du cou et principalement dans les artères tyroïdiennes que l'intensité de ce phénomène devient vraiment remarquable, et dans tous les cas, quand le sujet regarde en face, le blanc de la sclérotique est visible au-dessus et au-dessous de la cornée, ce qui donne, même dans les cas les plus légers, une expression d'étonnement, d'effroi et même de férocité, si le phénomène est très-accentué.

Pendant le sommeil, les yeux restent ouverts en raison de l'insuffisance des paupières, qui ne peuvent plus envelopper le globe oculaire propulsé au dehors : il peut même arriver que, par ce fait, la conjonctive subisse des inflammations qui peuvent aboutir à l'ulcération de la cornée et à la perte de l'œil.

En dehors de ces cas excessivement graves, on observe généralement quelques troubles oculaires : il y a de la diplopie, ou tout au moins un léger défaut d'accommodation; cependant, plusieurs malades conservent assez bien la totalité de leurs fonctions visuelles. Chez beaucoup d'individus, on a noté une sensa-

(1) Fin. — Voir le dernier numéro.

(2) Nous tombons ici sur une exception à la règle, car notre seconde malade (Obs. II, présentait dans les crurales des pulsations fort énergiques qui contrastaient avec la faiblesse du pouls radial.

tion pénible de pression, de plénitude de l'orbite, qui semble repousser l'œil au dehors.

On peut rattacher à cet ensemble de symptômes les névralgies trifaciales que l'on observe quelquefois et qui pourraient reconnaître pour cause une compression des branches de la cinquième paire qui traverse l'orbite pour se rendre à l'extérieur.

Quant à l'état de la pupille, c'est un phénomène qui a donné lieu à quelques controverses; il est certain qu'on a quelquefois trouvé la pupille contractée, et c'était là un argument en faveur d'une théorie chez notre première malade (Obs. I); nous avons constaté ce frémissement sous le doigt qui rappelle le bourdonnement d'un insecte, et que Monneret aimait à signaler. On a constaté en même temps chez plusieurs individus, un gonflement des veines du cou qui manquent chez l'un et chez l'autre de nos deux malades.

Les troubles vasculaires ouvrent presque toujours la scène : le second symptôme par ordre de date est la tuméfaction de la glande thyroïde.

Elle peut aller jusqu'au volume d'une grosse orange, et coïncide alors avec des battements très-exagérés des artères thyroïdiennes; mais dans les cas les plus fréquents, elle se limite à des proportions plus modestes et ne dépasse pas la grosseur d'une noix; presque toujours (et c'est ce que nous observons chez nos deux malades), il existe une prédominance marquée du lobe latéral droit.

Le troisième symptôme par ordre chronologique est l'exophthalmie, le premier de tous les phénomènes sous le rapport pittoresque, et celui qui a fixé le premier l'attention des observateurs; car il faut bien le dire, ce sont les oculistes qui les premiers ont signalé l'existence de cette maladie; ajoutons d'ailleurs qu'ils n'avaient absolument rien compris à la nature de cette affection.

Vous ne voyez ici qu'un degré fort léger de cette lésion si remarquable ; mais il faut savoir qu'elle peut atteindre un degré énorme ; que les yeux peuvent être luxés en dehors de l'orbite et les paupières retroussées en arrière des bulbes oculaires (Trousseau), que nous aurons à discuter plus loin ; mais dans la majorité des cas, c'est le contraire qui a lieu, et chez l'une et l'autre de nos deux malades, la pupille est fortement dilatée.

Tels sont, messieurs, les caractères fondamentaux de la maladie exophthalmique. A ces symptômes primordiaux, viennent s'ajouter d'autres phénomènes moins caractéristiques et moins constants, qu'il importe de signaler, puisqu'ils achèvent le tableau pathologique.

Aux troubles vasculaires, on peut rattacher cette augmentation de température qui a été notée dans un grand nombre de cas et qui peut atteindre 38° dans l'aisselle. En même temps, chez presque tous les malades, il existe une sensation pénible de chaleur qui les porte à rechercher le froid, à rejeter leurs couvertures, à se placer dans les courants d'air (Obs. IV) et qui n'est pas toujours en rapport avec une augmentation thermométrique de la température du corps. On a souvent remarqué des hémorrhagies se produisant sur divers points, et particulièrement des épistaxis; par contre, la menstruation est souvent troublée ou supprimée comme je vous l'ai fait remarquer.

L'œdème des membres inférieurs qui coïncide parfois avec le goître exophthalmique, peut être mis sur le compte des affections valvulaires du cœur, qui coïncident si souvent avec cette maladie et qui sont l'une des terminaisons les plus fréquentes de l'évolution pathologique.

Beaucoup de sujets accusent une sensation fort pénible de dyspnée avec accélération de la respiration et avec un poids qui semble comprimer la poitrine, ce qui a donné lieu à quelques erreurs de diagnostic. En rapprochant ces symptômes des troubles cardiaques et de l'accélération du pouls, on a pu croire à l'existence d'une angine de poitrine ; mais cette erreur devient impossible quand l'exophthalmie et le goître s'ajoutent aux palpitations pour leur donner leur véritable signification.

On rencontre quelquefois d'autres troubles nerveux, de la céphalalgie, des névralgies à siége variable, des crampes dans le cou, de l'aphonie, de l'insomnie, des cauchemars, enfin des troubles intellectuels dont l'étude mérite de nous arrêter un instant.

Chez presque tous les sujets atteints de goître exophthalmique, il existe un certain degré d'exaltation intellectuelle et morale; ils présentent presque tous des singularités, des idées bizarres. Chez certains d'entre eux, il se manifeste un érotisme des plus prononcés ; enfin, ces manifestations morbides peuvent aller jusqu'à la nuance la plus aiguë et entraîner l'application de la camisole de force.

La malade dont je vous ai parlé l'année dernière offrait au plus haut degré cette bizarrerie de caractère que je viens de vous signaler. Il lui était impossible de vivre avec ses voisines. Elle a quitté plusieurs fois le service sous des prétextes futiles pour y rentrer quelques jours plus tard, et son histoire comprend une longue odyssée dans les hôpitaux de Paris, dont vous nous épargnerez les détails. Notons enfin que cette femme était franchement hystérique, phénomène qui s'est rencontré quelquefois, mais assez rarement chez des individus atteints de la maladie de Basedow.

D'une manière habituelle, la santé générale est peu compromise ; cependant, on voit se manifester, après un certain temps, des troubles gastro-intestinaux, de la dyspepsie, des vomissements, de la diarrhée ; d'autres fois de la boulimie, avec amaigrissement et soif plus ou moins intense. Ce sont là des préludes de la cachexie qui vient souvent terminer l'évolution morbide.

L'anatomie pathologique n'a pas encore jeté une bien vive lumière sur l'histoire du goître exophthalmique. Cependant, quelque peu satisfaisants que puissent être les renseignements qu'elle nous fournit, nous ne devons pas les négliger entièrement. Le système vasculaire, la glande thyroïde, le globe oculaire et le contenu de l'orbite ; enfin certaines parties du système nerveux, tels sont les points sur lesquels s'est principalement portée l'attention des anatomistes. Nous allons vous exposer en peu de mots les résultats de leurs recherches.

Il existe quelquefois des affections valvulaires du cœur. C'est ce qui a été constaté dans un seizième environ des cas connus. Mais les altérations cardiaques que l'on rencontre le plus souvent sont la dilatation du ventricule gauche et du cœur droit, avec ou sans hypertrophie des parois. Dans un petit nombre de cas, on a trouvé une altération saillante du cœur. Ajoutons enfin que cet organe a été trouvé quelquefois à l'état parfaitement normal.

L'état des vaisseaux mérite aussi d'attirer l'attention ; mais il faut l'avouer, les lésions qu'ils présentent n'offrent rien de bien caractéristique.

L'aorte a quelquefois présenté des lésions athéromateuses ; mais ces altérations n'ont jamais été rencontrées chez des sujets jeunes, ce qui diminue sensiblement l'importance de ce fait.

Sur le trajet des artères thyroïdiennes, on a rencontré des dilatations flexueuses, quelquefois même de véritables anévrysmes; mais, il faut bien le dire, le plus souvent ces vaisseaux sont à l'état normal.

Le corps thyroïde lui-même peut offrir des altérations multiples, mais qui perdent toute signification précise par leur diversité. C'est ainsi qu'on a trouvé des kystes dans l'épaisseur de la glande. D'autres fois, elle avait subi la dégénérescence cancéreuse. Dans d'autres cas, plus fréquents, elle offre une hypertrophie du tissu conjonctif interstitiel qui la resserre et la durcit. C'est une sorte de cyanose. Mais il faut bien le dire aussi, la glande paraît souvent n'avoir éprouvé aucune altération de tissu et ne semble avoir subi qu'une simple augmentation de volume.

L'exophthalmie, qui donne à cette affection une physionomie si remarquable, a trouvé son explication chez un petit nombre de sujets dans une augmentation du volume du tissu cellulaire qui occupe le fond de l'orbite, ou dans une dilatation des veines qui se ramifient dans cette cavité (cas de décès). Mais dans la majorité des cas, on n'a constaté aucune de ces lésions, et certains oculistes ont cru pouvoir attribuer la prostration de l'œil à l'action du muscle de Muller. C'est une plaie musculaire à fibres lisses décimée par le grand sympathique, et qui s'insère au périoste de la partie inférieure du pourtour de l'orbite. Il aurait pour action d'attirer l'œil au dehors. Mais nous ferons observer d'abord que ce muscle, très-développé chez les ruminants, est au contraire très-faible dans l'espèce humaine, et qu'il a pour antagonistes des muscles extrêmement puissants, à savoir le muscle droit de l'œil. Nous ne croyons donc pas qu'on puisse, en homme logique, attribuer une grande part d'action à ce muscle dans la production de l'exophthalmie.

DES ACCIDENTS

PRODUITS PAR L'EMPLOI SUR LA PEAU DE CHEMISES DE LAINE AUX COULEURS D'ANILINE (1)

Par le docteur A. VIAUD-GRAND-MARAIS, professeur à l'École de médecine de Nantes.

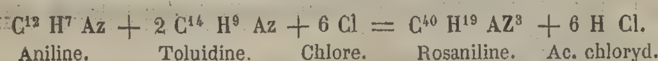
Notre intention n'est point de faire l'histoire chimique complète de cette substance, mais de rappeler seulement à grands traits la partie de cette histoire, dont on peut tirer des considérations pratiques au point de vue de la toxicologie.

On obtient les rouges d'aniline en traitant, par un corps oxydant (acide arsénique, nitrate acide de mercure, etc.) ou même simplement déshydrogénant (perchlorure d'étain, de carbone), l'aniline du commerce obtenue à l'aide du nitro-benzol, contenant toujours de la toluidine et bouillant à une température plus élevée que l'aniline pure.

L'aniline pure, pas plus que la toluidine pure, ne donne pas naissance à de la rosaniline.

En traitant, par les perchlorures ou l'acide arsénique, des mélanges de monamines homologues de l'aniline, mais à exposants supérieurs, on est arrivé à obtenir d'autres rouges, à formules plus élevées.

Hofmann explique la formation de la rosaniline par l'équation suivante :



$$C^{12} H^7 Az + 2 C^{14} H^9 Az + 6 Cl = C^{40} H^{19} AZ^3 + 6 H Cl.$$

Aniline. Toluidine. Chlore. Rosaniline. Ac. chloryd.

Il ne tient aucun compte des vapeurs ammoniacales qui se dégagent vers la fin de l'opération, les considérant comme le résultat d'une action secondaire que l'on peut éviter.

La réduction en rouge du liquide employé, n'est jamais complète et n'atteint au maximum que 30 à 33 p. 100. Une partie de l'aniline non utilisée distille; mais il reste des déchets résinoïdes, parmi lesquels on peut retrouver d'autres substances colorantes.

La Société lyonnaise de la Fuchsine préparait presque exclusivement, au début, ses rouges à l'aide du perchlorure d'étain (liqueur fumante de Libavius). Le traitement suivi actuellement presque partout est celui par l'acide arsénique. Entrevu par Béchamp, qui dans un but humanitaire s'était abstenu de le divulguer, et prôné en Angleterre par Medlock dès 1860, il donne de très-beaux produits et est le plus économique. Il nécessite des opérations ultérieures destinées à purifier la substance et à transformer le sel arsenical en chlorhydrate ou en acétate. On y parvient soit par double décomposition à l'aide d'un sel alcalin, soit en précipitant la base et en la reprenant par un acide, soit même simplement en chassant l'acide arsénique à l'aide de l'acide chlorhydrique. Suivant que ces manipulations ont été plus ou moins bien faites, certaines fuchsines retiennent des quantités notables d'arsenic, tandis que d'autres n'en offrent pas de trace. Les produits français sont en général très-purs.

La rosaniline, précipitée de ces sels par une base puissante, est incolore et à l'état d'hydrate. Elle rougit à l'air en absorbant de l'acide carbonique.

Tous ses protosels sont d'un beau rouge en solution; leurs cristaux vus par réflexion offrent, au contraire, une couleur vert-doré complémentaire du rouge cramoisi et rappelant celle des élytres des cantharides. Ses trisels sont jaunes brunâtres, tant à l'état solide qu'en solution.

(A suivre.)

(1) Suite. — Voir le numéro du 4 février 1873.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 4 février 1873. — Présidence de M. BARTH.

CORRESPONDANCE OFFICIELLE

M. le ministre de l'agriculture et du commerce transmet le compte rendu des maladies épidémiques qui ont régné dans le département de l'Aube pendant l'année 1872 (commission des épidémies).

CORRESPONDANCE NON OFFICIELLE

La correspondance non officielle comprend :

1° Plusieurs mémoires adressés pour les concours des prix d'Ourches et Capuron;

2° Une lettre de M. le docteur Guyon (de Laon) qui se porte comme candidat à une place de membre correspondant;

3° Une lettre de M. Bricemorel, pharmacien de Châteauroux, accompagnant l'envoi d'un pli cacheté, dont le dépôt est accepté;

4° Une lettre de M. le docteur Guibert, accompagnant l'envoi d'une note sur la coxalgie et son traitement (comm. : MM. Richet et Gosselin).

M. BOUDET dépose sur le bureau, de la part de M. le docteur Dehaut, pharmacien de première classe, un mémoire manuscrit sur les *moyens de fabriquer les granules médicamenteuses de manière à en assurer l'identité de composition* (commission de la digitaline et de l'aconitine).

M. BARTH présente, de la part de M. le docteur Leflaive (de Beaune), deux brochures intitulées, l'une : *Des indications et contre-indications de l'opérateur dans le cas de cancer du sein*; l'autre : *De la pustule maligne*.

M. GOSSELIN présente, de la part de M. Charles Mauriac, un mémoire imprimé *sur le paraphymosis*.

M. GAVARRET dépose sur le bureau, de la part de M. le docteur de Senety, une brochure intitulée : *De l'état du foie chez les femelles en lactation.*

COMMISSION

M. LE PRÉSIDENT soumet à l'Académie la désignation de MM. Baillarger, Tardieu et Chauffard, comme membres d'une commission chargée de choisir le sujet du prix Falret pour l'année 1874. (Adopté.)

M. le président annonce que M. le docteur Dupré (de Montpellier), membre correspondant, assiste à la séance.

M. le président annonce que la discussion du rapport de M. Gubler sur l'inspectorat des eaux minérales sera mis à l'ordre du jour de la prochaine séance.

Discussion sur la septicémie.

M. BÉHIER. (Voir le Premier-Paris).

RÉSUMÉ DES EXPÉRIENCES. — PREMIÈRE SÉRIE.

1er *fait.* — Le 12 décembre, une goutte de sang de bœuf chauffé durant plusieurs heures à 39° est inoculée à un lapin, dont la température rectale était alors 39,6.

Le 15, l'animal paraît souffrant, les yeux sont chassieux, un peu fermés, les oreilles chaudes, la température rectale est 40,8; il n'existe pas de diarrhée.

Le 17 décembre, on trouve l'animal mort depuis peu à huit heures du matin. On en fait l'autopsie. La région cervicale, la face et les oreilles sont le siége d'un empâtement diffus, mais profond et généralisé. La face est tuméfiée, le nez surtout, il y a une sorte de jetage par les deux narines.

L'épiderme est soulevé par une sorte d'ampoule, et il s'écoule par les piqûres que l'on y fait une sérosité roussâtre très-claire qui, examinée au microscope, contient quelques globules blancs irréguliers, de très-nombreux corpuscules animés, fortement actifs, arrondis, quelques-uns pourvus d'un petit appendice droit; ils sont isolés ou réunis et formant chapelet, mais ce qui domine, ce sont des bâtonnets animés pour la plupart.

Le sang du cœur contient des corpuscules animés.

Le péritoine présente un état poisseux, quelques néo-membranes puriformes jaunâtres, un peu de liquide; la rate est volumineuse, hypertrophiée, mais peu ramollie.

2e *fait.* — Un lapin reçoit, le jour même de la mort du précédent, dix divisions de la seringue de Pravaz d'une solution au 20 millième du sang pris dans le cœur droit de cet animal; la température était alors 39,6.

Le lendemain, température : 40,8.

Le surlendemain 19 décembre : 41,1.

Le 20 décembre, l'animal paraît très-souffrant, mais sans diarrhée; température rectale : 40,8.

Le 21, une incision est faite dans le tissu cellulaire de l'oreille droite (côté inoculé), qui est très-enflammée, et tellement insensible, que les cobayes enfermées avec cet animal en ont pu rougir une partie sans qu'il résiste. Cette incision laisse écouler une sérosité jaunâtre un peu rosée qui, au microscope, présente, outre beaucoup de leucocytes, une quantité innombrable de corpuscules animés, arrondis pour la plupart.

Le 21 décembre, l'animal est mort. A l'autopsie, on constate un phlegmon puriforme de la région cervicale, surtout au côté droit, et un phlegmon de la base de l'oreille.

Le sang contient des corpuscules arrondis animés. Les globules rouges se présentent avec des prolongements d'où résulte un aspect crénelé spécial.

Dans les poumons, on trouve un commencement de pneumonies lobulaires disséminées par îlots isolés.

La cavité péritonéale contient des néo-membranes et une sérosité remplie de corpuscules animés, bâtonnets anguillules.

3e *fait.* — Un autre lapin, inoculé avec une goutte d'une solution au 100e du même sang de bœuf qui avait servi pour le premier, mourut le 15 décembre sans avoir présenté d'engorgement du cou. Chez ce lapin, la température rectale initiale était 41°,4. Cette température était tombée à 40°,3 le 15 décembre, et resta la même le 17 et le 18.

A l'autopsie, faite le 20 décembre, on trouva, comme chez le précédent, des pneumonies lobulaires par zones, un peu de péritonite caractérisée par un état poisseux et des néo-membranes, une rate grosse et comme tigrée.

Le sang de la veine jugulaire contient des globules rouges annelés, des globules blancs fortement granulés, des corpuscules animés et des bâtonnets également agités, en assez petit nombre.

4e *fait.* — La sérosité pleine de corpuscules animés et de bâtonnets que nous avait fournie l'oreille du premier lapin fut étendue de 20,000 fois son poids d'eau et injectée dans le tissu cellulaire de la région cervicale d'un autre lapin (10 divisions de la seringue Pravas).

Le lapin inoculé le 17 décembre 1872, n'est mort que le 20 janvier 1873.

Les poumons et le foie étaient hypérémiés par zones, et il existait des pneumonies lobulaires.

La rate était augmentée de volume et friable, contenait des corpuscules animés et des bâtonnets. Il n'y avait pas de phlegmon, mais une notable hyperémie de la région cervicale.

5e *fait.* — La même sérosité de l'oreille du premier lapin fut inoculée le même jour, 17 décembre, à la dose d'une goutte, à un autre lapin, qui mourut le 20 décembre avec tuméfaction du cou et de la face ; jetage par le nez.

La sérosité extraite du nez contient une grande quantité de vibrions isolés ou agglomérés et quelques bâtonnets.

Une incision pratiquée à la région cervicale donne un pus verdâtre et une sérosité verdâtre louche où l'on trouve un grand nombre de bâtonnets.

Le sang contient des corpuscules animés, pour la plupart arrondis.

Les poumons sont gorgés de sang, œdématiés, et présentent sur certains points un commencement de pneumonie lobulaire.

L'endocarde est fortement vasculaire par places. Il existe un commencement de péritonite, des néo-membranes et des adhérences.

Le foie est volumineux, fortement congestionné. Le sang du foie contient un nombre considérable de bâtonnets. Il n'y a pas d'abcès métastatiques très-apparents, mais de petits îlots blanchâtres décolorés à côté d'autres îlots d'un rouge sombre.

La rate est molle, rougeâtre par places.

Les reins sont augmentés de volume.

6e *fait.* — Dix gouttes de la même sérosité extraite de l'oreille du premier lapin et mélangée à 20,000 fois son poids d'eau ont été inoculées, le 20 décembre 1872, à un autre lapin, qui n'en a éprouvé jusqu'ici aucun mal.

Ainsi, sur trois inoculations de cette même sérosité, deux ont été suivies de mort, l'une en trente-quatre jours, une autre en trois jours, et la troisième n'a produit aucun résultat.

SECONDE SÉRIE D'EXPÉRIENCES.

Nous avons traité du sang humain comme nous avons traité du sang de bœuf. Après l'avoir chauffé pendant quinze heures, à 39 ou 40 degrés, nous y avons trouvé un nombre considérable de corpuscules arrondis et doués de mouvement, des corpuscules en chapelets très-vivaces ; quelques bâtonnets.

7e *fait.* — Le 15 décembre, cinq divisions de la seringue de Pravaz de ce sang sont injectées dans l'oreille droite d'un lapin. L'oreille grossit les jours suivants et devient insensible ; mais l'animal reste bien portant et ne présente plus aujourd'hui qu'une légère induration à la base de l'oreille. L'animal est maigri, mais n'a point de diarrhée et vit encore.

Les circonstances ne nous ont pas permis de poursuivre pour le moment cette série d'expériences.

TROISIÈME SÉRIE D'EXPÉRIENCES.

Une malade de vingt ans, atteinte de fièvre typhoïde à forme

thoracique, avec symptômes ataxo-adynamiques, mourut par suite d'un refroidissement. Le sang du foie contenait de nombreux corpuscules animés, isolés ou agglutinés, et, en outre, des bâtonnets.

(Le sang d'un autre malade, arrivé au douzième ou quatorzième jour d'une fièvre typhoïde, nous a présenté aussi des corpuscules arrondis animés et quelques rares petits bâtonnets, tandis que le sang de différentes personnes, bien portantes, actives à des degrés divers, ne nous a présenté que de très-rares petits corpuscules arrondis, quelquefois un peu allongés, animés du mouvement Brownien.)

8e *fait.* — Le sang de cette malade a été injecté, à la dose de dix gouttes au 10e, à un premier lapin, qui est mort soixante ou soixante-quatre heures plus tard. Là encore existait le gonflement de la face et un vaste phlegmon du cou. Le sang et le jetage nasal contenaient des microzomas et des bâtonnets.

Les poumons présentaient des zones de pneumonie lobulaire au début, des hyperémies et des marbrures disséminées; le foie était hyperémié, la rate allongée et ramollie, les reins congestionnés, le péritoine enflammé.

9e *fait.* — Le sang de ce lapin, étendu au 20,000e, est injecté à un autre lapin, qui meurt au bout de deux jours, avec les mêmes lésions.

10e *fait.* — Un autre lapin reçut, le 22 décembre, dix gouttes d'une solution au 20,000e du même sang (de la femme morte de fièvre typhoïde) qui avait tué le lapin nº 8; il n'éprouva jusqu'ici aucun accident, soit général, soit local.

11e *fait.* Un autre lapin, qui reçut une goutte de ce même sang pur, est également bien portant.

12e *fait.* — Dix gouttes du liquide que le lapin nº 8 rendait par le nez, étendu au 20e, furent inoculées à un lapin, qui mourut le septième jour, présentant les lésions pulmonaires et autres, souvent décrites plus haut. Le sang présentait des corpuscules mobiles et des bâtonnets.

13e *fait.* — Une goutte du sang de l'animal précédent mêlée à dix gouttes d'eau, fut inoculée à un premier lapin, qui mourut le quatorzième jour, avec les mêmes lésions.

14e *fait.* — Le sang du même animal, étendu de même, fut encore inoculé à un second lapin, qui mourut dès le troisième jour, après avoir eu des convulsions. — Mêmes lésions.

15e *fait.* — Le même sang, étendu de vingt mille fois son poids d'eau, servit encore à une troisième expérience, dont jusqu'ici (après un mois) le résultat est négatif; l'animal a maigri, mais il est en vie.

16e *fait.* — La sérosité péritonéale prise sur un des animaux précédents, fut inoculée, le 26 décembre, à un lapin qui mourut le 30, et présentant les mêmes lésions pulmonaires hépatiques et spléniques que les autres.

17e *fait.* — Le sang de ce dernier lapin, en solution au 4 millionième, fut injecté à la dose de dix gouttes, le 30 décembre, à un lapin qui mourut le 11 janvier. — Mêmes altérations.

18e *fait.* — Les matières fécales du lapin tué par l'inoculation du liquide péritonéal, furent inoculées en solution au 10e à un lapin, qui mourut le cinquième jour avec les lésions habituelles.

19e *fait.* — Les mêmes matières fécales furent inoculées également à un second lapin, qui mourut après dix-sept jours, mais sans aucune lésion pulmonaire ou hépatique.

20e *fait.* — Le sang de cet animal au 10e, injecté à un autre, le tua en cinq jours, ayant été chauffé à 40°.

21e *fait.* — Le même sang, étendu de même, mais non chauffé, ne produisit aucun effet sur un autre lapin.

22e *fait.* — Dix gouttes d'une solution au 10 millionième du sang du lapin nº 20, chauffé à 40°, ont tué un lapin en dix jours.

QUATRIÈME SÉRIE.

Le sang d'un enfant syphilitique examiné dix jours après la mort, présentait, entre autres altérations, un nombre immense de corpuscules animés et de bâtonnets.

23e *fait.* — Deux gouttes de ce sang altéré ont tué un lapin en trois jours.

24e *fait.* — Deux gouttes du sang de ce lapin en ont tué un autre en huit jours.

25e *fait.* — Trois gouttes du sang de ce second lapin en ont tué un en un jour.

26e *fait.* — Une goutte de ce même sang inoculé à un quatrième, ne l'a tué qu'en quarante-six jours.

27e *fait.* — Le sang du premier de cette série a été inoculé à la dose de deux gouttes, le 30 octobre 1872, à un lapin qui vit encore.

28e *fait.* — Inoculé à la dose de dix gouttes, après avoir été dilué au 100e, il n'a également produit aucun résultat.

29e *fait.* — Le sang du même lapin, point de départ de toutes ces expérience, a été encore inoculé sans résultat, le 30 octobre, après avoir été dilué au 100e.

CINQUIÈME SÉRIE.

Cette fois, le sang qui servit de point de départ à nos expériences, fut celui d'un lapin vigoureux qui venait d'être acheté, qui est resté bien portant depuis lors.

30e *fait.* — Une goutte de ce sang, tirée de l'oreille et mêlée à neuf gouttes d'eau, fut injecté, le 31 décembre, à un lapin, qui mourut le 5 janvier, et qui présenta à l'autopsie toutes les altérations pulmonaires et autres décrites jusqu'ici; son sang contenait un très-grand nombre de corpuscules animés et de bâtonnets.

31e *fait.*— Le sang de cet animal à la dose d'une goutte étendue de neuf gouttes d'eau est injectée à un second lapin, qui meurt en deux jours avec les mêmes lésions. (Cet animal, avant toute expérience, paraissait souffrant; son sang, extrait alors, contenait des microzymas et des bâtonnets. Il nous servit à faire l'expérience suivante.)

32e *fait.* — Le sang de ce troisième animal encore vivant, contenant des corpusculs animés, fut injecté à un dernier lapin, qui, un mois après l'expérience, ne paraît pas avoir souffert.

SIXIÈME SÉRIE.

Sur de nombreux lapins nous pûmes injecter impunément de l'eau distillée et introduire, sans résultat funeste, notre aiguille à vaccination, ce qui est une sorte de contre-épreuve.

« Voilà, dit M. Béhier, les expériences que nous pouvons offrir à l'Académie. Elles diffèrent, comme on peut le voir, par bien des points, de celles de M. Davaine. . . . .

« En présence de nos expériences, j'espère que l'Académie nous excusera si nous trouvons, comme je le disais en commençant, que tout n'est pas clair dans la question soulevée, et que beaucoup d'obscurités ont encore besoin d'être dissipées avant de pouvoir tirer des faits de cet ordre une théorie bien assise et nettement démontrée. »

A quatre heures un quart, l'Académie se forme pour entendre le rapport de M. Marotte sur les candidats à une place vacante dans la section de thérapeutique.

THÈSES

SOUTENUES A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

PENDANT L'ANNÉE 1872.

395. Campion. L'Eucalyptus globulus et l'Eucalyptol.
396. Thomas. De la sémiotique des métrorrhagies en dehors de l'état puerpéral.
397. Salvetat. Quelques considérations sur l'anatomie pathologique et le traitement des rétrécissements du canal de l'urèthre.
398. Bourgeois. De quelques restaurations partielles de la face.
399. Witkowski. Essai sur la méthode à suivre dans l'examen clinique des maladies des yeux.
400. Labarthe (P.). Le chancre simple.
401. Pihet. Anatomie pathologique des moignons anciens.

402. Ahmed-Nadim. Étude sur la dysentérie.
403. (*Néant.*)
404. Fournié. De la médication réfrigérante dans le traitement de la fièvre typhoïde.
405. Blasard. Du traitement de la sciatique chronique par les injections de nitrate d'argent.
406. Fournaise. Étude clinique sur les affections dites cancéreuses du péritoine.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

M. Paul Rigollot vient, à la suite de l'Exposition universelle de Lyon, de recevoir une médaille d'or pour son papier-sinapisme si justement apprécié.

— La Société de médecine de Paris tiendra sa prochaine séance le vendredi 7 février, au cercle des Sociétés savantes, nº 64, rue Neuve-des-Petits-Champs, à trois heures et demie très-précises.

Ordre du jour : 1º Lecture du procès-verbal de la précédente séance; 2º Discussion sur la communication de M. Duchène (de Boulogne); 3º Lecture du rapport de M. Forget sur la candidature de M. de Saint-Germain au titre de membre titulaire.

— *Salle du progrès.* — Jeudi, 6 février. — Sténographie illustrée, par M. l'abbé Duployé. — Chimie pratique illustrée : l'industrie du verre, par M. Maumené.

Vendredi, 7. — Excursion à l'île de la Réunion : souvenirs de voyage, par M. Roque. — Force et matière, causerie, d'après M. Tyndall, avec de curieuses expériences, par M. Paul Motte, avec le concours de M. l'abbé Moigno.

— Nos lecteurs sont priés de corriger une faute typographique importante qui s'est glissée à la page 99, ligne 55 :

Au lieu de 30 *grammes*, il faut lire 30 *centigrammes*.

— Bonne clientèle de médecin à céder, au centre de Paris. S'adresser au bureau du journal.

— A céder immédiatement une bonne clientèle à Paris. Produit, 12,000 francs. — S'adresser au bureau du journal.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

De la névropathie cérébro-cardiaque, par M. le docteur Krishaber. — 1 vol. in-8º. Prix : 4 francs. — Paris, 1873, G. Masson.

De l'influence de l'éclairage sur l'acuité visuelle, par le docteur Klein. — 1 vol. in-8º avec 13 planches. Prix : 4 francs. — G. Masson.

Le Directeur : Dr E. Le Sourd.

Paris. — Typographie A. Pougin, quai Voltaire, 13.

N° 16. — SAMEDI 8 FÉVRIER 1873. 46e ANNÉE. SAMEDI 8 FÉVRIER 1873. — N° 16.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Bureaux : 57, rue des Saints-Pères, 57
PRÈS L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix d'abonnement
doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

On s'abonne hors de Paris
dans les bureaux des Messageries et chez les Libraires.
Les lettres non affranchies sont refusées.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui n'en peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS : Trois mois. . 8 fr. 50 c. Six mois. . . 16 — Un an. . . . 30 —

POUR L'ÉTRANGER le port en sus suivant les derniers tarifs des Postes.

Paris, le 7 février 1873.

A la suite de la dernière assemblée générale de l'Association des médecins de la Seine, il ne restait à M. Orfila qu'à se démettre des fonctions de secrétaire général. Ce petit événement sera écarté — nous en avons l'espoir — par la publication du certificat apologétique que nous sommes invités à reproduire :

Monsieur le rédacteur,

Le compte rendu de la dernière Assemblée générale de l'Association des médecins de la Seine, publié dans la *Gazette des Hôpitaux*, contient plusieurs inexactitudes. Une seule mérite d'être relevée : il est dit que « M. le président n'a pris aucune part au vote sur la proposition de révision des statuts ». La vérité est que M. Nélaton a voté pour la modification proposée.

Cette rectification étant faite, nous désirons surtout réclamer contre l'esprit général de l'article inséré dans votre journal; l'auteur s'applique à faire ressortir que tout le bureau ne partage pas l'opinion soutenue par le secrétaire général. Le bureau, il est vrai, s'est divisé au sujet de la question soumise à l'Assemblée; mais il est unanime pour déclarer que depuis quatorze ans, le secrétaire général sert l'Association avec une complète abnégation et un dévouement sans bornes. M. Orfila, nous sommes heureux de le dire, a puissamment contribué à la prospérité toujours croissante de l'œuvre fondée par son oncle.

Nous ne saurions terminer ces observations, sans déplorer qu'une distinction quelconque soit établie entre les confrères qui donnent leur concours à notre institution; nous estimons que les sociétaires sont *tous de véritables amis de l'Association*, et nous n'admettons pas que la minorité seule ait droit au titre que votre journal lui décerne.

Nous vous prions de donner prochainement à cette lettre, dans la *Gazette*, une place analogue à celle qu'a occupée le compte rendu de l'Assemblée générale.

Veuillez agréer, Monsieur le rédacteur, l'expression de notre considération distinguée,

NÉLATON, — BÉCLARD, — N. GUÉNEAU DE MUSSY, — BARTH, — PERDRIX, — LALOY, — GENOUVILLE.

Notre réponse sera courte :

1° M. le professeur Nélaton a déposé dans l'urne un bulletin blanc, M. le secrétaire général Orfila l'a proclamé en séance.

2° N'est-il pas imprudent de rappeler le dévouement sans bornes à l'Association de M. Orfila, alors que nous sommes encore si peu éloignés de la terrible année 1870-1871 ?

Nos lecteurs ne verront dans la lettre ci-dessus qu'une fiche de consolation accordée à un secrétaire général qui, trop peu habitué à supporter la discussion, l'est peut-être encore moins à subir un échec.

REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE

Diagnostic du siége d'une hémorrhagie de la protubérance par l'application de la physiologie expérimentale.

Voici un exemple de diagnostic reposant sur une notion récemment introduite dans la science par la physiologie expérimentale.

Un homme est amené à l'Hôtel-Dieu en état de résolution et de perte complète de connaissance. Cet homme avait été ramassé dans la rue, où il était tombé comme sidéré en sortant de chez un traiteur, après un repas copieux, à en juger par les matières vomies dont ses vêtements étaient souillés. Le malade fut immédiatement examiné par M. Liouville qui, en l'absence de tout antécédent connu et de tout renseignement autre que celui que nous venons d'indiquer, se trouva réduit à supputer d'après les symptômes objectifs la lésion à laquelle cet homme succombait. Les membres étaient dans un état de résolution assez complète, mais la sensibilité n'était que modifiée. Tout portait à penser que la lésion qui avait amené si brusquement cette résolution, probablement une hémorrhagie, avait son siége dans la protubérance annulaire. M. Liouville, pour assurer son diagnostic, recueillit par le cathétérisme une certaine quantité d'urine, qu'il examina et dans laquelle il constata une proportion considérable d'albumine et de sucre. Or, le malade ne présentait, dans son aspect général et extérieur, rien qui pût faire présumer qu'il eût eu antérieurement une affection chronique, telle que le diabète ou la maladie de Brigth. Cette présence de sucre et d'albumine en abondance dans les urines s'était donc produite depuis l'accident, c'est-à-dire depuis quelques heures seulement. La conclusion, c'est que la paroi postérieure du quatrième ventricule avait été comprise dans la lésion des centres nerveux. On se rappelle, en effet, que dans l'expérience célèbre de M. Cl. Bernard, c'est avec une extrême rapidité que se produit la glycosurie ou l'albuminurie, à la suite de la lésion de certains points du plancher du quatrième ventricule.

M. le professeur Béhier, auquel le fait fut relaté, comme

nous venons de l'indiquer, mais qui n'avait pu voir le malade, accepta complétement la probabilité de ce diagnostic.

Le malade ayant succombé presque aussitôt après son entrée à l'hôpital, M. Liouville eut l'occasion de faire l'autopsie, qui donna la confirmation complète du diagnostic qu'il avait déduit de cette donnée physiologique. Il constata, en effet, une hémorrhagie qui avait envahi une grande partie de la protubérance et intéressé la partie supérieure (celle qui est placée au-dessus des nerfs auditifs) de la paroi du quatrième ventricule.

Résection du genou.

Dans le mois de décembre dernier, une petite fille de dix ans fut envoyée à l'Hôtel-Dieu, service de M. le professeur Richet, dans l'état suivant : sa jambe droite était fléchie sur la cuisse, au point que le talon venait s'appliquer sur la face postérieure de la cuisse. Une pareille flexion portée jusqu'à la plus extrême limite, ne pouvait avoir lieu qu'à la faveur d'une subluxation du genou ; en effet, le tibia était placé tout à fait derrière les condyles du fémur. L'articulation tuméfiée, fongueuse, était le siége de vives douleurs. Toute tentative de redressement était impossible. Enfin, on percevait sous les parties molles de la jambe une fluctuation très-sensible ; il y avait un vaste foyer purulent. Par la pression, on faisait refluer le pus dans le genou. Il semblait que, dans de pareilles conditions, il n'y eût d'autre moyen à proposer pour remédier à cet état, que l'amputation. Telle avait été la pensée du chirurgien qui avait adressé cette petite malade à l'Hôtel-Dieu.

M. Richet, avant de prendre un parti à cet égard, voulut essayer préalablement l'ignipuncture et le redressement.

Le 14 décembre, il procéda à une première tentative de redressement, mais il ne put obtenir qu'un résultat partiel et très-incomplet, ayant dû reculer prudemment devant le danger de décoler les cartilages épiphysaires ou peut-être de rompre le fémur, qu'il sentait fléchir sous sa main. Il ne put étendre la jambe que jusqu'à l'angle droit, et corriger la rotation du membre en dehors ; — c'était déjà une amélioration.

Ce résultat obtenu, M. Richet eut recours aux ignipunctures pratiquées dans toute l'étendue du membre et répétées tous les jours. Le membre était maintenu dans l'immobilité dans un appareil ouaté. Le résultat de ces ponctions dépassa toutes les espérances. Au bout de quelques semaines, l'amélioration était telle, qu'on pouvait considérer cette petite fille comme très-près d'être guérie, si l'on avait pu réduire la subluxation et redresser le membre.

Voici, en effet, quel était l'état de cette petite malade :

La jambe était fléchie à angle droit sur la cuisse et fortement subluxée en arrière ; le genou avait repris en partie, sinon sa forme, du moins son volume normal ; on voyait encore au pourtour quelques petites plaies superficielles, et en arrière, deux ou trois petites fistules sans profondeur. Une circonstance particulière frappait l'attention : le membre malade avait l'air d'être plus long que le membre sain. La mensuration donnait raison à cette impression. En effet, la jambe droite (la jambe malade) mesurait 36 centimètres, tandis que la jambe gauche n'en mesurait que 34. Le fémur droit était plus long que le gauche de 1 centimètre ; ce qui donnait en tout 3 centimètres en plus pour le membre droit.

Qu'on nous permette de nous arrêter un instant sur ce fait, qui est loin d'être une exception. Dans son mémoire sur les tumeurs blanches, inséré dans le tome XVII des *Mémoires de l'Académie de médecine*, M. Richet a signalé cet accroissement des os en longueur et en épaisseur sous l'influence d'un travail inflammatoire du voisinage ; circonstance qui tourne à l'avantage des opérés de résection, une partie de la perte de substance qu'ils ont eu à subir étant compensée jusqu'à un certain point par l'excès de longueur acquise par le membre malade.

Revenons sur l'état de la petite malade dont il s'agit. On ne se trouvait plus en quelque sorte qu'en présence d'une difformité consécutive à la maladie dont l'articulation avait été le siége. Il n'y avait donc plus à poser la question de l'amputation. La question se posait entre le redressement forcé ou graduel ou la résection.

Après les tentatives infructueuses de redressement qui ont été faites, il restait évident que la guérison par ce moyen était impossible. Par le redressement brusque on courrait le risque de briser les os. Le redressement lent au moyen d'appareils spéciaux, ne ferait qu'exagérer encore la subluxation et la transformer en une luxation complète de la jambe sur la cuisse. D'un autre côté, le redressement nécessiterait la section des tendons et des ligaments articulaires. Pour les tendons et les ligaments latéraux, passe encore, on pourrait les atteindre et les couper, mais les ligaments croisés et les trousseaux fibreux de la partie postérieure de l'articulation seraient à peu près hors de portée des instruments.

Restait donc pour unique ressource la résection. C'est le moyen auquel s'est arrêté M. Richet.

Le procédé que M. Richet a mis en usage consiste : 1° à faire à la partie antérieure du genou une large incision transversale courbe ou curviligne, d'une tubérosité à l'autre du fémur, incision dont la convexité moyenne descend jusqu'à la tubérosité du tibia, de manière à avoir un vaste lambeau antérieur qui une fois disséqué et relevé met toute l'articulation à nu (procédé de Mackensie) ; 2° à couper les ligaments latéraux et les ligaments croisés, après avoir divisé le ligament rotulien et enlevé la rotule ; 3° à scier les deux surfaces articulaires du fémur et du tibia, parallèlement à la division de leurs surfaces articulaires ; 4° la luxation réduite, ce qui a présenté ici d'assez grandes difficultés, même après la section des ligaments et des tendons rétractés, et les surfaces osseuses réséquées mises en rapport, M. Richet les a maintenues en contact à l'aide de deux forts fils métalliques ; 5° puis, enfin, le lambeau rabattu et les parties molles affrontées, le membre a été placé dans un appareil composé d'une planchette articulée au niveau du genou, portant quatre petites pièces latérales mobiles également articulées ; le tout rembourré de coussins recouverts de compresses. Le membre est maintenu dans cet appareil au moyen de courroies.

Nous nous tiendrons au courant du résultat de cette opération, et lorsque le résultat définitif nous sera connu, nous pourrons le rapprocher de quelques-unes des opérations semblables faites dans ces dernières années.

Petite épidémie de gangrène des parties génitales chez les nouvelles accouchées.

Il existe en ce moment à l'hôpital des Cliniques, dans le service des femmes en couches, une de ces petites épidémies de gangrène des parties génitales, qui se montrent de loin en loin, le plus souvent sans qu'on puisse leur assigner aucune cause spéciale bien déterminée, ni aucune connexion directe avec la fièvre puerpérale, qui, par parenthèse, ne règne point en ce moment ; d'autres fois, au contraire, paraissant comme

une sorte d'état prodromique ou concomitant de cette dernière affection.

Depuis la reprise du service au mois de novembre, M. le professeur Depaul avait remarqué, en effet, quelques cas de ces gangrènes partielles des parties génitales, sans qu'aucun d'eux pût être attribué à aucune manœuvre, ni à aucun accident particulier, la plupart s'étant manifestés après les accouchements les plus simples.

Des cas de même genre ont continué à se manifester depuis lors, de temps en temps, et en ce moment encore, il y en a plusieurs exemples dans les salles.

Nous n'avons pas besoin de dire que les précautions les plus minutieuses ont été prises pour prévenir tout ce qui pourrait faire soupçonner l'apparence même d'une propagation par voie de contagion.

Quant aux soins, plutôt hygiéniques que thérapeutiques, ils consistent en général en injections et pansements avec le vin aromatique, usage intérieur des toniques et alimentation reconstituante.

Cette petite épidémie a été jusqu'à présent peu grave. Cependant une femme a succombé il y a quelque temps dans le service, c'est le seul cas à terminaison funeste jusqu'à présent. Il est juste d'ajouter que chez cette malade les accidents de gangrène avaient été compliqués d'une métro-péritonite.

Nous croyons utile de faire connaître ces faits pour que les accoucheurs se tiennent en garde.

Nous avons reçu de notre confrère M. Fisseux, une lettre relative à la question des pneumonies pernicieuses, soulevée à l'occasion de la communication qu'il nous a faite sur ce sujet. Notre confrère répond, dans cette lettre, à quelques-unes des observations de MM. Lavit et Morely. Nous en résumerons le contenu dans la prochaine Revue.

DES ACCIDENTS

PRODUITS PAR L'EMPLOI SUR LA PEAU DE CHEMISES DE LAINE AUX COULEURS D'ANILINE (1)

Par le docteur A. VIAUD-GRAND-MARAIS, professeur à l'École de médecine de Nantes.

Les agents désoxydant, ou mieux mettant à nu de l'hydrogène, changent la rosaline, au contact de l'eau, en une autre base à sels incolores : la *leucaniline* $C^{40} H^{21} Az^3$, en différant par deux équivalents d'hydrogène en plus et offrant avec elle le même rapport qu'offre l'indigo blanc avec l'indigo bleu.

Les solutions de fuschsine, traitées par divers agents chimiques, subissent de curieux changements de couleurs. Elles sont même employées comme réactifs sous le nom de *magenta*. Deux ou trois gouttes d'un acide un peu fort les font passer au jaune, jaune qui revient au cramoisi quand on neutralise de suite la liqueur. Sur les tissus, le simple contact d'un acide énergique donne une tache jaune qu'enlève le lavage à l'eau.

Les alcalis décolorent les solutions de fuchsine en s'emparant de l'acide et en mettant la base à nu (2).

Les sels de rosaniline auxquels on a le plus fréquemment recours pour la teinture, sont en France le chlorhydrate, et en Angleterre l'acétate. Le nitrate (*azaléine* de Gerber-Keller) est aussi quelque peu employé. Pour les cotons, on se sert surtout de tannates.

Les laines se teignent par simple immersion dans une solution aqueuse de fuchsine, chauffée à cinquante ou soixante degrés. Il faut, si l'on veut avoir des teintes bien franches, que cette solution soit complétement neutre. L'exposition du bain à l'air pendant plusieurs jours tend déjà à faire virer au violet. Si la laine a été blanchie à l'aide de l'acide sulfureux, il est de toute nécessité de la débarrasser des restes d'acide qu'elle peut contenir, en la traitant tout d'abord par de l'urine, de l'ammoniaque ou des carbonates alcalins.

La soie se manœuvre à froid dans la solution de fuchsine, mais les couleurs d'aniline, qui imbibent si bien toutes les fibres de la laine, ne font que s'appliquer sur la soie et pénètrent mal entre les fils et les nœuds.

Le coton et la toile exigent des procédés plus compliqués, ces couleurs ayant, d'une façon générale, peu d'affinité pour la cellulose (1). On commence par animaliser le tissu à l'aide du blanc d'œuf, puis le principe tinctorial y est appliqué, dissous dans une solution de gomme, et on le fixe à l'aide du tannin, des tannates métalliques, ou mieux, d'après Schultz, de l'arsénite d'alumine.

(A suivre.)

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 29 janvier 1873. — Présidence de M. TRÉLAT.

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

CORRESPONDANCE

La correspondance comprend :

La *Gazette des hôpitaux*; — l'*Union médicale*; — la *Gazette hebdomadaire*; — le *Bordeaux médical*; — la *Revue médicale de Toulouse*; — le *Montpellier médical*.

M. ENGLISH (de Vienne) adresse une brochure en allemand intitulée : *Contribution à la pathologie des organes sexuels et urinaires*, comprenant des notes : *Sur l'occlusion de l'utricule prostatique. Kyste de la partie sus-montanale de la prostate. Lacune de la partie prostatique de l'urèthre.*

M. JOUON, membre correspondant à Nantes, adresse une brochure sur un cas de gastrotomie pour un rétrécissement infranchissable de l'œsophage.

M. DUBRUEIL offre, de la part de M. Lenglebert, un ouvrage intitulé : *La syphilis dans ses rapports avec le mariage.*

M. RENÉ BLACHE écrit à la Société pour lui offrir le buste de

---

(1) Suite. — Voir les numéros des 4 et 6 février 1873.

(2) Voici, d'après le mémoire sur la coralline de Tardieu et Roussin, publié dans les *Annales d'hygiène* (2e sér., no 31), les caractères distinctifs des autres principes colorants d'origine organique, qui servent à teindre les tissus en rouge.

1o Le *rouge de garance* ne se laisse pas altérer par des solutions contenant 3 pour 100 d'acide chlorydrique ou d'ammoniaque, et à son contact ces solutions ne se colorent pas sensiblement.

2o Le *rouge de cochenille*, plongé dans une liqueur ammoniacale, vire au violet et communique au liquide une teinte violette très-vive.

3o Le *rouge de murexide* blanchit rapidement au seul contact d'une solution d'acide citrique.

4o Le *rouge de coralline* ne se dissout pas dans l'eau froide, cède un peu de sa couleur à l'eau bouillante et se décolore plus complétement par l'alcool bouillant. Les liquides alcalins ne le font pas virer; les acides le précipitent de ses solutions en flocons jaunâtres.

5o Le *rouge de carthame* est complétement décoloré par une courte ébullition avec une solution de 1/2 pour 100 de savon.

(1) Il y a une exception pour le noir d'aniline qui appartient, du reste, à un groupe à part. Il a peu d'affinité pour les fibres animales et se fixe très-bien, au contraire, sur le coton et la toile. Jacobsen, de Berlin, a utilisé ces propriétés spéciales du noir d'aniline, pour en faire une encre à marquer le linge, résistant bien à la lessive.

Guersant, ancien président et membre fondateur. Ce buste est l'œuvre de M. Félix Martin, neveu de Guersant.

M. DESPRÉS prend la parole au sujet de la pièce présentée par M. Demarquay dans la précédente séance.

Je viens de faire l'examen micrographique de la tumeur présentée par M. Demarquay sous le nom de lipôme sous-parotidien. Malgré l'altération due à un séjour prolongé dans l'alcool, j'ai pu constater facilement l'existence de gouttelettes graisseuses et de tissu conjonctif pur. C'est donc bien réellement une tumeur lipomateuse.

M. PAULET fait un rapport verbal sur une lettre de M. Desprez (de Saint-Quentin). Dans cette lettre, M. Desprez cite à l'appui de sa méthode (opération de la cataracte par déplacement et énucléation du cristallin) trois cas intéressants, dans lesquels il a pu assister à la résorption graduelle du cristallin malgré sa réascension; il se met, du reste, à la disposition de la Société pour lui faire constater les résultats obtenus.

LECTURE

Note sur un nouveau procédé d'extraction linéaire par la cornée sans excision de l'iris. — M. NOTTA (de Lisieux). Les accidents inflammatoires qui compromettent le succès des opérations de cataracte par extraction à lambeau, même après des opérations faites dans les meilleures conditions et avec la plus grande habileté, sont depuis longtemps un sujet de méditation pour les chirurgiens. La plupart d'entre eux plaçant le point de départ de l'inflammation dans l'incision de la cornée, ont cherché à la modifier de diverses façons dans le but d'obtenir plus sûrement la réunion par première intention. C'est ainsi que certains chirurgiens donnent le conseil de diriger le couteau de manière à ne pas dépasser les limites de la cornée; d'autres, au contraire, allant au delà de la cornée, empiètent un peu sur la sclérotique.

Suivant le même ordre d'idées, M. Desmarres a créé son procédé d'extraction sous-conjonctivale. Or il faut bien le dire, aucune de ces modifications qui ne changeait ni la forme, ni la direction de la plaie, n'a donné de résultat vraiment satisfaisant.

Les oculistes allemands, attribuant à l'iris le rôle principal dans les accidents inflammatoires, furent frappés de voir les excisions de l'iris, dans l'opération de la pupille artificielle, ne jamais produire la moindre réaction. Ils en conclurent que cette membrane, qui pouvait être excisée impunément, était excessivement sensible à la contusion et au tiraillement que lui causait le cristallin en traversant son sphincter pour être expulsé au dehors, et ils accusèrent *cet acte violent* d'être la cause des inflammations de l'iris. C'est ainsi que vint à de Graefe l'idée de faire l'excision de la partie de l'iris qui s'oppose le plus à la sortie de la cataracte; et il créa ce procédé de l'extraction linéaire qui tend aujourd'hui à se généraliser et qui, d'après les statistiques allemandes donne des résultats plus favorables que l'extraction à lambeau et expose moins les opérés aux accidents inflammatoires.

Pour expliquer la rareté de l'inflammation dans l'extraction linéaire, on n'a été frappé que d'un fait, l'excision de l'iris; on n'a pas tenu compte des autres éléments de l'opération. « Il est, en effet, vraiment étrange que cette membrane, qui peut à peine supporter le tiraillement continu et la contusion que lui cause le cristallin en passant à travers la pupille » (Liebreich), ne soit point impressionnée par le tiraillement autrement énergique de la pince, qui en amène au dehors un lambeau destiné à subir l'excision.

La réunion de la plaie cornéenne a lieu par première intention, non point à cause, mais bien malgré cette excision, et cela pour d'autres raisons que nous allons examiner et qui, jusqu'à ce jour, ont passé inaperçues.

La première et la principale est la direction donnée à la plaie. « Aussitôt que la contre-ponction est faite, dit à ce sujet de Graefe, on donne immédiatement au couteau une direction inclinée en avant, de manière que le dos soit tourné vers le centre du globe cornéen imaginaire, et l'on continue la section dans ce plan en poussant hardiment le couteau en avant; » d'où résulte une section faite dans le plan d'un méridien du globe cornéen idéal, ou, que l'on me passe l'expression, perpendiculaire à la surface de la cornée; tandis que, dans l'opération à lambeau de Daniel, la section de la cornée est oblique, les surfaces de section sont beaucoup plus larges (1); l'extrémité du lambeau taillée en biseau est mince, par conséquent peu nourrie; elle aura donc moins de tendance à se cicatriser, le plus petit mouvement de la paupière pourra la décoller. Aussi voit-on fréquemment au niveau de la plaie, même dans des cas favorables, un petit sillon qui met à se combler un temps plus ou moins long, quinze jours et même un mois. Ce défaut de réunion du bord tranchant du lambeau explique pourquoi les opérés par la kératotomie supérieure se plaignent très-souvent d'un sentiment de corps étranger sous la paupière pendant longtemps, et on conçoit que, sous l'influence des causes les plus légères, il puisse devenir le point de départ d'une inflammation compromettante.

Dans l'extraction à lambeau, l'étendue de la plaie, puisqu'elle comprend la moitié de la circonférence de la cornée, constitue une circonstance défavorable. Ajoutons que si, par l'effet du traumatisme, il se produit un certain degré de tension des divers milieux de l'œil, cette tension aura pour résultat de soulever le lambeau.

Dans l'extraction linéaire, au contraire, la plaie est rectiligne, elle elle beaucoup plus petite, puisqu'elle est à peine la corde de l'arc formé par la plaie à lambeau, qu'il y a pour ainsi dire pas de lambeau, les surfaces de section n'ont que l'épaisseur même de la cornée, et leur coaptation est tellement parfaite que les mouvements de la paupière ne peuvent les déplacer; enfin, s'il survient une certaine tension intra-oculaire, au lieu de soulever le lambeau, elle tendra à affronter plus exactement les lèvres de l'incision. L'ensemble de ces conditions est manifestement favorable à la réunion par première intention.

Si les considérations qui précèdent sont exactes, l'extraction linéaire sans l'excision de l'iris doit donner identiquement les mêmes résultats que l'opération de de Graefe.

Déjà des tentatives ont été faites dans cette direction. Ainsi Liebreich fait l'extraction, depuis quelques années, à travers une section à très-petite courbure occupant la partie inférieure de la cornée et empiétant des deux côtés, sur la sclérotique. Il se sert du couteau de de Graefe, et la pupille reste intacte.

Dans le même temps, M. Lebrun, de l'Institut ophthalmologique du Brabant, imaginait un procédé d'extraction qu'il appelait *extraction à petit lambeau médian*, et qui n'est autre que celui de Liebreich pratiqué dans le segment supérieur de la cornée sans empiéter sur la sclérotique.

Poursuivant le même but, nous avons employé le procédé suivant, que nous avons appliqué pour la première fois le 26 septembre 1871.

Comme pour l'extraction à lambeau, la veille de l'opération un purgatif est administré, et des instillations d'atropine dilatent la pupille. Le malade est couché sur un lit très-dur ou sur une table garnie d'un matelas, à une hauteur telle que l'opérateur, placé debout derrière la tête du patient légèrement élevée sur un coussin ferme, puisse relever lui-même la paupière supérieure. L'œil est fixé par un aide avec l'ophthalmostat de M. Nélaton. Alors le couteau à lame étroite de de Graefe est enfoncé dans la cornée, à 2 ou 3 millimètres au-dessus de l'équateur de l'œil, puis on dirige le couteau transversalement et parallèlement à l'iris, et aussitôt que l'on a pratiqué la contre-ponction à l'union de la cornée avec la sclérotique, on porte le tranchant du couteau en avant de manière à ce que le dos de l'instrument soit tourné vers le centre idéal du globe cornéen, et à l'aide d'un léger mouvement de scie, on divise la cornée.

Après avoir laissé reposer le malade un instant, on incise la capsule du cristallin avec le kystitome, et à l'aide d'une légère pres-

(1) Wecker, dans son *Traité des maladies des yeux* (t. II, p. 190, Paris, 1868), a donné deux figures schématiques, qui montrent bien la différence de ces deux sections.

sion sur la paupière inférieure exercée avec le dos de la curette, au niveau du bord inférieur de la cornée, tandis que l'on relève légèrement la paupière supérieure, on fait sortir le cristallin avec la plus grande facilité.

J'ai opéré par ce procédé dix cataractes et ai obtenu dix guérisons.

Revenons sur certains détails de l'opération sur lesquels nous n'avons pu insister suffisamment dans le cours de la description précédente.

Avec le procédé que nous venons d'exposer, on n'a pour ainsi dire pas de lambeau, mais simplement une section transversale de la cornée. Cette section, qui répond à la partie supérieure de la pupille lorsqu'elle est dilatée est située au-dessus du bord libre de l'iris lorsque l'action mydriatique de la belladone ne se fait plus sentir, par conséquent la pupille est parfaitement nette. On pouvait craindre, *à priori*, que la cicatrisation de la plaie, si rapprochée de la pupille, ne produisît une opacité capable de nuire, par son voisinage, à la netteté de la vue. Il n'en est rien; la plaie de la cornée n'étant pas oblique, comme dans l'extraction à lambeau, donne lieu à une opacité tellement linéaire qu'elle ne peut s'étendre au loin et empiéter sur la pupille. La plaie faite à la cornée est suffisante pour la sortie du cristallin, et l'iris n'y fait pas obstacle. Dans un seul cas où il y avait une étroitesse considérable de la pupille qui avait été rebelle à l'action de l'atropine, le cristallin se trouvant arrêté par l'iris, je me bornai à inciser cette membrane dans le sens de la plaie cornéenne, et le cristallin sortit facilement.

Comme pansement, après l'opération, nous appliquons sur l'œil une cuirasse de petites bandelettes de taffetas d'Angleterre superposées, en ayant soin de laisser les angles interne et externe des paupières libres dans une longueur de 2 ou 3 millimètres pour donner aux larmes une libre issue. Quant à l'œil qui n'a pas été opéré, il est maintenu fermé à l'aide de deux ou trois bandelettes. Si le malade trouve que ces bandelettes deviennent trop dures en séchant et causent une sensation pénible, on applique par-dessus une compresse légèrement humide. Mais le plus ordinairement cette cuirasse est bien supportée. Nous n'appliquons aucun bandeau compressif qui souvent incommode l'opéré. Seulement nous le maintenons dans une obscurité complète.

En général, au bout de quatre ou cinq jours, on peut supprimer ces bandelettes. On évite ainsi cette inflammation des paupières qui survient presque toujours lorsqu'on en prolonge l'usage.

J'appelle l'attention sur la rapidité de la guérison : du quatrième au douzième jour dans neuf cas; le dix-huitième dans un cas, les opérés ont pu se lever munis de lunettes avec des verres neutres foncés et garnies de taffetas noir de manière à empêcher l'accès de la lumière.

En résumé, sur dix malades atteints de cataractes opérés par le procédé que nous avons décrit, nous avons obtenu dix guérisons. Une seule laisse à désirer, mais il faut tenir compte des difficultés que l'étroitesse de la pupille suscita pendant l'opération, et qui déterminèrent quelques accidents inflammatoires. Or, bien qu'il y ait déformation de la pupille, le malade y voit assez pour se conduire, vaquer à ses affaires et même lire des caractères d'imprimerie de 4 millimètres de hauteur.

Chez les neuf autres opérés, le résultat a été aussi heureux que possible.

Quoi qu'en disent les Allemands, l'iris a été d'une tolérance parfaite; il n'y a eu aucune inflammation, et comme résultat définitif, tous ont la pupille nette, tous peuvent lire les caractères d'imprimerie ordinaires, le journal, par exemple, et ceux qui ne savent pas lire reconnaissent et distinguent les objets les plus petits, comme une aiguille d'une épingle. Les résultats sont manifestement supérieurs à ceux que donne la méthode à lambeau.

Au total, ce procédé présente les mêmes avantages que l'extraction linéaire de de Graefe sous le rapport de la rapidité de la guérison et de l'absence d'accidents inflammatoires; mais il lui est préférable en ce qu'il est moins douloureux, d'une exécution beaucoup plus facile, qu'il n'entraîne aucune déformation de la pupille, et qu'il ne se complique jamais de ces hémorrhagies qui accompagnent parfois la section de l'iris, remplissent la chambre antérieure et peuvent devenir le point de départ d'opacités plus ou moins étendues.

M. LANNELONGUE. Je tiens à faire part à la Société de l'observation d'un malade que j'ai opéré par extraction linéaire, depuis la communication de M. Notta. Le résultat, je dois le dire, a été moins satisfaisant que ceux de notre collègue. Après l'opération, j'ai appliqué, comme je le fais d'habitude, sur chaque œil, un tampon d'ouate, exerçant sur le globe oculaire une légère compression; et, durant trois jours, le malade n'a accusé aucune douleur. Ce temps écoulé, j'ai levé l'appareil, et j'ai constaté une absence absolue de réunion, la chambre antérieure vide et l'iris appliqué derrière la cornée. J'ai renouvelé mon pansement, et quarante-huit heures après, l'adhésion s'était produite et la chambre antérieure de nouveau remplie. Tout alla bien jusqu'au sixième jour; mais à ce moment l'œil, indolent jusque-là, se mit à rougir légèrement et à devenir le siége d'une très-légère douleur; en même temps se manifesta, sur la partie moyenne du bord inférieur de l'incision, une opacité, non pas seulement superficielle, mais envahissant les couches profondes de la cornée. Cette opacité, de deux millimètres et demi environ, comme surface, a la forme et l'étendue d'une petite lentille. Elle persiste, et, bien qu'en apparence et au point de vue de la réunion le malade semble guéri, gêne considérablement la vision.

M. GIRAUD-TEULON. La question soulevée par la lecture de M. Notta est extrêmement vaste et ne peut être limitée par la séance même. J'ai écouté avec d'autant plus d'intérêt la note de notre collègue, que je suis la même ligne de conduite, et je puis compter à peu près le même nombre de succès. La comparaison de cette méthode avec l'opération de de Graefe offre, en effet, plus d'un contraste intéressant. Deux points me semblent surtout fort importants : je veux parler des procidences de l'iris et de la nébulosité de la cornée. Je dois dire que sur une dizaine d'opérations pratiquées par l'extraction linéaire, j'ai observé quelques pincements de l'iris, mais point d'opacité cornéenne. Le grand défaut de la méthode de de Graefe est de ne pas laisser facilement sortir le cristallin, et, suivant l'expression pittoresque d'un médecin de Darmstad, Kuchler, qui, au congrès de Paris, en 1867, donnait ses idées à ce sujet, de ne point lui procurer un accouchement facile.

M. LE FORT. Je demanderai à M. Notta la permission de lui adresser quelques questions relatives à la proportion des résultats obtenus par lui à l'aide des autres procédés, et par suite à son impression sur la supériorité réelle de l'extraction linéaire. Je serais également heureux de savoir quel chemin paraît suivre le cristallin après la section faite, et si le changement de direction imprimé au couteau de de Graefe, dont le plat regarde d'abord en avant au moment de la ponction et de la contre-ponction, puis tout à fait en haut au moment de la section, n'est pas susceptible de causer une certaine irrégularité dans la plaie cornéenne, et, par suite, un retard dans la guérison.

M. PANAS. Le malade que nous a présenté M. Notta est un très-beau cas de guérison. Ce n'est cependant pas un succès absolument complet, à cause de la très-petite synéchie antérieure qu'il présente, complication qui n'est pas tout à fait indifférente et peut pour plus tard, exposer le malade à des accidents glaucomateux. Aussi demanderai-je à M. Notta si, chez ses opérés, les synéchies ont été fréquentes, si elles ont été centrales ou périphériques; enfin, quelle a été leur étendue.

Quant à l'opacité de la cornée, je n'en ai trouvé aucune chez le malade présenté par M. Notta, même à l'aide de l'éclairage oblique. Je voudrais savoir si, après dilatation de la pupille, ce moyen d'investigation donne le même résultat chez les autres opérés de notre collègue.

Reste enfin la question de l'acuité visuelle. Il serait bon d'être renseigné sur chacun à ce point de vue.

M. PERRIN. Un seul point m'a paru obscur dans la lecture de M. Notta, et je lui demanderai quelques éclaircissements à ce sujet. Je veux parler du cas où, la dilatation pupillaire ayant été insuffisante et le cristallin arrêté par l'iris, cette membrane aurait été incisée dans le sens de la section cornéenne. Ce point mérite d'être éclairci.

M. DESPRÉS. M. Notta a-t-il spécifié la densité de la cataracte chez ses opérés? Ces cataractes étaient-elles molles ou dures?

M. NOTTA. Les cataractes que j'ai opérées étaient toutes ou dures ou demi-molles. Je dois dire que j'ai été frappé de l'immense supériorité de l'extraction linéaire sur les autres méthodes, et j'en donnerai une idée en rappelant qu'avant les dix malades opérés par extraction, j'ai pratiqué soixante-huit fois l'opération de la cataracte. Sur ces soixante-huit cas, j'ai opéré quatre fois par abaissement; trois fois j'ai eu un succès complet; mais, une fois, j'ai observé des douleurs névralgiques insupportables. J'ai fait une seule kératotomie inférieure avec succès, et soixante-trois kératotomies supérieures, sur lesquelles je compte dix-sept insuccès.

Sur mes dix malades opérés par extraction linéaire, je n'ai observé que les accidents suivants. Une fois, vers le quatrième jour, une conjonctivite légère due à une friction exercée sur l'œil; deux fois, soit à la suite de la même manœuvre, soit à la suite d'un travail trop prolongé, la tête en bas, une petite hernie de l'iris. Ces complications qui, du reste, ont absolument et facilement cédé, me paraissent indépendantes du procédé. Quant aux opacités, trois fois j'ai observé, non pas au moment même de l'opération, mais le lendemain, quelques parcelles de cristallin rester dans le champ pupillaire. Les petits débris se résorbent d'ailleurs, et je suis convaincu qu'ils ne nuisent en rien au rétablissement de la vision.

Je compte, du reste, présenter à la Société toutes mes observations, et cela dans les plus minutieux détails.

M. TRÉLAT. Je crois que, vu son importance, il sera bon de mettre à l'ordre du jour, après la discussion sur les rétrécissements du rectum, la question des méthodes et procédés employés pour l'opération de la cataracte.

La séance est levée à cinq heures moins cinq.

Le vice-secrétaire : DE SAINT-GERMAIN.

VARIÉTÉS

—

Études sur le vin; ses maladies; causes qui les provoquent (1).

(2e édition, revue et considérablement augmentée.)

Par M. L. PASTEUR, membre de l'Institut.

La France produit depuis quelques années de 60 à 70 millions d'hectolitres de vin qui, au prix moyen de 15 francs l'hectolitre, représentent au moins 1 milliard de francs. C'est donner la mesure de l'importance pour notre pays de l'industrie des vins. Mais, malheureusement, après avoir coûté au vigneron bien des peines, des soins et des dépenses, le vin n'a pas toujours la bonne chance de trouver un emploi utile dans la consommation. Il est sujet à une foule de maladies, qui attaquent indistinctement les vins des plus grands crus comme ceux des vignobles les plus obscurs. Le vin malade perd une partie et souvent la totalité de sa valeur. Les altérations des vins infligent ainsi au pays la perte de nombreux millions, diminuent les revenus de la propriété, la rémunération du vigneron, et causent la ruine du négociant.

Quatre maladies principales attaquent les vins.

1° L'*acescence*, dans laquelle les vins deviennent acides, *se piquent*, aigrissent; c'est tout un.

2° La *pousse;* — c'est la maladie des vins qui *tournent*, qui montent.

3° La *graisse*, qui rend les vins filants et huileux.

4° L'*amertume*, qui dénature complétement leur parfum et s'attaque de préférence à nos meilleurs crus.

Toutes ces maladies ont pour résultat final de faire disparaître le goût particulier du vin, la première en transformant son alcool en vinaigre, la seconde en affadissant complétement son goût et provoquant la formation de dépôts floconneux qui demeurent suspendus dans le liquide. La graisse est fréquente, surtout pour les vins blancs, qu'elle rend insipides au goût et filants comme de l'huile. Enfin, l'amertume provoque particulièrement des dépôts adhérents aux parois des vases, en même temps qu'elle communique au vin une saveur particulière des plus désagréables.

Cet état de choses a préoccupé beaucoup de bons esprits qui, depuis des siècles, ont cherché à conserver le vin à l'abri de toute altération et de lui assurer une longue durée.

Ce que nos devanciers ont vaguement pressenti, sans pouvoir le réaliser, a été accompli par un savant observateur, qui a consacré plusieurs années à l'étude des causes des altérations des vins, avec la bonne fortune de les découvrir et la généreuse inspiration de doter gratuitement son pays du moyen facile d'en paralyser les effets.

M. Pasteur a découvert cette vérité fondamentale que toutes les altérations ou maladies des vins, étaient le résultat de l'action physiologique d'une foule de végétaux microscopiques dont les vins recèlent les germes. Les germes des mycodermes, placés dans un milieu favorable que le vin leur offre trop fréquemment, deviennent des ferments dont l'activité attaque les divers principes du vin et les transforme de manière à rendre ce précieux liquide impropre à la boisson de l'homme.

Le vin altéré est presque sans valeur, et l'on peut affirmer hardiment que les diverses maladies des vins imposent chaque année à la France la perte de centaines de millions. La découverte de M. Pasteur affranchit les propriétaires détenteurs de vins de ces pertes ruineuses et rend à l'alimentation publique l'immense service d'assurer à la population une boisson saine avec toutes ses qualités; à ce point de vue, la conservation des vins s'élève à la hauteur d'un bienfait social.

Loin de retenir pour lui l'exploitation fructueuse de sa découverte, le savant académicien, cédant à un sentiment de générosité qui l'honore, a livré au public le résultat de ses travaux. Afin que tout le monde puisse appliquer ce moyen salutaire qu'il a découvert, M. Pasteur a fait un livre dans lequel il expose, avec une lucidité, une simplicité et un charme de style à la portée de toutes les intelligences, les causes des maladies des vins, les effets de ces altérations et les moyens de les prévenir.

Le livre de M. Pasteur se divise en trois parties : la première comprend l'origine et les causes des maladies des vins; l'auteur prend soin d'en définir les caractères, le mode d'action, et d'en placer la figure sous les yeux du lecteur au moyen de planches d'un rare mérite de vérité et d'exécution. La maladie des vins piqués, aigres, tournés, poussés, gras, filants, huileux, amers, reconnaît pour principe unique l'action d'un parasite, d'un mycoderme, d'un ferment. Mais chaque maladie a son mycoderme particulier, que l'auteur décrit avec soin et qu'il est toujours facile de reconnaître d'après les fort belles figures qu'en donne dans son livre M. Pasteur.

L'oxygène de l'air joue un rôle immense dans la nature, et son influence sur la vinification et sur le vin est considérable.

Cette seconde partie de livre de l'éminent chimiste révèle des vues entièrement nouvelles, des recherches originales et des faits inaperçus ou mal interprétés jusqu'ici, dont il importe à tous les viticulteurs de se bien pénétrer.

Combien il est important de connaître la nature et la quantité des gaz contenus dans le vin, l'action de l'oxygène sur ce liquide, ses effets sur sa durée, sur son vieillissement, sur l'amélioration de son goût, de son bouquet, et sur l'ensemble de ses qualités!

---

(1) Un beau volume grand in-8° de 350 pages, avec 32 planches gravées en taille-douce, imprimées en couleur, et 25 gravures dans le texte. — Prix : 18 francs. — Paris, 1872. F. Savy.

Aux fabricants de vins de Champagne et de vins mousseux, que d'utiles conseils, dans quelques pages de ce livre précieux.

La troisième partie de l'ouvrage est consacrée à la pratique de la conservation des vins par le chauffage.

La manière de conduire les expériences et la description des appareils industriels déjà nombreux, qui ont tenté de réaliser les bienfaits de la découverte do M. Pasteur, sont traitées dans les *Études sur le vin*, avec une clarté et une précision des plus remarquables.

THÈSES

SOUTENUES A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

PENDANT L'ANNÉE 1872.

407. Fabre. Des mélanodermies, et en particulier d'une mélanodermie parasitaire.

408. Malherbe. De la fièvre dans les maladies des voies urinaires, recherches sur ses rapports avec les affections du rein.

409. Boutigny. Du choléra et de son traitement.

410. Poulet. Du rôle de la circulation des os dans la production de l'ostéomyélite des amputés.

411. Alirol. Essai sur l'hémorrhagie utérine essentielle.

412. Touplain. De l'hypertrophie prostatique et de son traitement.

413. Pastureau. Des abcès de la prostate.

414. Roque. De la rétraction de l'aponévrose palmaire.

415. Deboudt. Étude critique sur le traitement des voies lacrymales.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

M. V. Cornil fera, à partir de lundi, 10 février, à l'École pratique, amphithéâtre nº 3, les lundis et mercredis, à cinq heures du soir, des leçons sur l'anatomie pathologique du système digestif et du système urinaire.

— *Salle du progrès*. — Samedi, 8 février. — Excursion à l'île Maurice, par M. Roque. — La distribution de la richesse, causerie, par M. Antonin Rondelet.

Dimanche, 9. — Les Églises de Paris, par M, l'abbé Soldat. — Les miracles et Notre-Dame de la Salette, par M. le docteur Barbastan. — L'homme de la science et l'homme de la révélation, par M. l'abbé Moigno.

Lundi, 10. — Luz et Barèges, excursion, avec digressions sur la géologie, la physique et la météorologie des Pyrénées, par M. l'abbé Pujo. — Les appareils électriques lilliputiens de M. Loiseau, avec de nombreuses expériences, par M. l'abbé Moigno.

— *Erratum*. — Page 109, 1re colonne, 2e ligne, au lieu de « par le fait même de la *transmission* », lire « de la *transpiration* ». — Même page, 2e colonne, 7e ligne, au lieu de « molécule *phényne* », lire « *phényle* ».

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Leçons d'hygiène, contenant les matières du programme officiel adopté par le ministère de l'instruction publique pour les lycées et les écoles normales, par le docteur BRIANT, professeur d'hygiène, médecin de l'École normale du département de la Seine, etc. 1 vol. in-12 de 600 pages. — Prix : 6 fr. — Paris, 1873. Adrien Delahaye.

De la conservation dans le traitement des fractures compliquées, par le docteur Georges POINSOT. 1 vol. in-8º.—Prix : 6 francs. — Paris, 1873. Adrien Delahaye.

Petit essai philosophique de médecine pratique à l'adresse des gens instruits, par le docteur Emile CHASÉE. 1 vol. in-8º. — Prix : 5 fr. — Paris. Adrien Delahaye.

La syphilis dans ses rapports avec le mariage, par le docteur Edmond LANGLEBERT. 1 vol. in-12. — Prix : 3 fr. 50. — Paris, 1873. Adrien Delahaye.

De la mort par accès de suffocation dans la coqueluche, par le docteur DU CASTEL. In 8º. — Prix : 1 fr. 50. — Paris, 1873. Adrien Delahaye.

Le Directeur : Dr E. LE SOURD.

Paris. —Typographie A. POUGIN, quai Voltaire, 13.

N° 17. — MARDI 11 FÉVRIER 1873. 46e ANNÉE. MARDI 11 FÉVRIER 1873. — N° 17.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Bureaux : 57, rue des Saints-Pères, 57
PRÈS L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

Le prix d'abonnement
doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne hors de Paris
dans les bureaux des Messageries et chez les Libraires
Les lettres non affranchies sont refusées.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui n'en peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS : Trois mois. . 8 fr. 50 c. — Six mois. . . 16 — — Un an. . . . 30 —

POUR L'ÉTRANGER le port en sus suivant les derniers tarifs des Postes.

HOPITAL DES CLINIQUES. — M. DEPAUL

L'hydrocéphalie congénitale au point de vue de la parturition.

Leçon clinique recueillie par M. le docteur A. LE COIN.

Messieurs, vous voyez sur cette table un enfant qui a la tête très-volumineuse et dont le reste du corps ne présente aucune autre anomalie.

Le volume de la tête est dû à du liquide accumulé en grande quantité dans la cavité du crâne. C'est ce qu'on appelle une hydrocéphalie, et une hydrocéphalie congénitale, car cette affection peut aussi se développer après la naissance.

On a appelé aussi hydrocéphalie *externe* celle dont le liquide est hors du crâne, et hydrocéphalie *interne* celle dont le liquide est dans la cavité crânienne.

Je ne veux pas faire en ce moment l'histoire de l'hydrocéphalie d'une manière générale, je ne veux parler que de l'hydrocéphalie congénitale au point de vue de la parturition ; seulement l'hydrocéphalie congénitale est le plus souvent une hydropisie de l'un des ventricules du cerveau.

Cette maladie ne nuit pas beaucoup au développement de l'enfant pendant la vie intra-utérine. Vous voyez que celui-ci n'est pas très-gros, mais il est régulièrement conformé et d'un volume raisonnable.

Arrêtons-nous d'abord sur les circonstances qui ont accompagné la naissance de cet enfant, détails qui nous sont communiqués par le docteur Le Coin, dans l'observation suivante :

OBS. — Le 19 mars 1872, à 1 heure et demie, je fus appelé rue Mazarine, chez Mme Janouin, sage-femme, pour terminer un accouchement difficile.

Il s'agissait d'un enfant à terme dont le tronc s'était dégagé sans aucune difficulté, mais dont la tête était retenue et résistait à toutes les tractions.

Déjà un confrère, ainsi que la sage-femme, avaient fait plusieurs tentatives infructueuses pour amener cette tête. L'enfant était mort, et le confrère, après avoir encore renouvelé quelques efforts d'extraction, déclara qu'il n'avait pas les instruments nécessaires et partit en disant qu'il fallait demander un autre médecin. C'est alors qu'on vint me chercher.

A mon arrivée, je trouve la femme couchée sur le bord du lit, les cuisses demi-fléchies et écartées. Le corps d'un enfant du sexe féminin pend entièrement hors de la vulve. Le cordon ombilical est assez long pour ne pas être tiraillé dans les divers mouvements qu'on imprime au tronc de l'enfant. Il porte plusieurs nœuds et plusieurs nodosités variqueuses et ne présente plus aucun battement. Le corps de l'enfant est complétement refroidi.

J'examine rapidement la mère. Quoique déjà très-fatiguée, elle est très-disposée à se prêter à toutes les manœuvres nécessaires pour terminer l'accouchement.

Je glisse alors le doigt sur la partie latérale du tronc, et constatant la dilatabilité du vagin, j'introduis facilement les trois autres doigts. J'arrive presque immédiatement sur une saillie surmontée par une ouverture transversale que je reconnais facilement être le menton et la bouche ; puis, plus haut, les yeux, et enfin je parviens jusqu'aux arcades sourcilières, où je suis arrêté. La face est donc tout entière dans le petit bassin, dans la concavité du sacrum.

En contournant la tête, je ne puis engager le doigt entre le pubis et l'occipital, qui est appliqué exactement sur eux.

Je veux alors essayer à mon tour de dégager la tête. Pour cela, j'introduis deux doigts de ma main droite dans la bouche de l'enfant ; puis, glissant deux doigts de ma main gauche, en fourchette, sur la nuque, je m'efforce d'imprimer quelques mouvements à la tête ; mais, malgré des tractions et des efforts énergiques, je n'obtiens pas de résultat favorable ; il semble même que lorsque je cesse les tractions, la tête remonte un peu, comme par un mouvement d'élasticité.

En même temps que je pratique ces manœuvres, je fais tirer sur le corps de l'enfant ; j'engage la mère à pousser et à faire valoir les contractions utérines, qui sont encore assez énergiques. Tout cela n'a aucun résultat.

La sage-femme renouvelle ces essais, mais inutilement.

Nous changeons la position de la mère, et nous la faisons coucher sur le côté droit, les jambes et les cuisses fortement fléchies ; mais les tractions n'amènent aucun changement.

Je me décide alors à faire une application de forceps ; les cuillers glissent sur la partie fœtale, et je suis obligé de les retirer. Je fais une seconde tentative, qui n'a pas plus de succès que la première.

Il est alors cinq heures du soir. La mère, quoique très-énergique, est épuisée. Elle est presque en syncope. Je la fais coucher dans son lit ; on l'entoure de boules d'eau chaude, et je la laisse reposer un peu.

Je préviens alors la sage-femme que, vu l'inutilité de nos tentatives, il fallait changer de ligne de conduite.

La difficulté d'extraction de la tête ne pouvait provenir du bassin de la mère, qui est très-large, et ne provenait pas non plus d'une mauvaise présentation, puisque la face a déjà franchi le détroit supérieur, le volume seul du crâne est un obstacle à l'accouche-

ment, réduire ce volume par la perforation du crâne et l'évacuation de la matière cérébrale est ce qui se présente naturellement à l'esprit, surtout l'enfant étant mort.

Je me décide à ce dernier parti et annonce à la sage-femme que je reviendrai dans une demi-heure pour procéder à la perforation du crâne.

Lorsque je reviens, la sage-femme me dit que la mère souffrant beaucoup et l'utérus présentant toujours des contractions, elle avait recommencé des efforts de traction si considérables que je ne l'aurais pas laissé faire si j'avais été présent, et qu'elle avait amené un enfant à tête monstrueuse.

Je vis alors que nous avions affaire à une tête hydrocéphale, dont la mollesse avait seule permis le passage par les voies maternelles.

Le placenta avait été expulsé presque immédiatement après l'extraction de la tête. Il ne présentait aucune particularité.

Un écoulement de sang assez abondant suivit la délivrance et persista pendant quelques heures.

Voici les renseignements que me donna la sage-femme sur ce qui s'était passé avant mon arrivée.

Les douleurs avaient duré toute la nuit.

Vers neuf heures du matin, la dilatation du col était d'environ la grandeur d'une pièce de cinq francs.

Lorsque la poche des eaux se rompit, il s'écoula une quantité de liquide amniotique plus considérable que d'habitude. Les pieds se dégagèrent les premiers; mais on fut obligé d'aller chercher les bras, qui ne se dégageaient pas. Le cordon cessa de battre vers onze heures.

La mère avait déjà eu deux couches très-naturelles; elle me dit qu'elle avait remarqué que ses deux premiers enfants avaient la tête plus petite que les enfants de leur âge. Le second est d'un caractère très-dissimulé, ne veut rien apprendre, il a dix ans, et malgré tous les efforts de ses maîtres, il ne sait pas encore lire.

Sa dernière grossesse n'a rien présenté de remarquable. Elle a amené quelques vomissements au début, mais qui cessèrent bientôt. Cependant, la mère a remarqué que son ventre était plus gros qu'à ses précédentes couches. Il lui semblait aussi que l'enfant lui pesait plus sur les reins; elle n'a pas reçu de coups, ni fait de chutes pendant sa grossesse; mais elle a eu de vives contrariétés à son début.

Messieurs, l'hydrocéphalie peut faire naître des difficultés variables au moment de l'accouchement, suivant que l'enfant se présente par la tête ou par l'extrémité pelvienne. Un fait qui mérite d'être signalé, c'est que l'hydramnios complique très-souvent les grossesses qui se terminent par la naissance d'un hydrocéphale.

Lorsqu'il s'agit d'une présentation de l'extrémité céphalique dans un cas d'ydrocéphalie assez considérable, la partie demeure très-élevée. Ce fait, qui doit toujours préoccuper, même avant la rupture des membranes, persiste ici même après l'écoulement du liquide.

En parvenant jusqu'au détroit supérieur, on sent, par le toucher, une poche fluctuante qui se tend pendant la contraction, et qu'on peut prendre pour la poche des eaux. Dans cette croyance, on a même quelquefois perforé la peau et pénétré dans le crâne sans se douter que le liquide qui s'écoulait venait de cette cavité.

Cependant il faut des efforts particuliers pour ouvrir le crâne; mais comme on ne se doute de rien, on prend le liquide qui sort pour du liquide amniotique.

Cependant, en examinant attentivement, on peut sentir, sur une espèce de sac membraneux, des plaques osseuses minces irrégulièrement disséminées, ce qui ne tarde pas à éclairer le diagnostic.

En 1852, je reconnus un hydrocéphale dont voici la tête énorme. Je perforai la tête, et l'accouchement se termina facilement.

A ces signes, on reconnaît que la difficulté de l'engagement provient bien de la tête, et on éloigne l'idée d'un vice de conformation du bassin, qui a de son côté des caractères particuliers qu'une investigation convenable permet de constater.

L'hydrocéphalie peut d'ailleurs coïncider avec un rétrécissement du bassin de la femme. J'en ai observé un cas dans lequel les efforts que fit la femme pour accoucher furent tels qu'elle se rompit les vésicules pulmonaires, et un emphysème pulmonaire mortel en résulta. J'ai publié cette curieuse observation, et je conserve dans mon musée la tête de l'enfant et le bassin de la mère.

On a pu aussi croire, dans quelques cas, à une présentation du tronc. Cette partie fœtale est molle et dépressible, surtout quand l'abdomen est en avant et accessible. Mais cette présentation a aussi ses caractères propres, et avec un peu d'expérience, on ne se laissera pas tromper.

Cependant, malgré tous les caractères qui leur appartiennent, on méconnaît souvent les hydrocéphales, car ce sont des cas rares, auxquels on ne songe pas volontiers.

Lorsque la présentation a lieu par l'extrémité pelvienne, le dégagement du tronc se fait seul, ou bien on tire sur les membres pour arriver à ce résultat; mais la tête est retenue. Le médecin s'imagine alors, tantôt que la tête est accrochée au détroit supérieur, tantôt que l'occiput est tourné en arrière, tantôt que le col est rétracté. Il redouble d'efforts, le cou cède, le tronc se sépare et on voit sortir une quantité considérable de liquide. Bientôt la tête sort ou est facilement extraite, et c'est alors seulement qu'on reconnaît l'hydrocéphalie.

Dans d'autres cas, après avoir tiré avec une certaine force, les bons accoucheurs expérimentés n'insistent pas trop. Ils introduisent les doigts et même la main, et après avoir reconnu la cause des difficultés, ils se contentent d'une simple ponction, qui suffit pour les faire cesser.

Après avoir duré plus ou moins longtemps, les difficultés peuvent cesser tout à coup, et cela en vertu de mécanismes divers fort curieux dont le cas actuel nous a offert un des exemples.

Vous voyez comme la tête de cet enfant est molle, allongée et dépressible. Elle n'était pas ainsi dans l'utérus avant les tractions qui ont été exercées; mais sous leur influence, le liquide a pu passer de l'intérieur du crâne sous le cuir chevelu à la faveur de quelque éraillure sur le trajet des sutures ou des fontanelles, et plus souvent de quelques fractures des plaques osseuses.

A partir de ce moment, toute difficulté disparaît. Un léger effort dégage la tête, qui s'est considérablement modifiée. Il suffit de prendre l'enfant par les pieds et de laisser pendre la tête pour voir celle-ci s'allonger sous le poids du liquide qui s'accumule sous la peau du crâne.

Dans d'autres cas, un autre phénomène se produit. Le liquide, après avoir passé de la cavité crânienne sous la peau, fait éclater celle-ci et s'épanche au dehors, et la difficulté se trouve instantanément vaincue.

Mais on peut observer une terminaison bien plus singulière encore. Après des tractions violentes et souvent infructueusement répétées par plusieurs confrères, tout à coup toute résistance cesse et l'enfant est facilement entraîné. La tête, qui ne représente plus qu'un sac vide, est devenue molle et flasque, et le liquide a passé dans le tissu cellulaire du cou, de la poitrine et quelquefois de presque toutes les parties du corps, qui sont alors

infiltrées et notablement augmentées de volume. Ce qui s'est passé est facile à comprendre, et l'examen du cadavre en donne une évidente démonstration. Sous l'influence de tractions opérées, quelques vertèbres cervicales ont été disjointes. Le liquide comprimé descend alors par le trou occipital et le canal rachidien et s'échappe par ces fissures vertébrales, pour s'injecter dans le tissu cellulaire.

Voici une tête d'hydrocéphale que je conserve dans ma collection et qui a donné lieu au singulier résultat que je viens de vous indiquer.

Quelquefois il arrive que la quantité de liquide infiltré sous la peau est insuffisante pour expliquer la déplétion du crâne. On peut s'attendre alors à en rencontrer une grande quantité dans l'une ou les deux plèvres, et cela se produit par un mécanisme analogue au précédent, seulement la disjonction vertébrale a eu lieu dans une région plus inférieure.

Dans un cas semblable qui se présenta à la Clinique il y a quelque temps, il me fut possible d'annoncer aux élèves que le liquide que je ne trouvais pas sous la peau avait dû passer dans les plèvres, et en effet, à l'autopsie, on trouva le liquide dans ces cavités séreuses.

Voici la pièce anatomique avec les lésions de la colonne vertébrale. C'est le souvenir d'un fait encore plus extraordinaire que ceux dont je viens de vous parler, qui m'avait permis de porter ce diagnostic.

Étant chef de clinique de M. le professeur Paul Dubois, je fis l'autopsie d'un enfant mort après une application de forceps faite pour un vice de conformation du bassin, et je ne fus pas peu surpris de trouver une certaine quantité de matière cérébrale dans la plèvre ; elle avait été refoulée dans le canal vertébral et s'était injectée par les trous de conjugaison dans la cavité pleurale. Je fis voir la pièce à mon illustre maître, qui en resta confondu.

Vous voyez, messieurs, que, dans un grand nombre de cas, le défaut de diagnostic n'empêche pas toujours une terminaison relativement heureuse de l'accouchement. Cependant il vaut mieux savoir à quoi l'on a affaire, car alors il suffira d'une ponction qui terminera l'accouchement, tandis que, par des tractions violentes, on peut produire des accidents pour la femme.

Je vais maintenant ponctionner la peau du crâne de cet enfant. Vous voyez que le liquide qui s'écoule est de nature séreuse, un peu coloré par du sang. Il y en a environ 500 grammes. Vous voyez, en outre, que le péricrâne est décoloré dans presque toute son étendue.

Le pariétal droit présente une fracture transversale, qui fait communiquer la cavité crânienne avec cette poche extérieure, car une perforation de la dure-mère existe à ce niveau.

On remarque aussi une fracture transversale de l'occipital, qui établit une large communication entre l'intérieur et l'extérieur du crâne. Celui-ci contient encore une certaine quantité de liquide.

La tête ayant été séchée et préparée, en voici les dimensions exactes :

Diamètre	occipito-frontal.	16	centimètres.
—	bi-pariétal.	14	—
—	sous-occipito-bregmatique	15	—

DES ACCIDENTS

PRODUITS PAR L'EMPLOI SUR LA PEAU DE CHEMISES DE LAINE AUX COULEURS D'ANILINE (1)

Par le docteur A. Viaud-Grand-Marais, professeur à l'École de médecine de Nantes.

La fuchsine s'enlève des tissus par l'alcool bouillant et surtout par l'alcool méthylique, que les teinturiers appellent improprement méthylène.

Lorsqu'on veut la faire disparaître par point pour l'impression, on se sert d'un mélange de gris de zinc, de mucilage de gomme et d'hyposulfite de soude. Le zinc réduit alors la couleur, et un lavage à l'eau acidulée enlève la leucaniline. (Voir *Musterzeitung für Faerberei*, 1870, n° 17.)

Les confiseurs se servent de la fuchsine et de ses dérivés, tant pour colorer des bonbons fondants et des glaces que pour falsifier les sirops de fruits rouges.

On l'utilise aussi pour falsifier le cassis, et nous l'avons rencontrée dans de prétendus guignolets, que des fabricants de liqueurs de Nantes donnent gratis aux capitaines de navire pour leur équipage ; guignolets tellement faibles en alcool et médiocres de goût, que les matelots refusent de les boire (2).

Les sels de rosaniline sont aussi employés en Bretagne pour forcer la teinte des vinaigres et des cidres. Dans tous ces cas, ils sont employés en très-petites quantités ; l'autorité, toutefois, ne doit pas abdiquer toute surveillance à leur sujet, surtout quant aux sirops de fruits et au cassis, qui exigent une plus grande quantité de couleur que les autres préparations.

La question des *violets d'aniline* est plus complexe. Ils diffèrent entre eux d'origine et de composition chimique.

Les uns sont obtenus directement par l'action des oxydants sur les solutions aqueuses de sels d'aniline ; tel est le violet de Perkins.

Les autres dérivent de l'oxydation d'anilines, dans lesquelles on a introduit à l'avance des radicaux alcooliques, ainsi les violets de Paris.

Une troisième classe est fournie par les déchets des préparations de fuchsine : violets de violaniline et de mauvaniline.

D'autres enfin, plus nombreux, dérivent de la rosaniline elle-même.

1° Le *violet de Perkins* (rosolane, violet d'aniline, aniléine, mauvéine, indisine) est la plus ancienne de toutes les couleurs d'aniline. Il a pour formule, d'après son inventeur, $C^{54}H^{24}Az^{4}$, ce qui correspond à un équivalent d'aniline et à trois de toluidine ; équation qui ne rend pas compte du mode de formation de ce violet, puisqu'on peut l'obtenir d'anilines chimiquement pures.

Il résulte de l'action prolongée d'un corps oxydant (bichromate de potasse ou hypochlorite de calcium) sur une solution aqueuse de sulfate d'aniline. Il est d'ordinaire livré à l'industrie sous forme de pâte, et est souvent appelé *violet au chrôme*.

La mauvéine, base du violet de Perkins, se présente sous la forme d'une poudre cristalline noirâtre ; en solution, elle offre

(1) Suite. — Voir les numéros des 4, 6 et 8 février 1873.

(2) E. Vande-Vyvère, de Bruxelles, a publié en 1863, dans les *Archives médicales belges*, un travail sur ces falsifications et a démontré qu'un très-grand nombre de sirops, des sirops de groseilles entre autres, contiennent tout autre chose que du sucre et du jus de fruit, et se composent d'eau, de glycose, de fuchsine et d'une essence faite de toute pièce avec des hydrocarbures extraits de la houille.

Les liqueurs et les sirops teints à la fuchsine sont décolorés par la soude qui donne aux sirops de fruits une teinte d'un vert sale. Ils deviennent jaunes orangés, sous l'influence de l'acide sulfurique, lequel vivifie, au contraire, la couleur rouge des sirops naturels.

une teinte violette peu flatteuse, qui passe à un beau mauve au simple contact d'un acide. C'est un alcaloïde puissant chassant l'ammoniaque de ses combinaisons.

On l'utilise surtout sous forme d'acétate, et tous ses sels sont solubles dans l'eau et dans l'alcool.

L'iodure d'éthyle, au lieu de bleuir le violet de Perkins, le rougit, et le fait passer à la nuance dahlia.

La mauvéine est de toutes les couleurs dérivées de la houille la plus solide, mais elle reste sous ce point bien inférieure à la garance.

2° *Les violets de méthylaniline* découverts par Lauth et préparés principalement par Poirrier et Bardy, sous le nom de *violets de Paris*, se forment en chauffant ensemble de la méthylaniline, du chlorate de potasse et de l'iode.

La masse se trouve transformée en une substance d'un beau vert bronzé, insoluble dans l'eau, mais y devenant soluble dès qu'on en chasse l'iode et qu'on le remplace par un acide. Ces violets sont donc encore le résultat d'une oxydation.

3° *Les violets fournis par les déchets de la préparation de la fuchsine* sont de deux sortes : les uns ont pour base la violaniline $C^{36} H^{15} Az^{3}$; les autres, la mauvalinine $C^{38} H^{17} Az^{3}$.

La *violaniline*, la *mauvaniline* et une autre base à sels jaunes qui les accompagne, sont des homologues de la rosaniline, et comme elles, résultent de la condensation en une seule de trois molécules de monamines, perdant chacune deux molécules d'hydrogène sous l'influence de l'agent oxydant. Elles se présentent dans les déchets à l'état de sels arsenicaux.

La violaniline a des sels d'un violet bleuâtre non utilisés : ceux de mauvaniline, d'un beau pourpre, solubles dans l'eau et l'alcool, peuvent au contraire être parfaitement employés pour la teinture.

Cette dernière base est insoluble dans l'eau, et les alcalis la précipitent de ses solutions, sous forme d'une poudre d'un brun clair. C'est une triamine toluénique diphénylénique, c'est-à-dire dans laquelle les proportions des éléments phényle et toluyle sont renversés. Elle possède aussi elle trois atomes d'hydrogène susceptibles de substitution.

4° Les *violets dérivés de la rosaniline* sont de plusieurs sortes. Les uns, *violets à l'aldéhyde* découverts par Ch. Lauth, résultent de l'action simultanée d'une aldéhyde et d'un acide minéral sur le rouge d'aniline. On les considère comme des sels à bases hexatomiques, et on leur attribue des équivalents très-élevés. Ils sont solubles dans l'eau et dans l'alcool, mais offrent des tannates insolubles.

Les autres proviennent de la substitution de nouveaux radicaux alcooliques à quelques-uns des équivalents d'hydrogène de la rosaniline. Les principaux de cette seconde catégorie sont les violets impériaux et les violets d'Hofmann.

Les violets impériaux sont dus à l'introduction dans la rosaniline de nouveaux atomes de phényle, ce qu'on obtient en chauffant pendant plusieurs heures cette substance avec de l'aniline. Ils sont surtout utilisés à l'état de chlorhydrates.

(A suivre.)

EMPOISONNEMENT PAR LE LAUDANUM DE SYDENHAM

GUÉRISON.

(Observation du docteur Chataniou, d'Aubusson.)

Le nommé D..., âgé de 40 ans, meunier, me fit appeler au mois de mai 1871, pour une contusion du testicule droit, pour laquelle je prescrivis des cataplasmes arrosés de laudanum de Sydenham et un purgatif (sulfate de magnésie).

Je retournai le lendemain voir ce malade, que je trouvai dans une somnolence impossible à dissiper. Étonné de cet état que rien ne pouvait justifier, j'arrivai, par une série de questions, à découvrir qu'il avait pris, comme purgatif, le laudanum dont la dose s'élevait environ à 20 grammes. Le malade était néanmoins calme (il y avait, lors de mon arrivée, à peu près deux heures qu'il avait absorbé le poison). Les pupilles étaient resserrées; le pouls dur et fréquent; la peau chaude, sudorale. Pas de nausées ni de vomissements, assoupissement continuel, dans lequel retombait le malade aussitôt qu'on cessait de lui parler.

J'employai immédiatement le café à hautes doses, et concurremment je lui fis prendre à doses fractionnées, toutes les dix minutes, de la poudre d'ipéca associée au tartre stibié.

Voyant que, malgré cette médication énergique, je n'obtenais pas de vomissements (le malade avait déjà pris environ 7 gr. 50 d'ipéca et 25 centigrammes d'émétique), je donnai par cuillerées une potion avec 50 centigrammes de sulfate de cuivre; puis je fis faire sur la région épigastrique des frictions stimulantes et promener des sinapismes sur les extrémités inférieures, tout en ayant soin de tenir le malade constamment éveillé.

Enfin, sous l'influence de ce traitement, les premiers vomissements apparurent à trois heures du soir, c'est-à-dire à peu près huit heures après l'ingestion de la substance toxique. Ces vomissements devinrent de plus en plus nombreux et abondants; ils dégageaient une forte odeur vireuse, rappelant celle du laudanum.

Comme il n'y avait pas eu de selles, je fis donner, par précaution, un lavement fortement purgatif : peu à peu les symptômess d'empoisonnement disparurent, et vingt-quatre heures après, le malade n'accusait qu'un peu de céphalalgie et un léger prurit.

Cette observation est remarquable : 1° par l'absence de toute période convulsive; 2° par l'apparition tardive des vomissements.

En effet, chez ce malade, il n'y avait eu aucune espèce de convulsions préliminaires. L'état de calme dans lequel il se trouvait était tel, que les personnes de son entourage croyaient qu'il était sous l'influence d'un sommeil réparateur. La période de collapsus avait donc été, pour ainsi dire, le premier et unique phénomène morbide. Je crois qu'il faut mettre ce fait sur la quantité relativement considérable du médicament absorbé.

Un autre fait remarquable, c'est la difficulté que nous ayons eue pour obtenir des vomissements, malgré l'énorme quantité de matière vomitive employée et malgré l'abondance du liquide ingéré (environ trois ou quatre litres de café noir). Gubler, dans ses *Commentaires thérapeutiques du Codex*, nous en donne l'explication. Il doit y avoir, en effet, dans les empoisonnements à hautes doses par les opiacés, abolition presque complète des actions réflexes des nerfs de l'estomac, par engourdissement de la sensibilité générale, d'une part, et, d'autre part, par diminution de la tonicité musculaire. C'est dans ces conditions qu'il faut faire, suivant le précepte de Grisolle, des applications successives du marteau de Mayor : ce que nous n'aurions pas hésité à pratiquer dans le cas présent, si les vomissements n'étaient pas survenus.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Séance du 19 juillet 1872 (1). — Présidence de M. Gros.

M. Caudmont, au nom d'une commission composée de MM. Boinet, Giraldès, et Caudmont, rapporteur, donne lecture du rapport suivant, sur le travail de M. Reliquet, ayant pour titre : *Des moyens*

(1) Suite. — Voir les numéros des 11, 21 janvier et 4 février 1873.

propres à détacher les incrustations calcaires adhérentes aux parois de la vessie.

Messieurs, dans les affections graves de la muqueuse vésicale, qu'elles soient phlegmasiques ou organiques, il est assez fréquent de rencontrer des incrustations calcaires adhérentes à la face interne de la vessie, lesquelles sont susceptibles de se détacher, de devenir libres dans la cavité vésicale et d'être expulsées sous la forme de plaques, de grains irréguliers ou de boue plâtreuse. Ces incrustations se déposent sur les parties des parois vésicales qui forment saillie, et qui sont en contact avec l'urine; elles font corps avec une couche pseudo-membraneuse sécrétée à la surface de la membrane muqueuse dépourvue de son épithélium, et c'est de cette manière que leur adhérence s'établit. La présence de ces dépôts calcaires entretient et aggrave l'état maladif des parois vésicales, et il est toujours utile d'en provoquer la désagrégation et l'expulsion. Le moyen qui a été reconnu le plus efficace pour obtenir cet heureux résultat, consiste dans l'emploi d'injections soit simplement détersives, soit médicamenteuses et capables d'exercer une action plus ou moins énergique sur l'état maladif de la muqueuse vésicale. On a bien proposé aussi de faire le curage de la cavité du réservoir urinaire au moyen de brise-pierre à cuillers, qui frottent sur les parties incrustées et ramassent les concrétions calcaires : cette opération a même été pratiquée quelquefois sciemment, mais le plus souvent elle a eu lieu à l'occasion de recherches pour trouver et saisir une pierre qu'on croyait exister dans l'intérieur de la vessie, d'après les renseignements fournis par l'examen fait avec la sonde, lequel est sujet à beaucoup d'inexactitude. A la suite de ces manœuvres, on a vu sortir une quantité plus ou moins considérable de sable calcaire, et toujours les malades en ont éprouvé un grand soulagement. De sorte que quelle que soit la méthode employée, le résultat est favorable, pourvu qu'on réussisse à débarrasser la vessie; néanmoins on doit donner la préférence à celle qui exerce sur l'économie tout entière le retentissement le moins dangereux. Il est hors de doute, sous ce rapport, que la méthode des injections doit mériter la préférence; quoique, dans ce cas, le contact des instruments avec les parois de la vessie, entraîne moins de dangers qu'on ne serait tenté de l'admettre.

M. le docteur Reliquet vous a présenté un travail basé sur les résultats de sa pratique, et concernant des modifications avantageuses qu'il est possible d'introduire dans les procédés habituellement employés pour obtenir par les injections la séparation et l'expulsion des concrétions calcaires adhérentes aux parois de la vessie. Il se déclare partisan de la méthode des injections, de préférence à toute autre, et dans trois observations qu'il a réunies et dont il vous donne des extraits, il vous fait voir toutes les ressources qu'il est possible de retirer de cette méthode et l'innocuité qu'elle présente, malgré la gravité de l'état général qui accompagne presque toujours la présence des incrustations calcaires dans la cavité vésicale.

Dans le premier fait, il s'agit d'un malade atteint d'un calcul vésical, et chez lequel la vessie était tellement contractée, que le patient ne pouvait rester plus de dix minutes sans accomplir la miction, et qu'il était impossible d'y faire pénétrer par une injection plus de 10 grammes de liquide. Avec le concours de M. Onimus, M. Reliquet soumet la vessie à l'action des courants constants pendant 4 minutes, et immédiatement il peut injecter 150 grammes d'eau tiède sans provoquer l'envie d'uriner. Il profite de cette tolérance et pratique aussitôt une exploration avec un lithotriteur, à l'aide duquel il reconnaît une pierre occupant le plancher de la vessie en arrière du col, mais qu'il ne peut réussir à saisir dans l'instrument. Cinq heures après cette manœuvre opératoire, une rétention d'urine se déclarait, et ne cessait qu'après l'expulsion d'une large plaque calcaire enroulée sur elle-même. Les jours suivants, d'autres plaques ont été rendues à la suite d'injections précédées et suivies de l'application des courants constants. La dernière plaque évacuée a été entraînée dans l'œil de la sonde. Plus tard, le malade fut opéré de la pierre par la cystotomie, et il fut possible de constater par l'examen direct de la vessie qu'il ne restait plus d'incrustations calcaires sur ses parois. M. Reliquet attribue le départ de ces plaques calcaires, toutes fraîches décollées, à la grande dilatation de la vessie, qu'il lui fut possible d'obtenir instantanément à plusieurs reprises sous l'influence des courants constants, dilatation qui a eu pour résultat d'amener le craquelage et la séparation des incrustations déposées à la surface interne de la vessie habituellement racornie. Je crois qu'il est bon de tenir compte aussi de ce qu'ont pu produire les manœuvres pratiquées avec le brise-pierre explorateur pour arriver à découvrir la pierre, à reconnaître sa situation et à la saisir. Mais, de toutes manières, il est incontestable que cette injection abondante, qui a forcé la cavité vésicale à prendre plus d'ampleur, a dû exercer une action très-utile pour obtenir le départ des plaques : M. Reliquet a fait, dans ce cas, une application très-heureuse de l'action des courants constants, qui lui ont permis de rendre plus efficace l'effet habituel des injections. Aussi n'hésite-t-il pas à formuler la conclusion suivante : les courants électriques constants, en diminuant subitement la sensibilité de la vessie, permettent une dilatation brusque et plus grande que d'habitude de cet organe; ils provoquent ainsi le décollement des incrustations calcaires adhérentes à la vessie par de larges surfaces. Il est impossible de ne point reconnaître dans ce fait une modification très-utile apportée au procédé ordinaires des injections vésicales, et M. Reliquet doit être approuvé lorsqu'il déclare que, dans une semblable circonstance, il ne manquera pas de diriger les courants constants à travers la vessie avant d'y faire pénétrer les injections.

Dans la seconde observation, l'injection vésicale a été pratiquée par le procédé de l'irrigation continue, dont M. Reliquet est l'inventeur.

Le malade, âgé de 60 ans, avait été opéré de la pierre par la lithotritie cinq ans auparavant. Il avait été parfaitement guéri, lorsque, six mois avant l'arrivée de M. Reliquet auprès de lui, il fut pris de nouvelles douleurs, de ténesme vésical, avec retentissement considérable sur l'état général; la bouche était mauvaise et la langue recouverte d'un enduit fuligineux; les urines étaient glaireuses, purulentes et renfermaient des caillots de sang.

Le malade avait rendu depuis quelque temps de tout petits graviers, ayant des aspérités très-aiguës, et enveloppés chaque fois d'un caillot sanguin. M. Reliquet voulut faire une exploration de la vessie : au col vésical, il éprouva un arrêt, vit sortir du sang par la sonde, puis sentit celle-ci frotter sur quelque chose de rugueux, et, pénétrant dans la vessie, put constater que l'urine succédait brusquement au sang, en même temps qu'il ne réussit à trouver aucun corps étranger dans la cavité vésicale. Il conclut à l'existence de graviers fixés sur le col vésical. Pour obtenir la sortie de ces graviers, le chirurgien pratiqua et fit pratiquer par le patient des séances d'irrigation continue, qui furent répétées chaque jour matin et soir. Chaque irrigation fut suivie d'un calme relatif très-notable; le troisième jour, des graviers enveloppés de caillots de sang furent expulsés; il y en eut encore d'autres les jours suivants, et, le vingtième jour, le calme fut complet, les envies d'uriner n'arrivant plus que toutes les deux ou trois heures, et la miction s'accomplissant sans douleur. Un nouvel examen fait avec la sonde permit de constater l'absence du frottement rugueux qui existait au moment du passage à travers le col vésical. Mais, six mois après, il succomba aux suites d'une rétention d'urine, pendant lesquelles l'état général s'aggrava d'une manière considérable, en même temps qu'il se forma une grande poche fluctuante au-dessous des côtes droites, au niveau du foie tuméfié.

Sans nous arrêter à l'explication donnée par M. Reliquet, à propos du siége et de la formation de ces graviers, il ressort de cette observation un fait incontestable et qu'il pourra être avantageux d'utiliser en semblable circonstance, c'est que l'injection d'arrière en avant, c'est-à-dire de la vessie vers l'extérieur, telle que permet de la pratiquer l'instrument proposé par ce chirurgien, peut réussir à débarrasser un malade de graviers enchevêtrés dans le col de la vessie, à la pointe du trigone vésical, ou engagés dans la région prostatique de l'urèthre : c'est une application nouvelle et heureuse de ce procédé d'irrigation continue.

Le travail de M. Reliquet se termine par une troisième observation, dans laquelle il employa sans succès les diverses méthodes d'injection pour soulager un malade qui rendait dans ses urines des lambeaux mous, incrustés de dépôts calcaires sur une de leurs surfaces, lesquels provenaient probablement d'une tumeur présentant une assez grande consistance et reconnue par le chirurgien implantée sur le plancher de la vessie. Il remarqua que le liquide de l'injection entraînait dans les yeux de la sonde, qui était de gros calibre, des portions de ces lambeaux incrustés, et qu'il était ainsi possible d'en débarrasser la vessie, en retirant chaque fois la sonde ainsi chargée. Il put constater qu'après la sortie de ces lambeaux, il y avait toujours un peu de calme. Mais le malade ne put échapper à la mort, épuisé par un état général grave, que l'opérateur explique par un état habituel d'intoxication urineuse, mais qui pourrait bien avoir été produit par une autre cause. M. Reliquet insiste du reste très-peu sur cette dernière observation, qui n'a trait à aucun fait nouveau; car il est arrivé à tous les chirurgiens de retirer par les yeux de la sonde des portions de tumeur fongueuse, et on a même vu quelquefois, après les manœuvres faites avec une algalie, des tumeurs fongueuses tout entières être expulsées hors de la vessie. Néanmoins, le fait de M. Reliquet démontre une fois de plus que l'élimination des tumeurs fongueuses ou des fausses membranes qui tapissent quelquefois la surface interne de la vessie dans les cystites graves, peut amener un certain degré d'apaisement dans les douleurs éprouvées par le malade, sans pour cela conjurer le sort qui le menace. Il résulte encore de l'observation communiquée par ce praticien que l'extraction successive des fragments membraneux contenus dans les yeux de la sonde peut être érigée en méthode de traitement opératoire pour débarrasser la vessie des productions hétérogènes; et si le succès n'a pas répondu au désir de l'opérateur, le résultat ne peut néanmoins entraîner un jugement fâcheux sur cette pratique.

M. Reliquet fait suivre son travail de considérations dans lesquelles il établit que les divers procédés qu'il vient de faire connaître ont surtout pour but d'éviter aux malades l'intoxication urineuse, à laquelle exposent d'une manière si fréquente et si fâcheuse les opérations qui sont effectuées, soit dans la cavité vésicale, soit dans celle de l'urèthre. Il est certain que dans deux au moins des observations que nous fait connaître M. Reliquet, ces accidents ont été éloignés et en tout cas n'ont pas été provoqués. Dans la troisième, il ne paraît pas que ce chirurgien ait réussi à enrayer la marche de ces accidents. Nous appelons l'attention de la Société sur ce résultat mis en évidence par les faits qui nous sont signalés, sans cependant pouvoir partager l'opinion qu'il en serait toujours ainsi dans des cas analogues. Rien n'est plus variable que la tolérance des malades devant les opérations de cathétérisme, quel qu'en soit le but et quels que soient les moyens mis en usage pour la solliciter. Toutefois il ne faut pas perdre de vue les modifications préconisées par le présentateur, lesquelles peuvent être appelées à rendre de grands services dans certaines circonstances.

Le travail de M. Reliquet est donc essentiellement pratique, et nous fait voir chez ce chirurgien un noble désir de faire progresser l'art de guérir, en ce qui concerne les opérations qui intéressent les organes urinaires. La notoriété s'est déjà attachée aux publications faites par ce chirurgien, et que distinguent des recherches sérieuses et consciencieuses, exposées avec beaucoup de méthode. Voici la liste des ouvrages qu'il a publiés : 1° *De l'uréthrotomie interne;* 2° *Des irrigations continues de l'urèthre et de la vessie;* 3° *Des incrustations calcaires de la paroi vésicale;* 4° *De l'action des courants électriques continus sur les spasmes de la vessie, de l'urèthre et des uretères;* 5° enfin, un Traité très-important des opérations des voies urinaires. En outre, M. Reliquet a été interne distingué des hôpitaux de Paris.

Nous croyons donc que la Société de médecine de Paris fera une excellente acquisition en recevant dans son sein le candidat; nous proposons, en conséquence, d'inscrire le nom de M. Reliquet sur la liste de candidature, et de renvoyer son travail au comité de publication. (*A suivre.*)

THÈSES

SOUTENUES A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

PENDANT L'ANNÉE 1872.

416. Kuenemann. Quelques considérations sur les polypes muqueux des fosses nasales et de leur traitement.
417. Doliger. De l'intervention chirurgicale dans les occlusions intestinales.
418. Granier. De l'affection psorique et de ses divers traitements, suivi d'un essai de traitement par l'huile de pétrole purifiée.
419. Dubuclet. Valeur pronostique des hémorrhagies intestinales dans la fièvre typhoïde.
420. Nau. Quelques considérations générales sur l'érysipèle.
421. Baudéan. Étude sur un point de pathologie professionnelle des tailleurs en cristal.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

A la suite de troubles survenus pour des causes étrangères à l'ordre scientifique, la Faculté de médecine de Montpellier vient d'être fermée jusqu'à nouvel ordre.

— Une commission, dont le travail est déjà fort avancé, a été nommée pour proposer les réformes destinées à améliorer la situation du corps de santé de la marine. Elle se compose de MM. l'amiral Jurien de la Gravière, président; J. Roux, inspecteur général, Walter et Vincent, inspecteurs adjoints; J. Rochard, Jossic, Arlaud, directeurs; Le Roy de Méricourt, directeur des Archives de médecine navale; G. Duplessy, chef de bureau.

— *École de médecine d'Alger.* — Un concours pour la place de préparateur de chimie et d'histoire naturelle s'ouvrira le 15 mars prochain. La durée des fonctions est de trois ans; le titulaire jouit d'un traitement annuel de 600 fr., et peut être en même temps interne à l'hôpital civil.

— *Hôpitaux de Bordeaux.* — Un concours pour deux places de chirurgiens s'ouvrira le 28 avril 1873.

— Le gouvernement russe vient d'autoriser l'Académie de médecine de Saint-Pétersbourg à accepter un don de 200,000 francs offert par la dame Lidie Rodstvenna à cette Académie, pour la fondation de cours de médecine à l'usage des femmes et pour l'ouverture de ces cours.

— Sur les hauteurs boisées de thuyas et de chênes-liéges qui dominent le camp du col de Takrieds (Bougie), existent trois sources d'eaux ferrugineuses appelées Aïn-ben-Mekkreda.

Une colonne tronquée en marbre rose porte l'inscription suivante :

ÆSCVLAPIO
DIVO
FLVIT, C V.
RA
SEMPRONII GRACVLI
PRÆTORIS.

Au divin Esculape
La fontaine a été érigée par Sempronius Graculus, préteur.

Ces eaux, comme on le voit, étaient connues des Romains. Un chapiteau d'ordre dorique sert actuellement de pilon à un khammès établi en face, Mohamed-ben-Ahmed. Ce chapiteau semble se rapporter à la colonne. Les indigènes des deux sexes attribuent à ces eaux de merveilleuses propriétés curatives, notamment pour les ophthalmies et la stérilité. Une autre inscription, très-incomplète, se lit sur la face opposée de la colonne.

V..... O..... BATA.
SLAVI......
O..... N. M.

— *Société médico-chirurgicale de Liége.* — I. La Société médico-chirurgicale de Liége accordera un prix de 500 francs et le titre de

membre correspondant à l'auteur du meilleur mémoire sur un sujet librement choisi de la médecine, de la chirurgie, des accouchements ou de la pharmacie. — Le mémoire couronné sera publié dans les *Annales* de la Société.

Les auteurs ne doivent pas présenter des travaux d'une étendue excédant cinq feuilles d'impression (soit 80 pages format in-8 des *Annales*).

Il est interdit aux auteurs des mémoires de se faire connaître, soit directement, soit indirectement ; le mémoire doit être accompagné d'une devise répétée dans un pli cacheté, contenant le nom, les qualités et le domicile de l'auteur. — Les travaux devront être remis, avant le 1er août 1874, à M. le docteur Davreux, secrétaire général de la Société, rue de la Casquette, 33, à Liége.

II. La Société médico-chirurgicale de Liége décernera une *médaille* d'or à l'étudiant d'une des universités belges, auteur du meilleur travail sur un sujet librement choisi, concernant l'anatomie, la physiologie, la médecine, la chirurgie, les accouchements ou la pharmacie.

Les travaux devront être remis avant le 15 octobre 1874 au secrétaire général de la Société.

— La Société protectrice de l'Enfance vient de reconstituer son bureau, pour l'année 1873, ainsi qu'il suit :

MM. Béclard, président ; Bergeron et Marjolin, vice présidents ; Alex. Mayer, secrétaire général ; Duchesne et Ph. Lafitte, secrétaires des séances ; Cesselin, trésorier.

La Société met au concours, pour l'année 1873, la question suivante : « Des moyens de généraliser l'allaitement maternel. »

Le prix sera de 500 francs.

Les mémoires, écrits en français, doivent être adressés francs de port, avant le 1er novembre 1873, au secrétaire général de la Société, M. le docteur Alex. Mayer, 17, rue Béranger.

Les travaux admis au concours ne sont pas rendus à leurs auteurs. — Les membres du conseil d'administration sont seuls exclus du concours. — Les concurrents joindront à leur envoi un pli cacheté, contenant leur nom et leur adresse, avec une devise répétée en tête de leur travail.

— La Société des médecins des bureaux de bienfaisance tiendra sa prochaine séance mercredi, 12 février, à 8 heures précises du soir, à la mairie du Louvre, place Saint-Germain l'Auxerrois.

Ordre du jour : 1° Compte rendu des visites officielles, par M. le président ; — 2° Des réformes à apporter dans le service médical de l'assistance à domicile, par M. le docteur Boinet.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

De l'emploi du ballon à air dans les accouchements, par le docteur Vinay. In-8°. — Prix : 1 fr. 50. — Paris, 1873. Adrien Delahaye.

Anatomie descriptive et dissection, contenant un Précis d'embryologie, la structure microscopique des organes et celle des tissus, par le docteur Fort, ancien interne des hôpitaux, professeur d'anatomie à l'École pratique. 2e édition, considérablement augmentée. 3 vol. in-12, avec 662 fig. intercalées dans le texte. — Prix : 25 fr. *franco*.

L'Étudiant micrographe, traité pratique du microscope et des préparations, par Arthur Chevalier, O. ✻, 1 vol. de 600 pages, 600 figures : 7 fr. 50. — Delahaye, place de l'École-de-Médecine. — Catalogue illustré des microscopes, gratis, chez Arthur Chevalier, Palais-Royal.

Le Directeur : Dr E. Le Sourd.

Paris. — Typographie A. Pougin, quai Voltaire, 13.

N° 18. — JEUDI 13 FÉVRIER 1873. 46e ANNÉE. JEUDI 13 FÉVRIER 1873. — N° 18.

Ce journal parait trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Bureaux : 57, rue des Saints-Pères, 57
PRÈS L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix d'abonnement doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

On s'abonne hors de Paris dans les bureaux des Messageries et chez les Libraires. Les lettres non affranchies sont refusées.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1858 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui n'en peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS: Trois mois. . 8 fr. 50 c. Six mois. . 16 — Un an. . . . 30 —

POUR L'ÉTRANGER le port en sus suivant les derniers tarifs des Postes.

Paris, le 12 février 1873.

SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

La discussion sur l'inspectorat officiel des eaux minérales vient de s'ouvrir. On savait que M. Fauvel prendrait le premier la parole. En effet, cette question le touchait de plus près que toute autre peut-être. Inspecteur général des services sanitaires, c'est lui qui, dans le conseil supérieur d'hygiène publique, est particulièrement chargé de tout ce travail de présentations, de classements, de mutations, etc., etc., qui parvient à faire de l'inspectorat des eaux minérales une série hiérarchisée de places administratives, aux solliciteurs ardents et nombreux. On admire un ministre qui, sans peine, consent à ce qu'on supprime une section de son ministère. Sous le règime de Dioclétien, quand les Césars étaient les lieutenants des Augustes, si un de ces Augustes voulait enlever une de ses armées à un des Césars, il était bien rare que celui-ci se résignât à voir ses troupes ainsi diminuées, et ne préférât pas lever aussitôt l'étendard de la révolte. Les hommes sont toujours les mêmes; et il eût fallu de la part de M. Fauvel une vertu presque extraordinaire pour ne pas venir au secours de l'inspectorat.

Seulement il était permis d'espérer que, dans cette situation un peu délicate, M. Fauvel aurait eu soin de s'élever au-dessus des questions de personnes, et de ne pas s'engager sur ce terrain glissant où, en guise d'arguments, on jette à la tête de ses adversaires l'accusation d'agir pour leur propre intérêt et non par conviction.

Malheureusement M. Fauvel y est entré beaucoup plus loin encore que M. Hérard : si loin même, qu'autour de nous des membres de l'Académie — parfaitement désintéressés dans la question et que nul ne peut accuser d'avoir jamais songé à faire concurrence aux médecins-inspecteurs, bien qu'ils se soient fait une conviction d'après ce qu'ils ont vu et appris à certaines eaux minérales, — ont protesté (à demi-voix, mais assez haut pour être rappelés au silence), contre la convenance douteuse et la souveraine injustice des assertions de l'orateur.

En effet, il fallait vraiment être bien aveuglé par un certain dépit pour voir dans ceux qui ne sont pas les partisans de l'inspectorat officiel une coalition de propriétaires, rêvant un mode d'exploitation plus ou moins frauduleux des sources qu'ils possèdent, et de médecins, les plus infimes, établis auprès des sources thermales et ne sachant à qui s'en prendre de leur peu de notoriété.

« Naturellement, dit M. Fauvel, ceux qui sont le moins favorisés par la clientèle se plaignent, et comme ils ne sont pas moins ambitieux que leurs confrères, ni moins pénétrés de leurs propres mérites, c'est (faute de pouvoir s'en prendre à un autre) à l'inspecteur, à sa position officielle qu'ils attribuent leur peu de succès. »

Tel est le ton général du discours.

En vain M. le rapporteur, dans sa rédaction définitive, a-t-il tenu le plus grand compte des protestations que M. Fauvel avait faites à l'audition de la partie improvisée, et déjà beaucoup mitigée, de son rapport : M. Fauvel n'est pas pleinement satisfait. « Certains passages, dit-il, trahissent une connaissance imparfaite du côté administratif, d'autres marquent des fluctuations qui tranchent avec la formule de la conclusion. »

Nous avons recherché avec soin, dans la suite du discours, quels étaient ces passages qui, dans le rapport, trahiraient une connaissance imparfaite du côté administratif, ou, comme le dit ailleurs M. Fauvel, « une connaissance imparfaite de la loi et des attributions de l'inspectorat. »

Il nous semble que, sur ce point, on peut à peu près innocenter M. Gubler, ou tout au moins lui accorder le bénéfice des circonstances les plus atténuantes.

Entravé dans l'exposition de ses idées les plus libérales par les scrupules de la commission au nom de laquelle il parlait, il avait du moins accentué son opinion sur les vices radicaux du système actuel en recherchant quelques moyens de rendre un peu moins inutiles les inspecteurs qu'on voulait maintenir.

Il aurait voulu qu'on leur accordât quelque rôle actif dans les établissements; que l'autorité les consultât sur l'opportunité de certaines améliorations, sur les permissions d'exploiter de nouvelles sources; il s'était plaint qu'elle eût cessé de le faire depuis longtems, et que l'avis de l'inspecteur, lorsqu'il était par hasard donné, ne parût influer en rien sur la décision à intervenir.

Mais changer quoi que ce pût être aux plus récentes habitudes de l'administration, ne serait-ce pas toucher à l'arche sainte? Tout est donc pour le mieux, suivant M. Fauvel, aussi bien dans la nullité du rôle et des fonctions de l'inspecteur officiel que dans son mode de présentation et de nomination. Sur ce dernier point, M. Fauvel est un témoin digne de foi.

Tout est pour le mieux! Ces cinq mots résument très-bien, à eux seuls, le discours entier de M. Fauvel. Quant aux arguments, ils sont pris indifféremment à droite ou à gauche, suivant le côté menacé.

A ceux qui insistent sur l'inutilité des inspecteurs, il répond, avec les partisans de l'inspectorat, en posant en principe la nécessité d'une intervention de l'État pour sauvegarder la santé publique, *intéressée à un très-haut degré dans l'exploitation d'eaux minérales à l'usage desquelles sont attachés de grands avantages ou de sérieux inconvénients*, et il fait ressortir l'*action puissante que les eaux minérales ont sur l'organisme.*

Quant à ceux, au contraire, qui, vivement frappés par le tableau de cette action puissante, voudraient réglementer l'usage des eaux minérales, il leur répond, avec les adversaires les plus absolus de l'inspectorat :

« Je ne nie aucun des inconvénients plus ou moins graves qui peuvent résulter de l'usage intempestif ou abusif de telle ou telle eau minérale ; mais, tout en déplorant l'imprudence de certains malades sur ce point, et tout en proclamant bien haut la nécessité d'avertir le public qu'une médication thermo-minérale mal appropriée peut être suivie de conséquences graves, je n'admets pas qu'il s'ensuive l'obligation d'établir comme règle que l'usage ne pourra avoir lieu sans autorisation. Pour justifier cette règle, il faudrait, en effet, que les eaux minérales fussent assimilées aux médicaments que les pharmaciens ne peuvent délivrer sans une ordonnance de médecin, c'est-à-dire aux médicaments toxiques à faibles doses. Or, il n'en est point ainsi. Aucune eau minérale ne jouit d'une telle propriété ; les effets dangereux qui peuvent suivre l'usage mal approprié d'une eau fortement minéralisée ne sont jamais le résultat d'une petite dose, et ne se produisent généralement qu'à longue échéance. Les seuls accidents graves qui puissent se produire immédiatement tiennent à la température ou à un mode d'administration mal indiqué, mais non à la minéralisation. Les eaux purgatives elles-mêmes ne sauraient être rangées dans la catégorie des médicaments dangereux, d'abord parce qu'on n'a pas de tendance à en abuser, et ensuite parce que les eaux similaires qu'on débite dans les pharmacies ne sont pas soumises à une prescription médicale.

« Ainsi, de ce que les eaux minérales prises mal à propos peuvent causer des accidents, il ne s'ensuit pas qu'elles doivent être rangées parmi les médicaments dangereux.

« S'il fallait interdire l'usage sans permission de toutes les substances dont l'abus est dangereux... où irions-nous ? Est-ce que l'abus de l'alcool n'est pas dangereux au suprême degré ? Est-ce que celui du tabac n'a pas aussi des inconvénients, et mille autres substances en usage ne produisent-elles pas à la longue de graves désordres ? Et cependant personne n'a prétendu que l'usage de ces substances peut être soumis à une autorisation. »

— Et un peu plus loin il insiste :

« Lorsqu'on préconise une mesure, il ne faut pas seulement l'envisager par le côté sentimental, il faut aussi examiner quelles en seraient les conséquences pratiques.

« Supposons donc pour un instant que l'usage des eaux minérales soit subordonné à une prescription médicale. J'admets que c'est uniquement dans l'intérêt des malades que cette prescription est demandée. Qui ferait cette prescription ? Serait-ce l'inspecteur seul ? Mais c'est alors qu'on crierait avec raison au privilége, et que, quand un malheur arriverait, on ne manquerait pas de s'en prendre à l'inspecteur. Cette attribution exclusive n'est donc pas admissible.

« La prescription serait-elle dévolue à tout médecin exerçant dans la station thermale ? Mais de quel droit celui-là plutôt que tout autre médecin ? Ce serait encore un privilége insoutenable. Et si la prescription du premier médecin venu qui, peut-être, ne connaîtra que de nom l'eau minérale recommandée, suffit pour en permettre l'usage, quelles garanties les malades auraient-ils gagné à cette formalité ? Aucune. »

— Et plus loin encore :

« J'ajoute que, dans un aucun État d'Europe, l'usage des eaux minérales n'est subordonné à aucune autorisation.

« Je me trompe, il y a une exception. En Espagne, quiconque désire prendre les eaux doit, au préalable, payer une redevance de 2 piècettes au médecin directeur de cet établissement. C'est une mesure purement fiscale, que je ne conseillerais pas d'imiter. »

Puis, après avoir écrit ces pages, M. Fauvel a sans doute peur d'avoir trop bien mis en lumière l'inanité de l'argument qui consiste à montrer l'État, dans la personne de l'inspecteur, veillant aux intérêts de la santé publique.

Par ce système de bascule auquel conduit souvent l'amour du *statu quo*, il se jette inopinément de l'autre côté.

« Cependant, tout en concluant pour le libre usage des eaux minérales, je reconnais qu'il y a des cas exceptionnels où il est du devoir d'interdire l'accès d'un établissement thermal à certaines personnes pour lesquelles il y aurait péril immédiat ; tels sont les malades arrivés à la période ultime des affections chroniques, les femmes atteintes de cancer utérin ou celles qui, en état de grossesse, viennent parfois y chercher un moyen d'avortement.

« Bien qu'il ne soit pas inscrit dans la loi, c'est un devoir, en pareil cas, de s'opposer à un véritable suicide ou à un crime, comme nous le ferions en d'autres circonstances.

« Or, comme la police médicale de l'établissement appartient de droit à l'inspecteur, c'est à lui que ce devoir incombe quand un cas de ce genre lui est signalé. Il s'agit, bien entendu, de personnes qui se présenteraient sans prescription formelle d'un médecin exerçant dans la localité. Autrement, l'inspecteur ne peut que signaler le danger. »

Comment ! on admettrait ce droit d'intervention si grave du médecin inspecteur : voir si les femmes sont enceintes, si elles n'ont pas un cancer de l'utérus, si les maladies sont arrivées à leur période ultime, etc. ; constater cela médicalement, scientifiquement, soit pour *avertir du danger* ceux qui seraient munis d'une *prescription formelle d'un médecin habitant dans la localité*, soit pour interdire les eaux à tous les autres ! On admettrait cela par interprétation, par une sorte de tolérance pour le médecin inspecteur ! et on reprocherait à ceux qui avaient le tort de rêver une règlementation légale, on leur reprocherait, dis-je, de ne pas examiner les conséquences pratiques de la mesure en question !

Évidemment, M. Fauvel, qui a si souvent fait montre, entre autres qualités, d'un esprit si net et si logique, s'est trop souvenu, en écrivant un pareil discours, qu'il était l'Inspecteur Général des Services Sanitaires de France.

— M. Jules Guérin a demandé la parole pour la prochaine séance.

— M. Moutard-Martin est élu membre titulaire.

Dr Victor Révillout.

HOTEL-DIEU. — M. Richet.

M. Cruveilhier, suppléant.

Plaie par arme à feu.

(Observation recueillie par MM. Ladmiral et Ozenne, élèves du service.)

Le nommé C... (Antoine), âgé de 24 ans, garçon charcutier, demeurant rue Oberkampf, n° 145, est apporté à l'Hôtel-Dieu, salle Sainte-Marthe, n° 51, le 23 octobre, à 6 heures du soir, atteint d'une plaie de poitrine, sur laquelle il refuse de donner toute explication.

On nous rapporte que, le même jour, vers 3 heures, dans un accès de colère, il chargea un pistolet dit coup-de-poing, d'un fragment de tringle de rideau, d'une longueur de 1 à 2 centimètres, et le tournant vers sa poitrine, lâcha la détente. Au bruit de la détonation, quelques personnes pénétrèrent dans sa chambre et le trouvèrent étendu, baigné dans son sang, mais non entièrement privé de connaissance, car il réclamait du secours.

23 octobre, soir. — *État actuel.* Teint blême ; pouls faible ; température abaissée ; respiration difficile. Dans le sixième espace intercostal, à 5 centimètres environ de l'articulation chondro-sternale, plaie d'une largeur de 1 centimètre sur 2 de longueur, légèrement oblique de haut en bas et de dehors en dedans, déchiquetée et entourée d'un cercle noirâtre causé par l'inflammation de la poudre. Très-intense à la partie supérieure, cette coloration diminue à mesure que l'on s'éloigne de la solution de continuité.

Une sonde introduite dans la blessure fait reconnaître une fracture comminutive de la septième côte et un décollement des téguments d'une étendue de 5 centimètres, et d'une direction oblique de haut en bas et de dehors en dedans. Arrivée à la fin du trajet, la sonde rencontre le cartilage dénudé. Il y a donc tout lieu de croire que le projectile a suivi la face externe de la côte et a pénétré dans la poitrine à cet endroit. Toutefois, rappelons que cette opinion est fondée sur une hypothèse qui, d'ailleurs, présente une certaine probabilité, puisque toute autre recherche, pour dénoter le trajet qu'a pu suivre le projectile, reste infructueuse.

Autour de la blessure, sonorité exagérée, principalement vers la paroi postéro-externe de la poitrine. En avant, entre le foyer de la fracture et le sternum, emphysème. Forte douleur au niveau de la plaie et dans l'hypochondre droit, douleur que rien, dans ce dernier point, ne justifie d'une manière certaine.

Trois heures après l'entrée à l'hôpital, oppression plus intense. Application de quinze ventouses sèches. Refroidissement des extrémités. Potion stimulante.

Pouls, 75. Temp., 37,2

24, matin. — Dans la nuit, plaintes continuelles ; douleur siégeant avec autant d'intensité et aux mêmes points ; disparition de l'emphysème perçu la veille. Un liquide séreux sort de la blessure et laisse échapper, à chaque inspiration, des bulles d'air, signe de plaie pénétrante de poitrine. L'absence de crachement de sang écarte toute supposition de lésion du poumon.

Application de baudruche collodionnée.

Pouls, 80. Resp., 32. Temp., 37,2.

24, soir. — Pouls, 104. Temp., 37,8.

25, matin. — Pendant la nuit, hématémèse. Mélœna. La douleur s'est étendue dans la région rénale gauche.

Pouls, 120. Resp., 34. Temp., 38.

25, soir. — Nouvelle hématémèse. Le malade qui, jusqu'à ce jour, avait refusé toute nourriture, prend un potage. — Augmentation sensible du pouls et de la température.

26, matin. — Nouvelle hématémèse. Les douleurs occupent les mêmes régions, et s'accentuent dans l'hypochondre gauche. Ces vomissements, ces selles sanguinolentes, cette douleur siégeant au niveau de l'estomac, font d'abord songer à une lésion de cet organe. Cependant M. Cruveilhier fait observer qu'en présence d'une lésion du foie, le sang peut être porté par les canaux biliaires dans le duodénum, refluer dans l'estomac et expliquer ainsi l'hématémèse et le méloena, sans qu'il y ait aucune perforation d'une partie quelconque du tube digestif ; hypothèse qui fut confirmée, comme nous le verrons plus tard, par l'autopsie.

Sub-matité en arrière, à droite, à la base du poumon. Disparition complète du bruit respiratoire à la base ; diminution au sommet.

Pouls, 110. Resp., 35. Temp., 38,8.

26, soir. — Pouls, 110. Temp., 39,2.

27 octobre. — Bruit de souffle à la base du poumon droit.

Pouls, 108. Resp., 32. Temp., 39.

28 octobre. — Augmentation de l'oppression et de la douleur, qui a envahi toute la poitrine. Matité complète en arrière, de la base au sommet. Sonorité exagérée en avant, au-dessous de la clavicule. En arrière, absence du murmure vésiculaire. Égophonie. Disparition des vibrations thoraciques. Tout indique la formation d'un épanchement.

Pouls (120) dur, bondissant. Température, 39,6 le matin, 39,6 le soir. — Saignée de 300 grammes.

29-30 octobre. — Même état. Absence du bruit respiratoire et des vibrations thoraciques ; râles analogues aux râles *crepitantes reduces* au sommet, en arrière et à droite ; première apparition de sueurs nocturnes ; constipation opiniâtre nécessitant l'administration quotidienne d'un lavement.

31 octobre. — Affaiblissement général ; sueurs plus abondantes ; diminution du pouls (110) ; un peu de fréquence. Température reste toujours supérieure à 39°.

1er novembre. — Mêmes résultats à la percussion et à l'auscultation. Le malade a passé une nuit fort agitée, et se plaint d'une douleur plus vive au niveau de l'estomac. Coloration en jaune des conjonctives. Teinte sub-ictérique de la peau.

Pouls, 104. Resp., 32. Temp. 38,8.

2, 3, 4 novembre. — Perception plus nette des râles à l'inspiration qu'à l'expiration ; état stationnaire de l'ictère ; augmentation de l'oppression et de l'agitation. Pour la première fois, quelques quintes de toux ; pouls intermittent et dicrote. Du côté du cœur, rien de particulier. Même opiniâtreté de la constipation ; même traitement.

4 novembre, soir. — De plus, matité en arrière, à la base du poumon gauche ; diminution du murmure vésiculaire. Rien au sommet.

Pouls, 115. Temp., 39,4.

5 novembre. — Même oppression ; point douloureux à la région précordiale ; souffle intense au premier temps et bruit de frottement, signes d'un début de péricardite. La percussion et l'auscultation de la poitrine font reconnaître que l'épanchement pleurétique a envahi toute la plèvre droite. Disparition de la teinte sub-ictérique. La température est remontée à 39,7. Respiration de plus en plus fréquente (40) ; pouls intermittent et dicrote (marque 120). Cependant le malade demande quelque nourriture, qu'il prend avec plaisir.

Le lendemain matin, 6 novembre, l'état général paraît amélioré, lorsque subitement, après la visite, le malade succombe.

Autopsie, trente-six heures après décès. — On constate la fracture comminutive de la septième côte et la perforation du cul-de-sac de la plèvre. A l'ouverture de la poitrine, il s'écoule un litre et demi d'un liquide séro-purulent, parfaitement enkysté dans la plèvre droite. Le poumon gauche est sain. Quelques adhérences seulement en bas et en avant.

Le péricarde et la surface extérieure du cœur sont recouverts de fines néo-membranes vasculaires et présentent cet aspect désigné par les auteurs sous le nom de *cor villosum et hirsutum*, qu'on a comparé à celui d'une éponge coupée ou d'une tranche de pain enduite de beurre, séparée d'une autre en contact avec elle. Le cœur est complétement vide, et l'aorte ne contient aucun caillot. Sur le diaphragme, immédiatement sous la fracture de côte, on voit une perforation marchant vers la cicatrisation.

L'abdomen est rempli d'énormes caillots sanguins, d'un rouge brun foncé, qui donnent l'explication de la mort subite de cet homme, causée par une hémorrhagie interne. Ces caillots recouvrent entièrement les intestins et le grand épiploon.

Sous le diaphragme, sur la face convexe du foie, plaie ronde, de la largeur d'une pièce de un franc, noirâtre et entourée de noyaux jaunâtres purulents, qui sont le produit d'un vaste abcès en voie de formation. La vésicule biliaire renferme un caillot sanguin de la grosseur du pouce. La face inférieure du foie ne présente aucune cicatrice. Nulle trace du projectile dans cet organe.

Aucune lésion de l'estomac, de la rate, des reins, du pancréas, des intestins. Dans ces derniers seulement, quelques caillots.

Toutes les artères et veines de la cavité abdominale sont intactes.

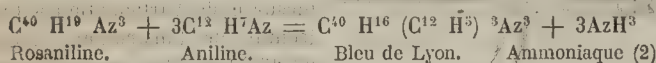
En présence de ces résultats, qui ne signalent aucun vestige du passage du projectile, il est de toute certitude qu'il n'a point pénétré dans la cavité abdominale, mais qu'après avoir fracturé la côte et traversé le cul-de-sac pleural, il a dû ressortir et se perdre dans les vêtements.

DES ACCIDENTS

PRODUITS PAR L'EMPLOI SUR LA PEAU DE CHEMISES DE LAINE AUX COULEURS D'ANILINE (1)

Par le docteur A. VIAUD-GRAND-MARAIS, professeur à l'École de médecine de Nantes.

D'après MM. Girard et de Laire, lorsqu'une seule molécule d'hydrogène subit la substitution, on a la *rosaniline monophénylée* ou *violet impérial rouge;* et si deux équivalents de phényle entrent au contraire dans la combinaison, la *rosaniline diphénylée* ou *violet impérial bleu*; quand enfin l'échange porte sur les trois équivalents d'hydrogène, la *rosaniline triphénylée* dont les sels donnent le *bleu de Lyon.* Dans toutes ces opérations il se fait un dégagement d'ammoniaque facile à concevoir.



$$C^{40}\ H^{19}\ Az^{3} + 3C^{12}\ H^{7}Az = C^{40}\ H^{16}\ (C^{12}\ H^{5})\ ^{3}Az^{3} + 3AzH^{3}$$

Rosaniline. Aniline. Bleu de Lyon. Ammoniaque (2)

Les violets impériaux sont solubles dans l'alcool, l'esprit de bois, l'acide acétique, mais insolubles dans l'eau.

Nicholson, en chauffant la fuchsine sans mélange à plus de 200°, est arrivé à en chasser de l'ammoniaque et à produire ainsi des violets très-purs, probablement de la même nature que les précédents et comme eux solubles dans l'alcool, l'esprit de bois et l'acide acétique.

Les *violets d'Hofmann* s'obtiennent par la substitution à une, deux ou trois molécules d'hydrogène de la rosaniline, des radicaux méthyle, éthyle ou amyle. Kopp est le premier à avoir eu l'idée d'introduire des atomes de ces radicaux dans la composition de la rosaniline; mais c'est à Hofmann qu'est dû le procédé industriel actuellement en usage.

On prépare ces violets en traitant une solution alcoolique de rosaniline, une, deux ou trois fois, par l'iodure du radical alcoolique que l'on veut faire pénétrer dans sa composition. Les teintes obtenues par le méthyle sont plus rougeâtres que celles que donne l'éthyle dont l'équivalent est plus élevé. Pour le même radical, les violets sont d'autant plus bleus, qu'il y a plus de molécules alcooliques introduites dans la base nouvelle. Si l'on pousse l'éthylation au delà de la triéthyl-rosaniline, on arrive, dans certaines conditions, à des matières colorantes vertes (*vert d'aniline*).

Les violets d'Hofmann, pour devenir solubles dans l'eau, doivent perdre leur iode et être salifiés par un acide. Ces violets, plus brillants en couleur mais moins solides que ceux de mauvéine, tendent de plus en plus à les remplacer.

D'autres substances violettes ont été encore obtenues de l'aniline par G. Williams, Béchamps, Monnet, Delvaux et autres chimistes; mais nous ne pouvons ici les étudier toutes.

Les principes colorants qui viennent d'être décrits, se conduisent envers la laine, la soie, le coton et la toile, comme les sels de rosaniline. Leurs solutions, contrairement aux bains de fuchsine, gagnent par leur exposition à l'air. On peut même augmenter la richesse de leurs tons en ajoutant au bain quelques gouttes d'acide.

Les tissus cèdent plus ou moins leur couleur à l'esprit de bois et à l'alcool bouillant.

Les réactions des divers violets, ainsi que l'on devait le prévoir, ne sont point complément identiques.

L'ammoniaque décolore leurs solutions tant aqueuses qu'alcooliques, tantôt presque instantanément (Ex. les violets de Paris), tantôt moins rapidement; la liqueur avant de devenir transparente passe alors par le gris de lin pour quelques espèces (Ex. certains violets d'Hofmann), par le rouge cerise pour d'autres, et dans ce dernier cas donne ou non naissance à un précipité rougeâtre (Ex. la rosolane ou violet de Perkins).

Quelques gouttes d'acide ramènent la teinte violette.

L'acide sulfurique concentré, versé goutte à goutte dans la solution alcoolique, tombe au fond de l'éprouvette et y forme une couche jaune, plus rarement rougeâtre. Il se produit alors un jeu de couleurs aussi brillant que celui que donne de l'acide azotique avec les liquides contenant de la bile. Au-dessus de la couche jaune se trouve une couche verte, puis parfois une couche bleue, et enfin le violet non décomposé. Si l'on agite le liquide, la masse passe au bleu, puis au vert, avant d'arriver au jaune plus ou moins bruni. Quand alors on étend d'eau cette solution acide, on voit revenir les teintes olive, verte, puis bleue. Telle est la règle, mais il y a quelques variétés dans le jeu des couleurs, en particulier pour le violet de Perkins et le violet très-rouge d'Hofmann.

La soie teinte en violet résiste assez bien aux solutions alcalines étendues qui n'altèrent en général sa couleur qu'à la longue. La décoloration ou la modification profonde de la teinte est au contraire immédiate quand on se sert de la potasse en nature.

L'acide sulfurique projeté sur les tissus y produit des taches jaunes souvent très-brillantes, d'autres fois des taches orangées ou vertes.

(*A suivre.*)

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 11 février 1873. — Présidence de M. DEPAUL.

CORRESPONDANCE OFFICIELLE

M. le ministre de l'intérieur écrit à l'Académie pour la remercier de l'envoi du rapport de la commission d'hygiène de l'enfance et l'informer qu'une somme de 2,000 francs est mise à sa disposition sur le budget du ministère de l'intérieur pour récompenser les meilleurs travaux relatifs à cette question.

M. le ministre de la guerre adresse à l'Académie un exemplaire

---

(1) Suite. — Voir les numéros des 4, 6, 8 et 11 février 1873.

(2) La mauvaniline peut aussi acquérir de nouveaux atomes de phényle, à l'aide du même procédé. Triphénylée, elle donne pareillement des sels d'un beau bleu.

du tome XXVIII (3e série) du *Recueil des mémoires de médecine, de chirurgie et de pharmacie militaire.*

M. le ministre de l'agriculture et du commerce transmet les comptes rendus des maladies épidémiques qui ont régné dans les départements de la Vienne et des Vosges pendant l'année 1872 (commission des épidémies).

CORRESPONDANCE NON OFFICIELLE

La correspondance non officielle comprend :

1° Une lettre de M. Pasteur, qui pose sa candidature dans la section des académiciens libres;

2° Un mémoire pour le concours du prix Capuron.

M. BÉCLARD présente, au nom de M. le docteur Lefèvre, un nouvel appareil vaporifère destiné particulièrement aux douches oculaires, et lit, à ce sujet, la note suivante de M. Lefèvre.

« J'ai déjà eu l'honneur de présenter à l'Académie divers appareils vaporifères portatifs; l'un d'eux, plus petit, destiné aux inhalations de vapeur et aux douches dirigées sur des organes spéciaux.



Des expériences répétées m'ont fait reconnaître dans ce dernier certains inconvénients de construction et des imperfections dans ses usages thérapeutiques, qui me semblent assez importants pour donner à mon appareil un aspect tout nouveau. Telles sont les raisons, messieurs, pour lesquelles malgré votre approbation déjà acquise, une seconde fois, je le présente à votre appréciation.

Dans bien des cas, il est utile de joindre à l'action de la vapeur celle de substances médicamenteuses; les unes fixes comme le goudron, le sulfure de potasse, les plantes aromatiques, etc., etc. A cet effet, entre le générateur et le cône tamiseur, j'ai interposé un récipient de verre qui est traversé par la vapeur, laquelle arrive ainsi à destination tout imprégnée de la vapeur de la substance médicamenteuse. Pour les substances d'une évaporation rapide, il s'agissait d'éviter cette trop prompte volatilisation, qui rendait leur usage d'une efficacité douteuse. Je crois avoir vaincu cette difficulté par le procédé suivant : je les mélange avec une substance absorbante, inerte et insoluble dans l'eau bouillante, telle que la farine de froment ou l'amidon, j'en fais rapidement un bol compacte, que j'enveloppe dans une capsule de pâte, et alors je l'introduis dans le récipient de verre où passe le courant de vapeur.

Les modifications que je viens d'ajouter à mon appareil me font espérer que son application deviendra d'une efficacité réelle comme moyen thérapeutique, et que l'association des vapeurs médicamenteuses à la vapeur d'eau fera reconnaître son utilité pratique.

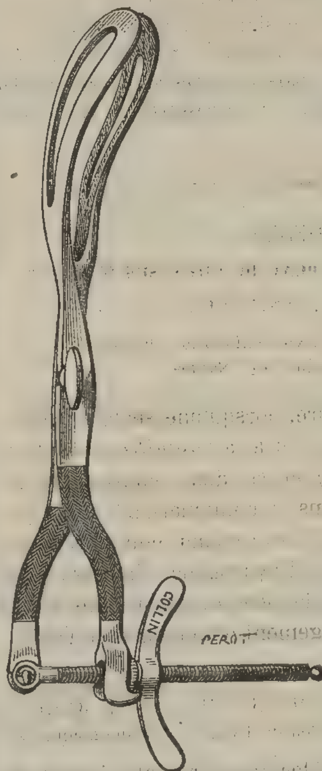
Quelques modifications de construction permettent d'en étendre l'application; ainsi, à l'aide d'un double tamiseur, on peut à la fois diriger la douche sur les deux yeux; enfin la simplicité de sa disposition rend son déplacement des plus faciles. »

M. DURAND FARDEL offre en hommage un exemplaire de la 2e édition de son ouvrage sur les maladies des vieillards.

M. DEMARQUAY dépose sur le bureau un ouvrage intitulé : *Leçons d'hygiène*, par M. le docteur Riant.

M. DEPAUL présente, au nom de M. Bailly, professeur agrégé, un nouveau *céphalotribe*, accompagné de la note suivante :

« Le céphalotribe, que j'ai l'honneur de présenter à l'Académie a été construit au mois de mai 1872, sur mes indications, par M. Collin, fabricant d'instruments de chirurgie, à Paris. En le créant, j'ai eu pour but d'obtenir un instrument qui, tout en restant assez puissant pour broyer la tête du fœtus à terme, pût la saisir dans une plus grande étendue et avec plus de sûreté que ne le fait le céphalotribe ordinaire, dont les mors étroits et presque droits, suivant les faces, saisissent mal et glissent trop souvent sur les côtés du crâne. Cette idée s'est offerte sans doute plus d'une fois à l'esprit des praticiens frappés, comme moi, des inconvénients du céphalotribe actuel, mais il ne semble pas qu'elle ait été jusqu'ici, du moins en France, réalisée d'une façon satisfaisante, puisqu'on ne trouve aucun modèle courant d'un instrument de ce genre chez nos fabricants d'instruments de chirurgie. Celui que je propose aujourd'hui tient à la fois, par sa construction, du céphalotribe et du forceps. Il a la force du premier, les cuillers courbes suivant les faces et fenêtrées du second. Son appareil de compression est la vis à écrou mobile du céphalotribe de Blot. La longueur des mors, mesurée de l'articulation à l'extrémité de l'instrument, est de 0m,25 ; leur plus grande largeur de 0m,048. Quand l'instrument est fermé, son épaisseur la plus grande, prise d'une face externe à l'autre des cuillers, ne dépasse pas 0m,057, et l'espace elliptique que circonscrivent celles-ci entre leurs faces internes, offre un diamètre transversal de 0m,047. En conséquence, ce céphalotribe pourra convenir dans les rétrécissements qui oscillent entre 0m,065 et 0m,095, et forment la classe, de beaucoup la plus nombreuse, des rétrécissements pelviens. Bien qu'au-dessous de 0m,065, on ne puisse guère espérer terminer l'opération avec ce nouveau céphalotribe, il pourra cependant être encore utilement employé, dans les bassins de cette catégorie, pour faire subir à la tête fœtale un premier broiement, qui facilitera singulièrement ensuite l'application du céphalotribe ordinaire. Ce dernier, si l'avenir justifie mes prévisions, devra être dorénavant réservé pour les rétrécissements excessifs du bassin.



J'ai fait pour la première fois l'essai de mon céphalotribe, le mercredi 22 janvier 1873, en présence de nos confrères MM. Cotard et Thierry, chez une femme naine, non rachitique, dont le bassin conservait encore 0m,08 1/2 à 0m,09 de diamètre sacro-pubien, mais avait subi une réduction proportionnelle dans ses autres diamètres. La tête, très grosse, très-dure du fœtus (un volumineux garçon de 4 kilogrammes au moins), était invinciblement arrêtée par le détroit abdominal. L'opération eut un plein succès. La perforation du crâne ayant eu lieu avec les précautions d'usage, la tête fut, du premier coup, saisie et broyée dans toute sa hauteur, puis facilement extraite par l'instrument, dont les mors se trouvaient si complétement incrustés dans les parties broyées, qu'ils ne pouvaient lâcher prise. L'opérée s'est promptement rétablie, sans avoir éprouvé le plus léger accident de couches.

Bien qu'une seule épreuve ne puisse juger définitivement ce

nouveau céphalotribe, je ne crois pas me faire d'illusion sur son mérite, en avançant, dès aujourd'hui, que, suffisant, sous le rapport de la puissance, il se montre, au point de vue de la préhension, très-supérieur au céphalotribe ordinaire, et réalise complètement l'idée qui l'a inspiré, à savoir de rendre l'opération de la céphalotripsie aussi facile et presque aussi simple que l'application du forceps. » (Comm. : M. Blot.)

M. CHATIN lit un rapport sur un mémoire de M. Chodsko relatif à l'influence de l'acide carbonique à l'état naissant sur l'économie.

ÉLECTION

L'Académie procède, par la voie du scrutin, à l'élection d'un membre titulaire dans la section de thérapeutique et d'histoire naturelle médicinale.

La commission présente *ex æquo*, en 1re ligne, MM. Moutard-Martin et Oulmont,

En 2e ligne, M. Boinet,

En 3e ligne, M. Delioux de Savignac,

En 4e ligne, M. Constantin Paul.

Au 1er tour de scrutin, le nombre des votants étant de 77, dont la majorité est 39,

M. Moutard-Martin obtient......	47	suffrages.
M. Oulmont....................	29	—
M. Delioux de Savignac.........	1	—

En conséquence, M. Moutard-Martin est proclamé membre titulaire.

Discussion sur l'inspectorat officiel des eaux minérales.

M. FAUVEL. (Voir le Premier-Paris.)

M. LE PRÉSIDENT. La question posée est trop importante pour qu'on puisse procéder au vote après le seul discours de M. Fauvel. Aussi, l'heure étant avancée, je crois qu'il sera bon de remettre à la prochaine séance la suite de la discussion.

M. GUBLER. Je ne vois pas pourquoi nous n'en finirions pas dès aujourd'hui, puisque les membres de la commission et M. Fauvel sont d'accord sur la conclusion.

M. GUÉRIN. Je m'inscris pour parler dans la prochaine séance.

LECTURE

Des circonstances dans lesquelles l'obstétrique est passée, à Paris, à l'état de science, pendant les seizième et dix-septième siècles. — Résumé. — Conclusions. — M. MATTEI.

L'obstétrique *a été empirique* entre les mains des matrones, *superstitieuse* dans les temples, *scolastique* entre les mains des philosophes et des premiers médecins, *scientifique* entre les mains des accoucheurs, et c'est à Paris surtout que ce dernier résultat a eu lieu dans les seizième et dix-septième siècles.

Les premiers médecins, c'est-à-dire les Grecs, les Romains, les Byzantins et les Arabes, n'ont pu faire moins que de comprendre dans leurs études la femme et l'enfant, c'est-à-dire l'obstétrique, et une fois qu'ils l'ont perfectionnée, soit directement, soit par les lumières que lui fournissaient les autres branches médicales, ils ont instruit à leur tour les matrones, tout en laissant à ce groupe une espèce d'individualité, *l'obstétrique*.

Si un sentiment naturel de pudeur a porté la femme à se servir des matrones de préférence aux médecins dans les cas ordinaires, ceux-ci sont intervenus dans les cas graves. A Rome, à Athènes et à Constantinople, les médecins ont même été sur le point de se passer des sages-femmes.

Pendant que tout ceci avait lieu en Orient, l'Occident était de plus en plus plongé dans l'ignorance, l'invasion des barbares du Nord d'une part, et l'extension des idées religieuses d'autre part, firent qu'au lieu d'écoles on ouvrit des couvents pendant tout le moyen âge. Charlemagne en faisant établir des écoles *palatines*, *abbatiales* et *épiscopales*, contribua sans doute à faire naître le goût des études, mais c'est dans les monastères que surgirent les premières écoles de l'Europe occidentale, et par conséquent cela eut lieu à Paris même.

Pendant la *période monastique*, l'obstétrique, à Paris comme ailleurs, resta toujours entre les mains des matrones, qui n'étaient même pas instruites par les moines, quoique ceux-ci s'occupassent déjà un peu de médecine, et ne fissent que peu ou pas de chirurgie.

En présence des Arabes qui avaient des écoles en Asie-Mineure et en Espagne, on se décida en Occident aussi à avoir des universités composant chacune quatre Facultés. Paris fut une des premières villes à jouir de ce bienfait. Pendant la *période universitaire*, la médecine entre les mains des moines et la chirurgie entre les mains des laïques commencèrent à marcher, et les matrones profitèrent de ce progrès. Mais l'obstétrique se trouva alors divisée entre les sages-femmes qui soignaient les cas ordinaires, les médecins qui soignaient la grossesse, les suites de couches et l'enfant, enfin le chirurgien qui était appelé à opérer pendant l'accouchement dans les cas graves.

Le mouvement intellectuel déjà imprimé et la découverte de l'imprimerie au quinzième siècle donnèrent lieu à la *renaissance des lettres et des sciences*, dont l'obstétrique tira son profit. Les écoles d'Italie en disséquant des cadavres humains, firent d'abord avancer l'anatomie, que les anciens avaient seulement apprise sur les animaux, et avec elle progressa la chirurgie. Les rectifications anatomiques et la connaissance de livres anciens vulgarisés par l'imprimerie devaient donner à l'obstétrique une marche toute nouvelle.

Ambroise Paré est le premier à faire sentir aux chirurgiens la nécessité d'étendre leurs connaissances anatomiques, médicales et surtout cliniques. Ce qu'il disait pour la chirurgie était dit pour l'obstétrique, aussi de Paré date une phase nouvelle que son élève Guillemeau devait étendre pour l'obstétrique encore plus que pour le restant.

La sage-femme qui avait toujours soigné les cas ordinaires de la grossesse comme de l'accouchement, et qui même dans les cas graves avait été toujours un intermédiaire entre la femme, le médecin et le chirurgien, la sage-femme devient alors inutile pour le chirurgien, qui finit aussi par se passer du médecin dans les soins de la grossesse, de l'accouchement et des suites de couches.

Déjà les accoucheurs étaient institués à Paris pour le public intelligent pendant que les dames de la cour se servaient encore de sages-femmes, lorsque Clément fut enfin introduit à la cour de Louis XIV.

Ce succès mit les accoucheurs encore plus en vogue, mais ce qui justifia ces progrès dans l'opinion publique, ce furent les succès cliniques en faveur des femmes et des enfants, ce furent surtout les progrès scientifiques. L'obstétrique de Paris devient ainsi, à la fin du dix-septième siècle, un modèle que l'Europe entière chercha à imiter, de sorte que depuis lors le champ obstétrical s'est aussi agrandi que perfectionné. La femme est l'objet principal des études obstétricales depuis la puberté jusqu'à la ménopause; la menstruation, les maladies des organes génitaux, la fécondation, la grossesse, l'accouchement et l'allaitement sont autant de parties de l'obstétrique. L'enfant à l'état physiologique comme à l'état pathologique est de son ressort, depuis le moment de la fécondation jusqu'à l'allaitement; l'homme lui-même, en ce qui concerne les rapprochements sexuels, les maladies héréditaires et constitutionnelles, enfin, tout ce qui, de près comme de loin, peut agir sur le nouvel être comme sur la mère enceinte ou accouchée, rentre dans le domaine de l'obstétrique. En d'autres termes, pour être bon accoucheur, il ne faut pas seulement être bon anatomiste et bon physiologiste, il faut être bon médecin et bon chirurgien.

La séance est levée à cinq heures un quart.

THÈSES

SOUTENUES A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

PENDANT L'ANNÉE 1872.

422. Gruget. Des fistules urinaires ombilicales qui se produisent par l'ouraque resté ou redevenu perméable.

423. Chavasse. Étude sur la tuberculose des organes urinaires (rein, uretère et vessie).

424. Lhiroudel. Parallèle entre l'uréthrotomie interne et la divulsion.

425. Boisgard. Le scorbut observé au fort Boyard sur les détenus de la Commune au point de vue de l'étiologie et du traitement.

426. Brulfert. Origine et disparition de la race polynésienne.

427. Laville. De l'enfoncement de l'os malaire.

428. Roumieu. Du phlegmon péri-utérin.

429. Bonnecaze. Traitement chirurgical des imperforations congénitales du vagin.

430. Pillet. De la suppression de la compression digitale préliminaire dans l'amputation des membres. Description de procédés nouveaux.

431. Augé. De la résection du coude.

432. Dupont (Dupont vieux). Notes et réflexions sur quelques points de la pleurésie aiguë.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Par décision présidentielle du 31 janvier 1873, M. Cazalas, médecin inspecteur, membre du conseil de santé des armées, a été nommé président du même conseil en remplacement de M. le médecin inspecteur baron Larrey, admis à la retraite.

— M. le docteur Fort commencera ses cours particuliers de semestre d'été le mercredi 2 avril 1873, et les continuera jusqu'au 15 juin. Pour suivre ces cours, on peut déjà prendre des renseignements, soit chez M. Fort, rue Caumartin, n° 8, le mardi, le jeudi et le samedi, de huit heures à dix heures du matin, soit à son amphithéâtre, rue Antoine-Dubois, 2, de trois heures à quatre heures.

On annoncera plus tard les heures de ces cours, l'un de *physiologie*, l'autre d'*anatomie*, le troisième de *médecine opératoire*.

— Bonne clientèle de médecin à céder, au centre de Paris. S'adresser au bureau du journal.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales, publié sous la direction de M. le docteur A. DECHAMBRE, avec la collaboration d'un très-grand nombre de professeurs, de médecins et chirurgiens des hôpitaux civils et militaires et de la marine. Le 2e demi-volume du tome VIe de la 6e série vient de paraître. Il contient les principaux articles suivants : *Mélanose*, par M. le professeur Robin ; *Membres*, par MM. Nicaise, Campana, Martins et Dally; *Méninges*, par MM. Marc Sée et Archambault ; *Méningite*, par M. Laveran ; *Menstruation*, par MM. Depaul et Guéniot ; *Mentagre*, par M. Bazin. Divers articles sur l'histoire naturelle, par MM. Baillon, De Seynes et Planchon ; la Biographie et la Bibliographie, par MM. Beaugrand et Chéreau. — Prix de chaque demi-volume : 6 francs. — P. Asselin et G. Masson.

Le Directeur : Dr E. LE SOURD.

Paris. — Typographie A. POUGIN, quai Voltaire, 13.

BIÈRE FANTA
HYGIÉNIQUE ET NUTRITIVE
BUREAU DES COMMANDES : 18, *Boulevard des Italiens.*

La bière, bien fabriquée, est d'une influence utile sur le développement des systèmes musculaire et osseux ; elle a une grande valeur nutritive. Ces puissantes raisons l'ont fait conseiller par les médecins et les hygiénistes aux mères pendant la grossesse et aux nourrices pendant l'allaitement. Elle est préférable pour elles à toute autre boisson. Elle est très-utile aux convalescents. Les soins minutieux apportés dans le choix des substances et dans la fabrication de la **Bière Fanta**, et les succès obtenus par son usage journalier lui ont valu la préférence d'un grand nombre de médecins français et étrangers.

HUILE DE FOIE DE MORUE
IODO-BROMO-PHOSPHORÉE
De E. FOUGERA, pharmacien, à New-York.



L'immense supériorité de cette huile sur l'huile de foie de morue simple vendue en Europe, est due à une combinaison **d'iode, de brome et de phosphore.**

Grâce à ces agents thérapeutiques puissants, l'**Huile Iodo-Bromo-Phosphorée de Fougera est cinq fois plus active** que l'huile de foie de morue la mieux choisie.

Cet avantage est également précieux pour le médecin et pour le malade : il permet d'élever la dose des principes essentiellement actifs, sans rendre nécessaire l'absorption d'une grande quantité de matière grasse, de telle sorte que le traitement peut être rendu plus efficace, qu'il peut être prolongé sans crainte de le voir occasionner le moindre trouble du côté des voies digestives.

Ceci résulte des nombreuses observations recueillies à l'hôpital de Bellevue, à New-York, et publiées par les docteurs distingués de cet établissement.

L'Huile iodo-bromo-phosphorée de Fougera se vend dans les principales pharmacies de France et de l'étranger. — Pour les demandes en gros, s'adresser :
A MM. G. MATHEY et CLIN, r. Racine, 14; HOTTOT, aven. Victoria, 7; GRIMAULT et Ce, r. Vivienne, 8.

PILULES DE BLANCARD
APPROUVÉES PAR L'ACADÉMIE DE MÉDECINE DE PARIS, ETC.

Contre les *Affections scrofuleuses, tuberculeuses,* la *Chlorose,* l'*Anémie,* l'*Aménorrhée,* etc., etc.

N. B. L'iodure de fer impur ou altéré est un médicament infidèle, irritant. Comme preuve de pureté et d'authenticité des VÉRITABLES PILULES DE BLANCARD, exiger notre *cachet d'argent réactif* et notre *signature* ci-jointe apposée au bas d'une étiquette *verte.*— Se défier des contrefaçons.

Blancard

Se trouvent dans toutes les pharmacies. *Pharmacien, rue Bonaparte, 40, à Paris.*

SIROPS ET VINS AROUD AU QUINA
ET A TOUS LES PRINCIPES NUTRITIFS SOLUBLES DE LA VIANDE

Médicament aliment d'une supériorité incontestable sur tous les vins de quina et sur tous les toni-nutritifs connus, renfermant tous les principes solubles des plus riches écorces de quina et de la viande, représentant, par 30 gr., 3 gr. de quina et 27 gr. de viande. — *A la même base et à la même dose :* SIROP FERRUGINEUX AROUD. SIROP CONCENTRÉ AROUD. VIN AROUD au Malaga. BONBONS, PATES, PASTILLES AROUD. VIN FERRUGINEUX AROUD.— Dépositaires: Paris, DELAVIGNE, rue Quincampoix, 70; HUGOT, rue des Blancs-Manteaux, 19; MILLEVILLE, pharm., 7, rue du Rocher.

ACADÉMIE DE MÉDECINE DE PARIS
Prix Orfila de 6,000 francs
Décerné à A. NATIVELLE, pharmacien
POUR LA DÉCOUVERTE
DE LA DIGITALINE CRISTALLISÉE

La digitaline cristallisée, dit M. le professeur Vulpian, étant une substance définie que l'on peut obtenir constamment identique, on peut en doser l'action, **ce qui est à peu près impossible lorsqu'il s'agit de la digitaline amorphe,** substance d'énergie forcément variable, suivant les diverses circonstances de la récolte des plantes et de la préparation.

Dans la plupart des cas, dit M. Marrotte, un milligramme par jour suffit pour amener, au bout de trois, quatre ou cinq jours, une action marquée sur la circulation. Les battements du cœur deviennent plus lents, plus réguliers, plus énergiques. (*Rapport de l'Académie de médecine* du 23 janvier 1872.)

Le médecin a donc aujourd'hui à sa disposition un principe cristallisable, par conséquent défini, qu'il peut doser avec exactitude et dont il est possible désormais de mesurer l'action physiologique, toxique et thérapeutique. **La digitaline n'avait pas encore été obtenue à l'état cristallisé.** On peut dire qu'elle n'était pas connue. (*Rapport de M. Béclard, secrétaire de l'Académie de médecine, dans sa séance solennelle de* 1872.)

La digitaline cristallisée s'administre en Granules et en Sirop.

Le flacon de 60 granules : 3 francs ; 1 à 4 par jour.

Le flacon de sirop de 250 grammes : 3 fr. 50. Une petite mesure est adaptée à chaque flacon, dosant exactement un quart de milligramme comme dans les granules. Ce sirop, étendu d'eau et donné à doses réfractées, est le plus sûr, le plus facile diurétique, n'amenant aucun trouble des voies digestives.

Se trouve à la pharmacie, 25, rue Coquillière, Paris, et dans toutes les pharmacies. Exiger la signature de l'auteur. Se défier des contrefaçons.

EPILEPSIE
HYSTERIE — NEVROSES

Le SIROP DE HENRY MURE, **au bromure de potassium** (exempt d'iodure), dont l'usage est aujourd'hui universellement répandu, a déterminé un nombre considérable de guérisons publiées dans les recueils scientifiques.

Chaque cuillerée de SIROP DE HENRY MURE contient 2 grammes de **bromure de potassium** d'une pureté chimique irréprochable.

PRIX DU FLACON : 5 francs.

Vente au détail. — A Paris, 16, rue de Richelieu, pharmacie LEBROU.

Vente en gros. — S'adresser à M. HENRY MURE, pharmacien, à Pont-Saint-Esprit (Gard).

SIROP ET DRAGEES
DE DESPINOY

Les Dragées et le Sirop de Despinoy, préparés avec les principes extraits directement du foie de morue, sont les succédanés naturels de l'huile, dont la saveur répugnante est souvent intolérable pour les malades.

Un rapport fait à l'Académie de médecine de Paris, après dix-huit mois d'expériences dans les hôpitaux St-Louis et Ste-Eugénie, par une commission composée de MM. Bouillaud, Poggiale et Devergie, rapporteur, constate l'efficacité des préparations de Despinoy dans la phthisie, la scrofule, le rachitis, la chloro-anémie, les bronchites chroniques, la débilité qui accompagne les longues convalescences, etc.

Dépôt général : A la pharmacie, rue d'Aboukir, 99 (place du Caire), à Paris, et dans les principales pharmacies de chaque ville.

FER QUEVENNE

Approuvé par l'Académie de médecine. Autorisé par circulaire spéciale du Ministre.

Extrait de l'*Annuaire de thérapeutique* de 1870, p. 161 :

« La préparation qui se prête le mieux à toutes « les indications est le FER QUEVENNE. 1 ou 2 dé- « cigrammes (une ou deux mesures) pris au prin- « cipal repas, dans la première cuillerée de soupe, « constituent le mode d'emploi des ferrugineux le « plus inoffensif et le plus sûr. » — *Bouchardat.*

Le succès constant de ce produit explique les nombreuses imitations et contrefaçons dont il est l'objet, et qui cachent sous des étiquettes trompeuses des produits inférieurs et d'une efficacité douteuse. Pour éviter ces fraudes, exiger :

1° *La marque de fabrique ;*

2° Le *cachet Quevenne* aux deux extrémités du flacon ;

3° Le nom *Emile Genevoix,* dépositaire général à Paris, 14, rue des Beaux-Arts.

Prix du flacon, avec la petite mesure, 3 fr. 50.

VIN DE G. SEGUIN
TONIQUE & FÉBRIFUGE

« *Ce Vin remplace avec avantage toutes les préparations de Quinquina.* » (Rapport de l'Académie de Médecine).

Paris, pharm. G. SEGUIN, 378, rue Saint-Honoré.

HUILE DE HOGG
(DE FOIES FRAIS DE MORUE)
Fabrique à Terre-Neuve

(Extrait du rapport de M. **Lesueur,** chef des travaux chimiques à la Faculté de médecine de Paris) :

« L'huile incolore de HOGG contient presque le « double de PRINCIPES ACTIFS de plus que les « huiles de foie de morue foncées et n'a aucun « des inconvénients d'odeur et de saveur. »

Cette huile ne se vend qu'en *flacons triangulaires,* à Paris, chez **HOGG,** *pharmacien,* 2, *rue Castiglione,* et dans les principales pharmacies de France et de l'étranger.

N° 19. — SAMEDI 15 FÉVRIER 1873. 46e ANNÉE. SAMEDI 15 FÉVRIER 1873. — N° 19.

Ce journal parait trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Bureaux : 57, rue des Saints-Pères, 57
PRÈS L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix d'abonnement
doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

On s'abonne hors de Paris
dans les bureaux des Messageries et chez les Libraires
Les lettres non affranchies sont refusées.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui n'en peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS { Trois mois. . 8 fr. 50 c. Six mois. . 16 — Un an. . . . 30 —

POUR L'ÉTRANGER le port en sus suivant les derniers tarifs des Postes.

REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE

Théorie des trophonévroses appliquée à la détermination de la nature du sclérème des adultes.

Dans l'article que nous avons consacré à l'analyse du travail de M. Coliez sur le sclérème des adultes (*Gazette des Hôpitaux*, numéro du 1er février), nous avons réservé l'examen d'un point important de l'histoire de cette affection, savoir sa nature ou plutôt son origine nerveuse. Nous avons dit que M. Coliez, se rangeant à cet égard à l'opinion professée par M. Charcot, voyait dans la sclérodermie un de ces troubles trophiques, une de ces nombreuses lésions de nutrition, dépendantes elles-mêmes d'une lésion primitive des centres ou des cordons nerveux, en d'autres termes une trophonévrose. Nous croyons utile, à cette occasion, pour faire comprendre les motifs de cette détermination de la nature de la sclérodermie, de rappeler quelques-uns des points principaux de la question même des trophonévroses.

Les expériences physiologiques et les faits cliniques se réunissent pour démontrer que tout un ordre d'altérations de nutrition, atrophies, ulcérations, grangrène, éruptions, etc., sont sous la dépendance d'une même condition ou d'un même état morbide des centres nerveux ou des cordons nerveux périphériques ; ce qui a conduit les pathologistes à reconnaître une action nerveuse trophique et quelques-uns même à admettre l'existence théorique d'un ordre spécial de nerfs auxquels serait dévolue particulièrement cette fonction.

Laissant de côté cette dernière hypothèse, que rien n'a justifiée jusqu'ici, voyons ce qu'a appris à cet égard l'observation clinique.

On n'a pas oublié les belles leçons de M. Charcot sur les troubles trophiques musculaires consécutifs aux lésions de la moelle épinière, publiées par M. le docteur Bourneville, dans les numéros des 28 septembre et 3 octobre 1871 de la *Gazette des Hôpitaux*. Dans une nouvelle série de leçons sur les lésions trophiques consécutives aux maladies du système nerveux, également recueillies par M. Bourneville dans le *Mouvement médical*, l'éminent clinicien de la Salpêtrière a indiqué à grands traits les principaux faits qui se rattachent à ce groupe si intéressant d'affections secondaires.

On peut voir dans ce savant exposé que les lésions des nerfs peuvent donner lieu à toute une série d'affections consécutives de la peau, du tissu cellulaire sous-cutané, des muscles, des articulations, des os. Nous n'envisagerons ici que les faits relatifs aux troubles trophiques de la peau.

Dans une étude remarquable sur les affections cutanées développées sous l'influence des lésions des nerfs périphériques, Mougeot, l'un des élèves de l'École de la Salpêtrière, a distingué ces affections en deux espèces. Les premières consistent en des éruptions variables, mais surtout vésiculeuses ou bulbeuses, zona, éruptions pemphygoïdes, rougeur de la peau rappelant l'érythème *pernio* et certaines tuméfactions de la peau et du tissu cellulaire simulant le phlegmon ; puis enfin l'affection cutanée qui a été décrite par les chirurgiens américains sous le nom de peau lisse (*glossy skin*).

Mais c'est surtout dans la lèpre anesthésique, fait remarquer M. Charcot, que l'on retrouve dans tout leur développement les lésions trophiques qui ont été étudiées à propos des lésions traumatiques des nerfs. Or on sait, d'après les recherches de Virchow, que le processus morbide initial de cette affection consiste en une périnévrite lépreuse caractérisée par une prolifération cellulaire spéciale, siégeant dans l'intervalle des tubes nerveux, dont elle détermine la destruction lente. A l'exception du zona, on rencontre dans ces circonstances toute la série des lésions trophiques ci-dessus indiquées : le pemphigus, l'état lisse de la peau, l'atrophie des muscles, la périostose et enfin la névrose.

Les lésions des centres nerveux donnent lieu, comme celles des nerfs périphériques, à toute la série des mêmes affections consécutives de la peau, des muscles, des articulations et des os, plus à des lésions des viscères... Les affections cutanées sont susceptibles d'être groupées ainsi : éruptions papuleuses ou lichénoïdes ; urticaire ; zona ; plus rarement éruptions pustuleuses ayant de l'analogie avec l'ecthyma. Toutes ces éruptions ont un caractère commun qui révèle leur origine, c'est qu'elles se montrent de concert avec certaines exacerbations exceptionnellement intenses et tenaces des douleurs spéciales, en quelque sorte pathognomoniques de la sclérose des cordons postérieurs et que l'on désigne sous le nom de douleurs fulgurantes.

C'est en se fondant sur ces divers ordres de faits, que M. Charcot a émis la pensée qu'un certain nombre de troubles trophiques consécutifs aux lésions du système nerveux trouveraient probablement leur explication, sans qu'il soit nécessaire d'avoir recours à la théorie des nerfs trophiques, par le fait seul d'irri-

tations pathologiques développées sur un nerf sensitif ou moteur à son origine ou sur un point de son trajet retentissant dans le sens centrifuge jusqu'à l'extrémité du filet nerveux.

Disons, toutefois, qu'une apparente contradiction semble ressortir tout d'abord, à ce point de vue, des enseignements de la physiologie et de ceux de la pathologie.

Rien de mieux établi aujourd'hui par l'observation, on vient de le voir, que l'existence des troubles trophiques consécutifs aux lésions des centres nerveux et des nerfs. Et cependant la physiologie enseigne que, à l'état normal, l'influence du système nerveux sur la nutrition des différentes parties du corps est très-restreinte et indirecte. M. Charcot pense que cette contradiction, beaucoup plus apparente que réelle, tient à ce que, dans les expériences physiologiques en général, on pratique une section complète et nette des nerfs dont on veut étudier les actions. Or le résultat de ces expériences montre que l'absence d'action du système nerveux n'apporte pas dans les éléments anatomiques d'autres troubles nutritifs que ceux qui se développeraient dans ces mêmes éléments, sous l'influence de l'inactivité prolongée ; ou, en d'autres termes, que les troubles nutritifs qui peuvent s'ensuivre ne se manifestent que très-lentement, tandis qu'au contraire l'excitation morbide, l'irritation, l'inflammation des nerfs et des centres nerveux engendrent très-rapidement les troubles trophiques les plus variés.

D'un autre côté, dans un mémoire tout récemment communiqué à l'Académie des sciences, M. Vulpian a été conduit, par une série nombreuse d'expériences, à formuler ces deux propositions principales : que l'atrophie des muscles (il ne s'agit dans ce mémoire que des altérations musculaires produites sous l'influence de lésions traumatiques des nerfs) et les modifications concomitantes de la contractilité musculaire, qui sont les conséquences constantes des lésions des nerfs destinés à ces organes sont dues exclusivement à la lésion des fibres nerveuses motrices ; que la rapidité et l'intensité du travail d'atrophie musculaire ne varient point, comme l'avaient pensé quelques physiologistes, avec la nature plus ou moins irritative de la lésion subie par les nerfs. « Dans les nombreuses expériences que j'ai faites sur les divers animaux, dit M. Vulpian, les nerfs avaient été soumis aux genres les plus variés de lésion, section, incision, arrachement, ligature, écrasement, contusion, cautérisation ; et dans tous ces cas, les muscles animés par les nerfs ainsi lésés subissaient de la même façon, et à peu près avec la même rapidité, les mêmes modifications histologiques et physiologiques. C'est même, ajoute-t-il, dans les cas où l'irritation est la moins vive, c'est-à-dire lorsque les nerfs sont simplement coupés ou excisés, que les modifications sont les plus rapides et les plus prononcées. » On voit combien cette proposition diffère de celle formulée plus haut par M. Charcot.

Il y a là évidemment un point obscur à éclaircir, des différences inexpliquées dans les résultats d'expériences en apparence les mêmes, et qui doivent probablement différer cependant par quelques particularités de détail ou d'exécution. Quoi qu'il en soit, ces dissidences ne portent point sur le fond essentiel de la question, le fait des lésions trophiques sous la dépendance des altérations du système nerveux. N'eussions-nous d'ailleurs sur ce point que les observations cliniques, elles suffiraient pour établir le fait.

Or, c'est sur ce fait général et sur la ressemblance et les degrés de parenté que M. Coliez a cru voir entre le sclérème et les troubles trophiques, que notre jeune et intelligent confrère a cru devoir fonder sa détermination de la nature de cette maladie.

Dans tous ces troubles trophiques de la peau consécutifs à des affections traumatiques et fonctionnelles des nerfs, on peut trouver, en effet, comme il le fait remarquer, un tableau assez complet de sclérème : la peau luisante, lisse, sèche, anémique, siége d'une altération aboutissant à l'atrophie ; induration du tissu cellulaire ; poussées érythémateuses, suivies de desquamation plus ou moins abondante ; taches pigmentaires, quelquefois vasculaires ; plaques décolorées, ou coloration bronzée d'une plus ou moins grande étendue de la peau ; éruptions pustuleuses douloureuses, acné, ecthyma, herpès ; enfin déformation des ongles et des phalanges, ulcérations superficielles, gangrène partielle, etc. ; toutes lésions se faisant remarquer par la rapidité de leur évolution.

On comprendrait aussi par là certains phénomènes dont on aurait peine à se rendre compte autrement, comme par exemple la symétrie des lésions, l'influence du froid sur la sclérodermie, etc.

En résumé, nous croyons que ce n'est pas sans des motifs valables que M. Coliez propose de considérer le sclérème comme une forme spéciale d'atrophie perdue dans la classe si nombreuse des lésions de nutrition. Nous dirions volontiers, avec une légère variante pour le sclérème, ce que M. le docteur Albert Hybord a dit en forme de conclusion pour le zona ophthalmique dans un excellent travail que nous avons récemment analysé (numéro du 18 février) : De toutes les théories invoquées, celle qui rattache ces troubles trophiques à l'irritation du système nerveux est encore la plus simple et la plus satisfaisante.

Encore les pneumonies pernicieuses.

M. Fisseux, répondant au paragraphe de la lettre de M. Lavit, où sont émis des doutes sur les caractères et la nature des pneumonies auxquelles il avait eu affaire, — doutes que nous avions émis nous-même, — affirme que les pneumonies qui ont fait le sujet de ses observations étaient de véritables pneumonies inflammatoires, et les caractères qu'il indique à l'appui de son affirmation ne laissent en effet aucun doute à cet égard. Nous croyons pouvoir nous dispenser de les rappeler. D'ailleurs, ajoute M. Fisseux, la difficulté du diagnostic est-elle aussi grande que semble le penser M. Lavit? et alors même qu'il se serait agi de pneumonies catarrhales, cela ne changerait rien au problème. « J'admets, dit M. Fisseux, que ces dernières sont moins franches et même insidieuses, si l'on veut ; mais tout cela n'est pas la perniciosité. M. Lavit me semblerait avoir confondu la malignité ou ataxie et l'adynamie avec la perniciosité. Dans le dernier passage de son article, à propos du délire précédé par des hallucinations fugaces, il conseille avec juste raison les réconfortants ; mais c'est bien là le traitement de l'adynamie. Aussitôt, il est vrai, il ajoute la quinine à petite dose, et regarde le salut du malade comme assuré s'il peut introduire ainsi dans l'organisme un gramme du médicament.

Mais plutôt, sans faire aucune confusion, M. Lavit veut donner à entendre que la faiblesse primitive ou occasionnée par le traitement prédispose aux accès pernicieux. Tout le monde est d'accord là-dessus.

J'ai suivi autrefois la pratique de plusieurs médecins des environs de Montpellier, et je les ai toujours vus dominés par la crainte de voir naître les accès pernicieux, s'ils affaiblissaient le malade. Il est certain que l'organisme affaibli est plus apte à recevoir les germes morbides qui l'environnent ; ainsi, dans les pays fiévreux, je conçois assez bien la complication survenant à

la suite de la faiblesse. Mais je pense aussi que la proposition cesse d'être vraie dans les pays où la fièvre intermittente est des plus rares. Pour ma part du moins, je n'ai rien vu de pareil ; j'ai traité des maladies ataxiques, des maladies adynamiques, et je ne me rappelle pas avoir rencontré la complication pernicieuse, excepté une seule fois, dans un cas de suette miliaire sporadique. D'ailleurs, si l'on veut bien se reporter à mes observations, on verra que le pneumonique qui fut enlevé au premier accès (3e observation), n'avait pas pris le tartre stibié et n'avait pas perdu une goutte de sang ; il se sentait assez fort pour demander à se lever. Dans la quatrième observation, le malade, au moment où il fut pris d'accès pernicieux, était plus que convalescent ; il est vrai qu'il venait d'être purgé, non avec un drastique, mais avec 30 grammes de sulfate de magnésie ; je ne pense pas qu'on puisse invoquer la faiblesse comme cause prédisposante.

Je résumerais donc le traitement de la pneumonie par ces conclusions : dans quelque pays que l'on exerce, il faut, avant tout, empêcher le malade de mourir de sa pneumonie, et s'il est vrai, comme cela est ma conviction, que la complication pernicieuse se rattache à la pneumonie par des liens plus nombreux et plus forts qu'aucune autre maladie (non épidémique), pourquoi, comme je le fais maintenant, ne pas donner, comme préventif, le sulfate de quinine toutes les fois qu'il n'y a pas contre-indication ? Cette manière d'agir me semblerait plus judicieuse que celle qui permet à la complication d'enlever le malade par un accès que rien ne pouvait faire prévoir. »

De cet échange d'explications intervenu entre nos deux honorables confrères, MM. Lavit et Fisseux, il nous paraît ressortir, en dernière analyse, qu'ils ont eu affaire à des formes différentes de pneumonie bien qu'ayant présenté les unes et les autres la même modalité, l'intermittence avec caractère pernicieux ; et que si M. Fisseux a pu être surpris par les premiers faits qui se sont présentés à son observation, sa surprise était d'autant plus fondée et d'autant plus naturelle que les cas auxquels il a eu affaire ne présentaient pas précisément ce caractère épidémique qui eût pu éveiller sa défiance, et qu'ils se sont passés dans une contrée habituellement indemme de fièvres intermittentes. C'est précisément cette double circonstance de l'absence des deux conditions qui eussent pu appeler son attention et le tenir en garde, qui nous a paru donner à ses observations un intérêt particulier et un enseignement qu'il est bon de ne pas laisser perdre.

DES MOYENS DE PRÉVENIR ET DE GUÉRIR L'INFECTION PURULENTE

Par M. le docteur BOINET.

Pendant que plusieurs savants médecins s'occupent de la question étiologique des pyhoémies, chez l'homme et chez les animaux, nous avons pensé qu'il était non moins utile de s'occuper de la question thérapeutique de la septicémie, ou infection purulente, c'est-à-dire de chercher les moyens qui peuvent s'opposer à l'empoisonnement du sang par le pus ou les éléments qui le composent, et par conséquent à la production de l'infection purulente.

Pour prévenir ou arrêter l'infection purulente, qui est l'empoisonnement du sang par le pus fermenté, altéré ou ses éléments devenus malades, on s'ingénie de tous les côtés à trouver des moyens qui puissent conjurer ces accidents mortels... Il y a longtemps déjà que nous étudions cette question et que nous avons compris que, si on pouvait empêcher la suppuration, puis l'absorption du pus, en oblitérant les vaisseaux absorbants et sécrétants des plaies, en les mettant à l'abri du contact de l'air, on préviendrait la septicémie, d'après ce fait capital et indéniable, que là où il n'y a pas de plaie, il n'y a pas de résorption purulente, quel que soit le milieu où se trouve le malade, tandis qu'une plaie, quelque petite qu'elle soit, une simple piqûre, est indispensable pour que l'infection purulente puisse se produire, la pyoémie n'étant possible que lorsque la peau est ouverte ou détruite, que lorsqu'il y a suppuration, quelque minime qu'elle soit. Il faut donc lorsqu'une plaie existe, chercher à la mettre le plus promptement possible à l'abri du contact de l'air, l'empêcher de suppurer, de s'enflammer, et, lorsque la suppuration existe, détruire les mauvaises qualités que peut acquérir le pus, autrement dit annihiler le *virus purulent* qui est absorbé par la plaie et empoisonne le malade.

Or, pour quiconque considère l'infection purulente comme une intoxication due à l'absorption des principes malfaisants du pus, on admettra que là où il n'y a pas de plaie en suppuration, il ne peut y avoir d'infection purulente, non pas que nous admettions le passage des globules du pus dans le sang par l'ouverture des vaisseaux capillaires ou autres, mécaniquement divisés, mais bien l'introduction dans le sang, par absorption, des éléments qui entrent dans la composition d'un pus qui n'est pas louable, mais altéré, décomposé, putréfié.

Ces éléments du pus altéré ont acquis et possèdent un principe morbifique, virulent, insaisissable, qui s'introduit dans la circulation, comme le virus syphilitique, modifie le sang, l'altère, l'empoisonne et lui fait subir progressivement ces états pathologiques que nous rencontrons principalement dans les vaisseaux capillaires des organes les plus vasculaires, et que nous constatons sous la forme de petites taches ecchymotiques, d'indurations, d'abcès métastatiques, etc.

Alors, étant donnée une plaie suppurante et l'absorption des liquides malades qu'elle renferme ayant eu lieu, l'infection purulente ne tarde pas à commencer.

Ainsi, point de plaie, point d'infection purulente.

Lorsque cette plaie est récente et qu'elle n'a pas encore subi les phénomènes de l'inflammation, elle ne peut produire la pyhoémie, à moins qu'on ne la mette en contact avec du pus altéré et propre à inoculer l'infection purulente.

Quand elle suppure, si la suppuration reste louable et de bonne nature, l'infection purulente n'a pas lieu, pas plus que lorsque le pus reste renfermé dans nos tissus, sans jamais subir le contact de l'air.

Mais dès que le pus, par suite de son exposition à l'air ou par toute autre cause, prend de mauvaises qualités, qu'il fermente comme on dit, qu'il est altéré, décomposé, putréfié, c'est la certitude d'une infection purulente.

Ce pus *devenu malade*, devenu poison, venin ou virus, a des propriétés toxiques qui tuent les malades en altérant le sang lorsqu'il est absorbé.

Le sang ainsi altéré, devenu malade par l'introduction dans l'économie des éléments d'un pus vicié, perd vite ses qualités normales et éprouve probablement les mêmes modifications que certains venins introduits dans l'économie lui font subir, c'est-à-dire qu'il devient moins fluide d'abord, circule avec plus de difficulté, puis se coagule, s'arrête dans les vaisseaux capillaires des organes les plus vasculaires, où il forme de petites embolies microscopiques qu'on constate à l'autopsie, ainsi que de petits caillots qu'on rencontre sous forme d'un pointillé ecchymotique ou de petits abcès qu'on appelle à tort *métastatiques*. Souvent ces petites taches noires sont entourées d'une sorte de noyau induré et se transforment, si le malade ne succombe pas dès les premiers moments de l'empoisonnement, en des abcès plus ou moins considérables qu'on peut rencontrer dans toutes les parties du corps.

Cette théorie, que nous croyons la plus vraie, nous a engagé à chercher les moyens de prévenir l'introduction du pus dans le sang, plutôt que de combattre les effets toxiques du pus introduit ou formé dans le sang.

Jusqu'à présent, cette question de la curabilité de la septicémie a toujours été résolue négativement. Cependant, si, d'après les

vues que nous venons d'exposer, on connaissait des moyens quelconques, d'abord pour empêcher la formation du pus, ensuite pour s'opposer à sa décomposition et annihiler ou détruire les mauvaises qualités qu'il peut acquérir, et enfin si on pouvait empêcher son absorption, qui joue un rôle capital dans l'infection purulente, ne pourrait-on pas prévenir cette infection et même l'arrêter à son début, alors que le pus passé dans le sang n'est encore qu'en petite quantité?

Déjà la méthode sous-cutanée de M. J. Guérin a fait faire un grand pas à cette question, en montrant que le sang, la lymphe plastique, la sérosité, épanchés au milieu de nos tissus et privés du contact de l'air, ne subissaient pas les phénomènes de la suppuration et étaient absorbés sans inconvénient pour l'économie, puisqu'ils n'avaient éprouvé aucune des altérations auxquelles le sang, la lymphe plastique, la sérosité, le pus sont exposés lorsqu'ils se trouvent au contact de l'air.

Il était donc indiqué, d'après cette observation si importante, de faire que toute plaie exposée au contact de l'air fût placée, pour ainsi dire, dans les mêmes conditions que la plaie sous-cutanée....

Quel est donc ce moyen qui pourrait préserver les plaies du contact de l'air, empêcher en partie la formation du pus, sa viciation lorsqu'il est formé, et ensuite son absorption?

Ce moyen n'est pas nouveau, et depuis longtemps déjà il a fourni et fournit tous les jours à ceux qui le mettent en usage des résultats satisfaisants, que nous allons rappeler.

Ce moyen ou plutôt ces moyens ont pour but et pour effets, dans toute plaie récente ou qui n'a pas encore suppuré : 1° d'arrêter l'hémorrhagie par suintement des petits vaisseaux; 2° d'arrêter l'exsudation sanguine, séreuse de la plaie; 3° de produire un coagulum immédiat à la surface de la plaie, coagulum qui obstrue les bouches béantes de tous les vaisseaux capillaires; 4° de coaguler dans l'extrémité ouverte de ces vaisseaux le sang de l'albumine et la sérosité, coagulation qui oblitère instantanément ces vaisseaux qui, bouchés par un caillot sanguin, ne peuvent plus sécréter, ni absorber, au moins momentanément; 5° enfin de diminuer considérablement l'inflammation et par conséquent la suppuration.

Dans les plaies suppurantes, leur action est encore la même; de plus, ils s'opposent à l'altération du pus et ont la propriété, lorsque ce pus devient malade et malfaisant, de le rendre louable et de bonne nature, ce qui rend son absorption moins facile et par conséquent moins dangereuse.

Enfin le but final, et c'est là le point capital, est de s'opposer à l'infection purulente.

Pour obtenir ces résultats, il suffit d'appliquer sur les plaies des liquides coagulants et antiseptiques, capables de pénétrer dans toutes les anfractuosités d'une plaie sans nuire à sa cicatrisation, qu'ils servent à hâter, en resserrant les bouches béantes des vaisseaux capillaires en coagulant le sang, ils obstruent les extrémités ouvertes de ces vaisseaux, déterminent dans leur intérieur de petits caillots, salutaires, fixes et tout à fait limités à leur extrémité, et qui, par leur présence, préviennent la phlébite, les angioleucites, les érysipèles, et, par suite, les résorptions de mauvaise nature, causes premières et essentielles de l'infection purulente.

Les liquides qui réunissent ces qualités sont assez nombreux, ce sont toutes les teintures alcooliques en général, mais suivant leur composition, elles sont plus ou moins actives et plus ou moins efficaces. Nous avons toujours donné la préférence à la teinture d'iode combinée avec le tannin, parce que le liquide iodo-tannique nous a paru l'emporter au point de vue des résultats sur les autres teintures alcooliques. L'iode et le tannin sont de puissants auxiliaires de l'alcool.

Pendant le siége et la Commune, l'occasion s'offrait belle pour nous d'employer largement ce liquide et de comparer ses effets avec ceux de l'alcool et de plusieurs autres teintures alcooliques; nous en avons donc profité pour donner aux faits que nous avions déjà observés l'autorité que tout fait doit nécessairement recevoir d'une sanction nouvelle par des expériences multipliées.

Dans presque toutes les blessures, nous avons appliqué de prime abord le pansement par le liquide iodo-tannique, et dans aucune circonstance nous n'avons eu lieu de nous en repentir. Toutes les plaies résultant de blessures par balles et éclats d'obus soumises à ce mode de pansement nous ont fourni de belles guérisons, ainsi que je l'ai consigné dans les bulletins de la Société de secours aux blessés, et c'est à ce mode de pansement que nous attribuons les nombreux succès que nous avons obtenus et l'absence presque complète de diphthérite et d'infection purulente dans notre service. Sur plus de deux cents blessés, nous n'avons eu que trois cas d'infection purulente.

Le mode de pansement que nous avons suivi a consisté tout simplement à laver les plaies, à les injecter, à les panser avec une solution dont l'iode, le tannin et l'alcool étaient la base.

Cette solution était ordinairement composée comme il suit :

Eau	500	grammes.
Tannin	50	—
Teinture d'iode	250	—

Dans certains cas, nous avons employé cette teinture plus concentrée en augmentant la dose du tannin et de la teinture d'iode, ou en nous servant de teinture d'iode pur additionnée de tannin; le mode d'emploi était le suivant : une plaie étant donnée, récente ou suppurante, nous commencions par la laver avec soin et doucement avec de l'eau tiède, soit avec une éponge fine si elle était superficielle, soit en pratiquant des injections si elle était sinueuse ou profonde. Une fois débarrassée de toutes les matières susceptibles de se putréfier, sang, sérosité ou pus ou autres corps étrangers, on faisait la même opération avec le liquide iodo-tannique, qu'on laissait en contact avec toutes les parties pour les baigner pendant plusieurs minutes, afin que ce liquide pût s'infiltrer et pénétrer dans tous les points de la plaie et y produire les effets que nous en attendions.

Cela fait, nous appliquions sur la plaie ou sur ses ouvertures d'épais plumasseaux de charpie, imbibés de liquide iodo-tannique, puis, par-dessus, des compresses encore imbibées du même liquide et pliées en quatre, en huit. Enfin un bandage roulé ou à bandelettes séparées, suivant les cas, mais médiocrement serré, était appliqué sur le tout. Souvent une couche d'ouate, plus ou moins épaisse, recouverte d'un taffetas gommé, achevait le pansement. Le repos le plus complet de la partie blessée était recommandé, et l'appareil n'était plus défait, que si des circonstances majeures l'exigeaient, par exemple une suppuration trop abondante, ou quelques esquilles, devenues mobiles, à extraire; puis chaque jour, matin et soir, sans défaire le pansement, si ce n'est le taffetas gommé et l'ouate, le pansement était imbibé du liquide iodo-tannique, afin de rendre permanents les effets de cette liqueur.

Comment agit ce liquide iodo-tannique? Rappelons d'abord que l'iode et le tannin sont des antiputrides, des antiseptiques, des astringents, qui ont l'heureuse propriété, appliqués sur les plaies récentes, de resserrer les bouches béantes des petits vaisseaux capillaires, artériels, veineux et lymphatiques, de les dessécher, de les oblitérer, en coagulant les matières épanchées à la surface des plaies.

Cette modification instantanée et persistante de tous les tissus cruentés empêche l'action du contact de l'air sur la plaie, par conséquent la suppuration. Elle permet aux petits caillots sanguins coagulés dans les extrémités des vaisseaux capillaires, de boucher hermétiquement ces vaisseaux et de préparer la cicatrisation. Elle forme avec le sang et la lymphe plastique, une nouvelle peau, si je puis dire, dont la plaie se trouve recouverte instantanément dans toute son étendue et dans tous ses points les plus anfractueux. Ce liquide a, de plus, l'avantage de faire avorter l'inflammation dans les plaies qui suppurent, et dont le pus est de mauvaise nature, de modifier promptement ce liquide et de le faire revenir à un état louable lorsqu'il est altéré. Cette préparation iodo-tannique, employée comme nous venons de le dire, remplit donc le but qu'on doit se proposer dans une plaie récente ou ancienne, c'est-à-dire d'empêcher l'infection purulente.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 5 février 1873. — Présidence de M. Trélat.

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

CORRESPONDANCE

La correspondance comprend :

La *Gazette des Hôpitaux*; — l'*Union médicale*; — la *Gazette hebdomadaire*; — le *Bulletin général de thérapeutique*; — les *Archives générales de médecine et de chirurgie*; — la *Gazette médicale de Strasbourg*; — le *Marseille médical*; — le *Lyon médical*; — le *Bulletin de l'Académie royale de Belgique*; — le *Bordeaux médical*.

M. Pizzoli, membre correspondant, adresse à la Société deux brochures en italien intitulées : *Tumeur hydroméningée crânienne, congénitale chez un jeune homme de dix-sept ans. Ponction, application d'un appareil compressif. Guérison. — Sur les phénomènes anatomo-pathologiques par lesquels le cours du sang cesse spontanément après la naissance du fœtus humain dans le cordon ombilical et rend d'ordinaire la ligature inutile.*

LECTURE

Rapport de M. Boinet sur le mémoire de M. le docteur Clément (d'Aigues-Mortes.)

Kyste hydatique du foie guéri par la ponction à l'aide d'un gros trocart, l'évacuation immédiate des poches hydatiques, par l'aspiration et les lavages. — Messieurs, il s'agit d'une femme de trente ans, d'une constitution ordinairement assez forte et d'une santé habituellement bonne. Cette femme avait une alimentation essentiellement végétale et a toujours habité des logements humides. Mariée à dix-huit ans, elle a eu trois enfants, et c'est seulement après son troisième accouchement, qui date de huit mois, qu'elle a remarqué les premiers signes de l'affection dont elle est atteinte.

Lorsqu'elle fut examinée par notre confrère, le 18 octobre 1871, elle était pâle, amaigrie, très oppressée et avait l'aspect d'une phthisique; elle éprouvait de fortes douleurs dans la région épigastrique et dans le dos, ne pouvait se tenir droite, et ne pouvait se coucher que sur le côté droit; elle avait un grand dégoût pour les aliments, et éprouvait le soir un léger mouvement fébrile; l'anémie et le marasme étaient arrivés à leur dernier degré. Plusieurs médecins qui avaient donné des soins à cette malade, avaient cru, les uns à une gastrite, les autres à un phlegmon des parties abdominales.

En examinant l'abdomen, on constatait à sa partie supérieure, à l'épigastre, une saillie hémisphérique assez proéminente et qui s'avançait vers les hypochondres et la région ombilicale, et s'enfonçait sous les fausses côtes. Cette saillie était lisse, rénitente, et paraissait provenir d'une tumeur considérable. La percussion donnait un son mat dans toute la partie supérieure de l'abdomen; il y avait dans les régions iliaques un peu de liquide ascitique.

La tension des parois abdominales et la faiblesse des mouvements respiratoires empêchaient l'ascension et l'abaissement habituel du foie de se manifester. A la palpation, on sentait une fluctuation obscure, une élasticité prononcée, et quelque chose qui semblait vibrer sous le doigt lorsqu'on donnait une pichenette brusquement; il y avait donc chez cette malade tous les signes d'un vaste kyste du foie.

Le lendemain 17 octobre, la malade étant couchée sur le dos, une ponction fut pratiquée avec un trocart, à 4 centimètres au-dessous du sternum. Il sortit un liquide semblable à du petit-lait, dont le jet cessa brusquement; un stylet fut alors introduit dans la canule, et pénétra facilement à 14 centimètres de profondeur, sans atteindre le fond de la poche; dès qu'il fut retiré, le jet revint pour s'arrêter de nouveau, et 300 grammes environ de liquide s'écoulèrent.

Après cette ponction, bien que la quantité de liquide restée fût relativement faible, la saillie de l'épigastre s'affaissa sensiblement, mais la tumeur resta encore volumineuse et fluctuante, ce qui n'empêcha pas la malade d'éprouver du soulagement.

Après avoir placé un petit morceau de diachylon sur la piqûre du trocart, on exerça sur la région épigastrique une légère compression à l'aide d'un bandage de corps. Pendant les cinq premiers jours qui suivirent l'opération, il y eut un peu de fièvre, et le pourtour de la piqûre s'enflamma.

Le 26 octobre, c'est-à-dire sept jours après la ponction, il s'écoula par la plaie un liquide purulent, dont notre confrère essaya inutilement d'augmenter l'écoulement par l'application de ventouses, et le 30 octobre la piqûre était refermée. Alors la tumeur reprit peu à peu son premier volume et les symptômes graves reparurent.

Les mouvements du stylet dans l'intérieur de la poche, dit notre confrère, devaient avoir déchiré et tué de nombreuses vésicules, ce qui devait avoir provoqué l'inflammation du kyste, et l'établissement d'adhérences étendues et solides entre la poche et les parois abdominales.... Le mal faisant de rapides progrès, nous décidâmes d'évacuer complétement la poche par une ponction avec un trocart volumineux, d'aspirer son contenu et de la laver avec des injections irritantes. A l'aide d'une seringue ordinaire, armée d'un tube en caoutchouc, qui s'adaptait exactement à la canule du trocart, assisté de M. le docteur Calvet, qui m'avait déjà prêté son concours lors de la première ponction, nous suivîmes le procédé suivant :

Le 8 novembre, la ponction fut pratiquée avec un trocart de 4 millimètres. Un gros jet d'un pus épais et verdâtre, un peu fétide, sortit aussitôt, et s'interrompit à plusieurs reprises brusquement; mais le passage d'un porte-mèche dans la canule suffisait pour permettre l'écoulement du pus et même la sortie de quelques hydatides... Pour hâter l'évacuation de la poche, M. Clément appliqua sur l'extrémité externe du trocart sa seringue, munie d'un tube en caoutchouc... Les aspirations répétées retirèrent trois litres de pus, dans lequel nageaient de nombreuses vésicules entières ou en lambeaux et de dimensions variables; le pus devint un peu sanguinolent aux dernières aspirations; alors des injections d'alcool camphré mêlé de partie égale d'eau furent faites et retirées immédiatement. On retirait à chaque fois un peu de pus et des débris d'hydatides. Ces manœuvres furent répétées quatre ou cinq fois, jusqu'à ce que le liquide revint tel qu'il était entré et que la seringue ne pût plus rien aspirer, ce qui indiquait que probablement la poche kystique était complétement débarrassée.

Parmi les hydatides qui ont été retirées, les plus grandes étaient déchirées, semblables à des flocons de membranes blanchâtres; les petites étaient entières, ovoïdes. MM. Pécholier et Saint-Pierre, agrégés à la Faculté de médecine de Montpellier, en ont examiné quelques-unes au microscope; elles leur ont présenté l'aspect des acéphalocystes, mais ils n'ont pu constater les crochets caractéristiques des échinocoques.

La malade, quoique faible, supporta bien cette opération, qui dura une heure et demie... Elle éprouva promptement un soulagement progressif, et peu à peu les organes abdominaux et thoraciques, qui étaient refoulés par le kyste, reprirent leur position normale, et tous les accidents cessèrent; la respiration devint libre et la déglutition, qui était difficile, devint possible.... La malade éprouva un peu de fièvre pendant sept ou huit jours, et la piqûre du trocart se cicatrisa promptement. Après le premier septenaire, l'ascite avait complétement disparu, et avec elle l'œdème des membres inférieurs.

La malade put se lever le douzième jour et marcher dans sa chambre; l'appétit revint, les digestions se firent bien, et peu à peu elle reprit les occupations de son ménage. A l'épigastre, la sonorité de l'estomac était plus étendue, et on pouvait constater l'existence des adhérenees entre le foie et les parois abdominales pendant les mouvements respiratoires.

Il y avait quatre mois que la malade avait été opérée, lorsque notre confrère nous adressa cette observation, et ce laps de temps nous paraissait un peu court, pour ne pas avoir quelque doute sur

la persistance de la guérison ; mais tout dernièrement, notre honoré confrère, sur la demande que nous lui avions adressée, pour savoir si la guérison s'était maintenue, nous répondait affirmativement que sa malade, une année après l'opération, avait une santé et une constitution aussi bonnes que par le passé.

Parmi les réflexions auxquelles se livre notre confrère dans le cours de son observation, il attribue à la première ponction la formation des adhérences qui existaient entre le kyste et la paroi abdominale, lorsqu'il a pratiqué la seconde ponction, et il ajoute que c'est la certitude de l'existence de ces adhérences qui l'a amené à suivre le procédé opératoire qu'il a mis en usage, c'est-à-dire une nouvelle ponction avec un gros trocart, puis l'aspiration du liquide et des hydatides à l'aide d'une seringue, et enfin les lavages du kyste, convaincu que s'il eût pénétré de l'air dans le kyste, celui-ci eût été retiré par l'aspiration, les parois du kyste étant repoussées par les organes voisins, qui reprenaient leur place normale, à mesure que le contenu disparaissait, il ne restait donc dans l'intérieur de la poche aucun espace où l'air aurait pu se loger.

Telle est, en résumé, l'intéressante observation qui vous a été communiquée par le docteur Clément, et à laquelle nous ajouterons quelques remarques.

Nous dirons tout d'abord que nous ne pouvons accepter, dans le cas actuel, l'opinion de notre confrère, qui pense que les adhérences qui existaient entre le kyste et les parois abdominales avaient eu pour cause de leur formation la première ponction. Nous nous appuierons, pour rejeter cette manière de voir, précisément sur un signe qui est relaté dans l'observation, c'est que les mouvements d'ascension et d'abaissement habituel du foie, pendant les mouvements respiratoires, n'avaient pas lieu ; or, ces mouvements servent à reconnaître s'il y a adhérence ou non. On sait que, pour arriver à reconnaître si des adhérences existent, il faut d'abord chercher à reconnaître le bord du foie ou quelque partie proéminente de la surface, et on la marque sur l'abdomen avec de l'encre ou un crayon. S'il y a adhérence, le point marqué correspondra avec le bord ou le point proéminent du foie, quelle que soit la ponction du corps; d'un autre côté, s'il n'y a pas d'adhérences, le foie glissera le long de l'abdomen, quand le malade fera une inspiration profonde, ou lorsque, préalablement couché sur le dos, il se tournera sur le côté gauche, et la marque faite ne correspondra plus au bord proéminent, comme dans le cas d'adhérence ; or, comme chez cette malade les mouvements respiratoires ne donnaient pas lieu aux mouvements d'ascension et d'abaissement habituels du foie, il en résulte donc que des adhérences existaient déjà entre le kyste et la paroi abdominale, bien avant la première ponction, et qu'elles étaient dues probablement aux frottements du kyste, qui, considérablement développé, refoulait fortement les organes environnants.

Un autre point, qui frappera certainement l'esprit de tout le monde et qui est très-remarquable en effet, c'est la modification heureuse que M. Clément a fait subir au procédé opératoire, et qui lui a permis de retirer, immédiatement après la ponction, les hydatides contenues dans le kyste. Il fait d'abord une première ponction, probablement avec un trocart ordinaire, puisqu'il put, le liquide cessant de couler, introduire dans la canule du trocart un stylet. Le liquide qui s'écoula était semblable à du petit-lait, ce qui indiquait qu'il existait déjà un commencement d'inflammation dans la poche et que par conséquent la guérison ne pourrait être obtenue par une simple et unique ponction, et qu'il faudrait bientôt recourir à un autre mode de traitement, dont le but serait de vider complétement la poche kystique ; c'est ce qui eut lieu, en effet, et le 8 novembre, c'est-à-dire vingt jours après la première ponction, notre confrère, en présence d'un mal qui faisait de rapides progrès, se décida à évacuer complétement le kyste.

Disons d'abord qu'il était convaincu que la première ponction avait déterminé des adhérences et que les mouvements qu'il avait imprimés dans tous les sens au stylet qu'il avait introduit par la canule, avaient déchiré, morcelé et tué les hydatides. Quoi qu'il en fût, il procéda de la manière suivante : il se servit d'un trocart volumineux, dans le but de pouvoir aspirer avec une seringue le contenu du kyste et de le laver. Au lieu d'introduire dans la canule une sonde en gomme élastique, comme nous le faisons pour aspirer le contenu et faire des injections, il adapta à la canule du trocart et à la seringue un tube en caoutchouc, à l'aide duquel il put retirer et le pus et les hydatides ; après plusieurs aspirations, il avait retiré 3 litres de pus, dans lequel nageaient de nombreuses vésicules, entières ou en lambeaux, et de dimensions variables. Le pus devint un peu sanguinolent aux dernières aspirations, alors il lava le kyste avec des injections d'alcool camphré, qu'il retira immédiatement ; il répéta ces manœuvres jusqu'à ce que le liquide revint tel qu'il l'injectait, ce qui, dit notre confrère, indiquait que probablement la poche kystique était complétement débarrassée. La canule fut retirée, et, les jours suivants, la malade, qui au moment de l'opération était dans un état grave, éprouva promptement un mieux progressif, et, une année après, jouissait d'une excellente santé, sans la moindre apparence du retour de la maladie.

Ce qu'il y a de particulier et de nouveau dans le procédé opératoire de M. Clément, c'est l'extraction immédiate des hydatides, soit entières, soit en lambeaux, par des aspirations répétées. Le point important pour guérir un kyste hydatique du foie ou tout autre kyste simple et uniloculaire, est de le débarrasser complétement de tout son contenu, et c'est ce que tous les opérateurs ont cherché à obtenir, en employant les différents procédés qui ont été mis en usage. Si donc, à l'aide d'une ponction faite immédiatement, à l'aide d'un gros trocart, on peut retirer sur-le-champ, par la canule, toutes les hydatides renfermées dans la poche kystique, on abrégera considérablement la durée du traitement et on n'exposera pas le malade aux inconvénients des caustiques, des incisions, des sondes à demeure et des injections répétées pendant plusieurs semaines. Mais plusieurs conditions sont nécessaires pour obtenir de tels résultats. Il faut d'abord que le kyste soit uniloculaire, ce qui n'est pas le cas le plus commun dans les kystes du foie ; il faudrait, suivant un grand nombre de médecins, que des adhérences existassent entre le foie et la paroi abdominale ; mais cette dernière circonstance n'est pas absolument indispensable, ainsi que nous l'avons démontré dans notre *Traité d'iodothérapie* (chapitre des kystes hydatiques et des abcès du foie, 2e édit., p. 480).

(A suivre.)

VARIÉTÉS

—

Traité de physiologie humaine appliquée à l'hygiène et à la médecine (1).

Par M. GUSTAVE LE BON.

La physiologie est devenue depuis quelques années une science éminemment pratique, et, sous peine de n'avoir que l'empirisme le plus aveugle pour guide, le médecin ne saurait se passer de son concours. Un traité de physiologie appliquée à la médecine, c'est-à-dire un ouvrage où, après avoir exposé les fonctions des divers organes, le cœur, l'estomac ou les poumons, par exemple, on donnerait l'explication physiologique des phénomènes morbides observés dans les affections de ces organes — explications si négligées dans la plupart des traités de pathologie — formerait une œuvre éminemment utile et non encore tentée.

C'est un livre de cette nature que M. le docteur Le Bon a voulu écrire. Fruit de plusieurs années d'investigations patientes dans les hôpitaux et dans le laboratoire qu'il dirige, cet ouvrage, tableau concis, bien que complet, des connaissances physiologiques modernes et de leurs applications à l'hygiène et à la médecine, a sa place marquée dans la bibliothèque de tous les praticiens. Avec l'exposé des découvertes étrangères les plus récentes qu'ils chercheraient vainement ailleurs, ils y trouveront une foule de ren-

---

(1) 1 vol gr. in-8 de 800 pages, illustré de 300 gravures, paraissant en 12 livraisons à 1 franc. — J. Rothschild, éditeur, 13, rue des Saints-Pères.

seignements pratiques qui leur seront d'une utilité journalière très-grande.

Parmi les questions qui ont été l'objet de développements importants dans ce bel ouvrage, nous mentionnerons une étude très-complète des indications fournies au point de vue du diagnostic et du traitement par les modifications que l'urine éprouve dans les maladies; le résumé d'expériences nouvelles extrêmement curieuses sur l'asphyxie, qui ont conduit l'auteur à un nouveau traitement de cet état pathologique; l'exposé des recherches faites dans son laboratoire sur divers aliments, tels que l'extrait de viande, l'alcool, le bouillon, le café, substances au sujet desquelles beaucoup de préjugés sont encore répandus; des documents précieux inédits sur la composition des aliments usités dans les armées allemandes; des renseignements fort utiles sur les règles qui, d'après l'expérience de la dernière guerre, doivent présider à la ventilation des locaux destinés à recevoir des malades et sur les résultats obtenus par les hôpitaux en plein air; les découvertes importantes faites récemment sur le système nerveux et sur les conséquences qui en découlent pour le traitement des affections mentales; enfin une série de documents intéressants traités avec l'esprit philosophique, l'érudition et la clarté qui ont assuré le succès des précédentes publications du même savant.

L'ouvrage contient, en outre, des résumés d'anatomie accompagnés de magnifiques gravures, dessinées en grande partie sous la direction de l'un des plus habiles anatomistes de l'Europe, le professeur Luschka, de l'Université de Tubingue. Leur exécution a demandé plusieurs années de travail.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Par divers arrêtés ministériels sont nommés :

Officiers d'Académie : MM. Augouard, médecin du ministère de l'instruction publique; Bergeon, médecin au lycée de Moulins; Billout, médecin à Paris; Canivet, médecin du lycée de Compiègne; Goubaux, professeur à l'École d'Alfort; Merland, médecin à Nantes; Perrachon, médecin du lycée de Mâcon; Roussille, médecin du lycée de Pau; Vigot, médecin du lycée de Coutances.

— Par arrêté ministériel, sont nommés, pour les travaux historiques et archéologiques, correspondants du ministère de l'instruction publique, les médecins et pharmaciens dont les noms suivent :

1° *Correspondants titulaires* : MM. le docteur Goze, à Amiens; Lacroix, pharmacien à Mâcon; Mathon, pharmacien à Beauvais; le docteur Roussel, membre du conseil général de la Lozère, à Mende.

2° *Correspondants honoraires* : MM. le docteur Arbaud, à Manosque; Kuhnholtz-Lordat, bibliothécaire de la Faculté de médecine de Montpellier.

— Le banquet annuel des internes en médecine des hôpitaux de Paris aura lieu le samedi 1er mars, à six heures et demie, dans les salons de Douix (café Corrazza), Palais-Royal. On s'inscrit dans les hôpitaux, auprès de l'interne en médecine, économe de la salle de garde, ou chez les docteurs Piogey, 24, rue des Martyrs, et Emile Tillot, secrétaire de la commission permanente, 42, rue Fontaine-Saint-Georges.

Le prix de la souscription est fixé à quinze francs.

— La Société de médecine de Paris tiendra désormais ses séances les 2e et 4e samedi de chaque mois, à trois heures et demie très-précises, 3, rue de l'Abbaye, dans la salle des séances de la Société de chirurgie.

Le Directeur : Dr E. Le Sourd.

Paris. — Typographie A. Pougin, quai Voltaire, 13.

N° 20. — MARDI 18 FÉVRIER 1873. 46e ANNÉE. MARDI 18 FÉVRIER 1873. — N° 20.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Bureaux : 57, rue des Saints-Pères, 57
PRÈS L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix d'abonnement
doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

On s'abonne hors de Paris
dans les bureaux des Messageries et chez les Libraires
Les lettres non affranchies sont refusées.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui n'en peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS : Trois mois. . 8 fr. 50 c. — Six mois. . 16 — Un an. . . . 30 —

POUR L'ÉTRANGER le port en sus suivant les derniers tarifs des Postes.

Paris, le 17 février 1873.

La séance de l'Académie de médecine aura, le 18 février, une importance considérable. C'est, en effet, dans cette séance que sera proclamé le Secrétaire perpétuel.

L'unanimité avec laquelle M. Béclard a été nommé Secrétaire perpétuel intérimaire ne laisse aucun doute sur une nomination qui sera accueillie avec la plus légitime satisfaction par l'opinion médicale.

SÉANCE DE L'ACADÉMIE DES SCIENCES

MM. Rabuteau et L. Ducoudray communiquent à l'Académie une série d'expériences destinées à confirmer la loi que M. Rabuteau avait déjà posée en 1861, *que les métaux sont d'autant plus toxiques que leur poids atomique est plus élevé, ou que leur chaleur spécifique est plus faible.* Par exemple, si l'on considère des métaux comparables, tels que le cadmium et le zinc, on trouve que le cadmium (poids atomique 112, chaleur spécifique 0,05669) est beaucoup plus actif que le zinc (poids atomique 65,02 et chaleur spécifique 0,09515).

Les expériences des auteurs ont porté cette fois sur les sels de calcium, et ils ont constaté que l'effet toxique du chlorure de calcium qui, injecté dans les veines à la dose de 3 grammes, foudroie un chien, est à peu près le même que celui du chlorure de potassium. Le poids atomique du potassium étant de 39 et celui du calcium étant de 40, ces deux métaux devaient, d'après la loi de M. Rabuteau, produire des effets à peu près identiques, et c'est ce qui ressort de l'expérience. D'après les auteurs, la mort qui survient à la suite d'une dose toxique de chlorure de potassium ou de chlorure de calcium est produite par arrêt du cœur. En d'autres termes, ces métaux sont des poisons musculaires. En effet, quand on trempe des muscles dans des solutions de chlorure de potassium ou de calcium, ces tissus n'obéissent plus, par la contraction, aux divers excitants qui agissent très-bien sur d'autres muscles trempés dans de l'eau pure.

— Avec M. Papillon, nous restons dans la chimie physiologique et dans les poids atomiques. Dans une note intitulée : *Recherches expérimentales sur les modifications de la composition immédiate des os*, l'éminent chimiste nous donne les résultats divers qu'il a obtenus en alimentant soit des pigeons, soit des poulets, soit des rats, avec des écrevisses, du riz, du blé et des sels minéraux tels que la magnésie, la strontiane. Après quelques jours de ce régime, M. Papillon tue les animaux, les fait cuire, les désosse et soumet les os à la calcination pour en analyser les cendres. Or, les résultats « lui ont permis de remarquer que la quantité des métaux capables d'entrer, par fixation ou par substitution, dans les trames organiques, semble être proportionnelle aux poids atomiques de ces métaux. Il paraît y avoir une connexion entre la vitesse des mouvements trophiques et le poids des atomes contenus dans les ingrédients nutritifs. » Ces conclusions, même dans leur remarquable réserve, nous paraissent beaucoup trop prématurées. Et d'abord, M. Papillon n'ayant expérimenté que sur les os, n'est pas fondé à dire : « la quantité des métaux capables d'entrer dans les *trames organiques* ». Ensuite, nous ne comprenons pas bien « cette vitesse des mouvements trophiques dans ses rapports avec les poids atomiques ». Sans doute, l'auteur a voulu dire que le mouvement de composition et de décomposition des tissus est variable selon la nature des corps qui sont en jeu dans ce mouvement, et que sa vitesse est proportionnelle à leur poids atomique. Tout cela est très-joli dans les creusets du chimiste, mais dans le corps vivant, dans les organes, M. Papillon trouve-t-il un métal à l'état d'isolement? Non certes. Et alors, que devient son insinuation de loi ? M. Papillon est chimiste et il fait de la physiologie à la façon de tous ses prédécesseurs, avec l'espérance bien entendu que la vie elle-même sortira de ses creusets.

Nous n'en voulons d'autre preuve que l'empressement avec lequel il saisit une parole empruntée à un grand physiologiste pour l'adapter à son usage. « S'il est vrai, dit-il, comme M. Cl. Bernard le prétend, que le plus grand *desideratum* de la physiologie soit, à l'heure qu'il est, la connaissance du mécanisme des opérations nutritives, il est manifeste qu'un des facteurs importants de ce mécanisme est la durée même du passage d'une molécule déterminée dans les trames de l'organisation. » Hélas! le *desideratum* de M. Cl. Bernard est l'éternel inconnu, c'est le feu de Prométhée, la vie. Essayez donc de reconstituer une cellule vivante ? Malgré la connaissance précise des poids atomiques qui la constituent, vous n'y arriverez pas; il vous manquera toujours ce quelque chose que les creusets ne donnent pas. Comment voulez-vous, dès lors, connaître le *mécanisme des opérations nutritives?* Analysez ce qui entre dans un organe ; analysez ce qui en sort ; étudiez la constitution du tissu qui sé-

pare l'entrée de la sortie ; tout cela est très-bien. Mais prétendre expliquer le mécanisme de ces actions intimes, c'est vouloir un peu trop. Après tout, il ne faut pas décourager. N'oublions pas que la chimie est sortie des recherches sur la pierre philosophale.

— Après bien d'autres, M. Champouillon apporte son tribut d'observations sur *les vertus thérapeutiques et antiputrides du silicate de soude*. D'après l'auteur, le silicate de soude guérit, en injection, l'ozène, le flux blennorrhagique chronique et indolent, la diarrhée chronique ulcéreuse, la leucorrhée vaginale, la cystite chronique, catarrhale, purulente ou hémorrhagique. Il guérit aussi, sous forme de solution poudroyée, le flux muqueux propre aux affections catarrhales des bronches, même dans les cas de catarrhe sénile. Voilà bien des choses... Mais à qui et à quoi peut servir cette communication, puisque M. Champouillon oublie de nous donner les doses qui lui ont si bien réussi ? Cependant il dit en terminant : « De là la nécessité de titrer avec prudence la solution destinée aux injections vésicales. »

HOPITAL MILITAIRE DE LYON.

Ictère grave. — Mort le troisième jour de l'entrée à l'hôpital après dix-neuf heures de convulsions tétaniques. — Atrophie graisseuse du foie. — Dégénérescence graisseuse des reins.

Par le docteur MORAND, médecin-major de 1re classe.

La question de l'ictère grave a soulevé tant de problèmes de physiologie et de pathologie, elle a donné lieu à tant de controverses, qu'un certain intérêt est forcément acquis à tout cas de cette affection qui se présente. Voilà pourquoi nous nous décidons à faire connaître, malgré ses lacunes, le fait suivant, que les lecteurs de la *Gazette* pourront comparer, tout incomplet qu'il soit, à celui que M. E. Fritz a publié ici même (1) dans un remarquable travail qu'ils n'auront pas oublié.

M..., soldat au 92e de ligne, entre à l'hôpital le 26 août 1872, après la contre-visite du soir.

Le 27, à la visite du matin, le malade présente l'état suivant : malaise général, soif vive, céphalalgie gravative, inappétence, constipation, insomnie, vertiges dans la station debout. Langue large, humide, rouge sur les bords et à la pointe, recouverte à la base d'un enduit jaunâtre. Teinte ictérique modérée de la face et de la moitié supérieure du corps. Pouls à 80. Point de modification appréciable dans la matité de la région hépatique. Celle-ci n'est douloureuse ni à la palpation ni à la percussion. Ni douleur ni gargouillement dans les fosses iliaques. Point de taches rosées ou de sudamina.

Le malade est un homme de 22 ans, vigoureux, fortement musclé, habituellement bien portant. Il fait remonter à dix jours seulement le début de la maladie qui l'amène à l'hôpital, et que le médecin du corps qualifie, sur le billet d'entrée, de *fièvre muqueuse prise d'abord pour un embarras gastrique*. Le malade répond très-nettement à nos questions. Il se plaint surtout d'avoir la tête lourde et les membres comme brisés. Il n'y a que deux jours, au reste, qu'il a cessé tout service.

Les déclarations du malade, le diagnostic du médecin qui l'avait soigné au début, joints à l'ensemble de la phénoménisation morbide, me portaient à croire à un de ces embarras gastriques avec catarrhe des voies biliaires, si communes chez les soldats, à moins qu'il ne s'agît d'un de ces états fébriles continus ou faiblement rémittents qui préludent indistinctement au typhus abortif ou à la fièvre typhoïde classique.

Le soir, point d'aggravation sensible. La température axillaire, qui était le matin à 38°,2, n'était en ce moment, trois heures de l'après-midi, qu'à 38°,6, et le pouls ne dépassait pas 90 pulsations à la minute.

Une bouteille d'eau de Sedlitz, prise dans la matinée, avait déterminé plusieurs selles ; je fis prendre, séance tenante, 8 décigrammes de sulfate de quinine additionné de quelques gouttes de laudanum.

28. — Nuit passable ; le malade a même dormi quelques instants ; la température est revenue à 38° et le pouls à 80-85. Il semble cependant que la teinte ictérique soit un peu plus accusée, ce qui me détermine à examiner les urines que contenait le vase de nuit, et qui décèlent, à l'acide nitrique, une assez forte proportion de pigment biliaire, sans trace aucune d'albumine.

Nouvelle dose de sulfate de quinine à 0,8, qui n'empêche pas la température de monter le soir à 39°, et le pouls à 100-110.

Le 29 au matin, quelle n'est pas ma surprise en voyant l'état du malade dont les sanglots me frappent dès mon entrée dans la salle. Couché sur le côté gauche et pelotonné sur lui-même, la tête fortement inclinée sur la poitrine, les membres repliés dans la flexion forcée, le malheureux est en proie à une contracture généralisée, à un véritable *emprosthotonos*. A chaque instant, il pousse des cris entrecoupés de sanglots que le moindre attouchement lui fait redoubler, comme s'il y avait hyperesthésie cutanée. Impossible dès lors de placer un thermomètre. La respiration est incomplète, suspirieuse, et les mâchoires convulsivement rapprochées ne s'entr'ouvrent quelque peu qu'au moment où le malade exhale ces sanglots que nous avions entendus à distance. Par contre, les pupilles sont à l'extrême limite de leur dilatation. Pouls innombrable. L'ictère, plus foncé, s'est étendu à tout le corps.

C'est dans la matinée, vers cinq heures, d'après l'infirmier de garde, que le malade s'est mis à sangloter, sans que rien, dans la nuit, eût appelé l'attention sur lui.

Lavement purgatif ; vingt sangsues aux apophyses mastoïdes.

Le soir, à la contre-visite, le malade, qui a rendu sous lui, après le lavement, une selle noirâtre qui n'a pas été gardée, est couché sur le dos, la tête enfoncée dans le traversin, tandis qu'il prend, d'autre part, avec le siége, un second point d'appui sur le matelas ; il offre exactement, avec son tronc, la forme d'un arc de cercle à concavité postérieure, *opisthotonos*. A part les doigts, qui sont repliés obstinément dans la paume de la main, les membres sont dans l'extension forcée, d'où ils ne sortent que pour se livrer, de loin en loin, à des tremblements convulsifs de courte durée. Perte absolue de connaissance et anurie complète.

Vers neuf heures du soir, vomissement noir qui malheureusement n'a pas été conservé, et mort presque immédiatement après.

Autopsie vingt-six heures après la mort.

Le cadavre est celui d'un homme vigoureux, de taille au-dessus de la moyenne, et qui, à en juger par l'état de conservation de l'embonpoint et de la musculature, n'a pas souffert d'une maladie de longue durée. Ce qu'il offre de plus prononcé, c'est une teinte ictérique très-foncée de tout le tégument externe.

Poumons. Gorgés d'un sang noir mais spumeux, ils sont partout crépitants et élastiques ; point de granulations ni d'indurations d'aucune sorte, point d'adhérences pleurales, point de développement anormal, sclérosique, des travées interlobulaires ; en un mot, nulle trace d'un processus morbide quelconque, récent ou ancien.

Reins. Ils sont hyperémiés et augmentés de volume. Il s'écoule beaucoup de sang de leur coupe, et la capsule d'enveloppe se laisse détacher avec facilité. Quatre ou cinq ecchymoses se montrent à la surface. La plus grande de ces suffusions sanguines, qui occupe la partie moyenne du bord convexe, ne dépasse pas les dimensions d'une pièce de 1 franc.

Une particularité à noter, c'est la teinte ictérique de la muqueuse des calices et du bassinet.

La *rate* est de dimensions normales et ne paraît pas altérée.

(1) *Gazette des hôpitaux*, 1863, nos 21 et 23, *Note sur l'ictère grave*, par E. Fritz, interne des hôpitaux.

Foie. Il offre un aplatissement manifeste dans le sens de son diamètre vertical; à part cette atrophie en épaisseur, sensible à première vue et vraiment saisissante, l'organe a des dimensions normales, et son enveloppe péritonéale n'offre aucunement l'aspect plissé qu'on a signalé dans bon nombre de cas d'atrophie. Le poids total n'est que de 1150 grammes, tandis qu'il est, en moyenne, de 1400 à 1600 grammes.

La teinte générale de l'organe est gris-noirâtre. Sur les coupes, on distingue des espaces vaguement circulaires, où une nuance jaunâtre perce sous la coloration générale, qui semble être le résultat d'une fluxion récente, à en juger par la grande quantité de sang qui s'écoule à chaque incision.

Le lobe gauche est plus particulièrement de couleur café au lait; il est onctueux, gluant au toucher, et les fragments qu'on en détache pour les examiner au microscope se collent aux parois du vase dans lequel on les projette.

La consistance du parenchyme, dans son ensemble, n'est pas très-sensiblement modifiée. On ne voit point de gouttelettes de graisse rester adhérentes au couteau; les morceaux plongés dans l'eau ne laissent pas non plus de graisse surnager, si bien qu'on est indécis de savoir, à l'œil nu, si l'organe est en état de dégénérescence graisseuse avancée.

A la surface de l'organe, et dans l'étendue des coupes, on remarque un semis de petites taches d'un rouge sombre, circulaires, à circonférence extérieure comme dentelée, de la dimension d'une pièce de 20 centimes, et qui proviennent, sans doute, d'extravasations sanguines formées autour des veines intra-lobulaires.

La vésicule renferme environ deux cuillerées à bouche d'un liquide noirâtre et visqueux, bile vieillie et mélangée d'exsudats muqueux et de débris épithéliaux?

Estomac. Trois ou quatre ecchymoses, du volume d'une pièce de 1 franc, éparses sur la surface de la muqueuse, qui semble un peu ramollie.

Intestin. Muqueuse gris pâle, parsemée de loin en loin d'ecchymoses de forme ovalaire, de la dimension des précédentes, plus nombreuses sur le côlon, où l'on en pourrait compter une quinzaine.

Un demi-verre d'urine trouble dans la vessie. Nous n'en avons pas fait l'analyse, parce que, comme on sait, l'urine des cadavres est toujours albumineuse.

Les muscles sont fermes, bien modelés et n'ont de particulier que la teinte ictérique de leurs portions aponévrotiques.

Centres nerveux. Les méninges crâniennes, à part quelques vaisseaux gorgés de sang et quelques ecchymoses au niveau des saillies pariétales, ne montrent aucune altération. Pas la moindre rougeur diffuse; point d'aspect dépoli; point de traînées lactescentes, et nous nous assurons qu'il n'existe sur ces membranes aucune trace de granulations suspectes.

Le *cerveau* est remarquable par l'affaissement des circonvolutions qui sont visiblement aplaties, par son volume exagéré et par sa diffluence. Il est ramolli au point qu'il se déforme par son propre poids et qu'il déborde de tous côtés la serviette roulée en cercle sur laquelle il repose. Le doigt s'enfonce dans la pulpe cérébrale comme dans une bouillie épaisse. D'ailleurs, d'un processus morbide actif, point de piqueté sur les coupes, point d'écoulement de sang, rien qu'une teinte rougeâtre, une véritable imbibition sanguine superficielle, bornée aux points qui correspondaient aux ecchymoses méningiennes. Point de sérosité, ni dans la cavité de l'arachnoïde, ni dans les ventricules.

Le *cervelet* est également ramolli et exsangue.

Bulbe intact, ainsi que la moelle, qui présente seulement un ramollissement de 2 à 3 centimètres de hauteur à la partie moyenne du renflement cervical.

Quant aux méninges spinales, elles sont complétement saines et seulement teintées en jaune sombre par l'ictère.

Examen microscopique après macération des pièces, pendant trente-cinq jours, dans une solution faible d'acide chromique :

Des coupes que nous avions faites sur les pièces fraîches, malgré l'état de mollesse de celles-ci, nous avaient fait reconnaître un état gras très-avancé du foie et des reins. C'est au point que l'idée nous était venue que nous pouvions avoir affaire à un empoisonnement par le phosphore. L'examen du foie et d'une portion des intestins, par l'appareil de Mitscherlich, auquel nous procédâmes, nous détrompa bientôt.

Voici le résultat fourni par les pièces durcies.

1° *Foie.* Il est très-mal durci, malgré son séjour prolongé dans l'acide chromique. Sur les nombreuses coupes que nous avons faites, on remarque qu'un grand nombre de cellules du foie ont disparu. Celles qui persistent sont, la plupart, petites, atrophiées et granuleuses ou graisseuses. Quelques-unes sont volumineuses et distendues par des globules graisseux. En dehors des cellules, la graisse se montre sous forme de taches en grand nombre et de toute dimension. Quelques dépôts pigmentaires. Point de traces de prolifération conjonctive. Les vaisseaux sanguins, les canaux biliaires et la forme des lobules sont impossibles à distinguer. Dès lors, pas n'est besoin de dire qu'il ne nous a pas été donné de reconnaître l'épithélium des canaux biliaires que Cornil prétend facile à étudier en pareil cas (1).

2° *Reins.* Infiltration de grosses gouttes de graisse dans l'épithélium de tous les tubes urinifères, tant droits et en anse, que contournés. Les glomérules de Malpighi sont à peu près intacts. Sur quelques-uns, cependant, on distingue quelques granulations graisseuses et quelques débris épithéliaux de la capsule de Bowman. Pas de traces de prolifération interlobulaire.

3° Le muscle grand droit de l'abdomen et le tissu du cœur, soigneusement examinés, n'ont offert aucune altération.

La description qui précède suffit, je pense, pour établir que nous avions eu affaire à un cas de cette maladie si magistralement décrite par Frerichs (2) sous le nom d'*atrophie jaune aiguë du foie.* L'analogie n'est cependant pas complète, et il manque bien quelques traits essentiels chez notre malade. S'il a présenté, en effet, sous le couvert d'un catarrhe gastro-intestinal, le début insidieux, l'ictère fébrile et la brusque apparition des phénomènes nerveux qui figurent parmi les caractères propres de la maladie en question, il lui a manqué, en revanche, la douleur et la diminution de la matité de la région hépatique, ainsi que les hémorrhagies prodromiques, c'est-à-dire, précisément les signes avant-coureurs qui auraient pu nous mettre sur la voie du diagnostic.

Nous n'avons cherché ni dans le sang ni dans les urines la présence de ces composés quaternaires — *leucine* et *tyrosine* — que Frerichs, et après lui Jaccoud (3), entre autres, considèrent comme caractéristiques de la maladie. Nous avons été surpris, nous l'avouons, par la brusque explosion des manifestations convulsives; et lorsque celles-ci se furent emparées exclusivement de la scène pathologique, à supposer même que la teinte de la peau eût provoqué en nous l'idée de l'ictère grave, il nous eût été, sans doute, impossible de procéder aux recherches en question, pour lesquelles il y a besoin, outre les connaissances spéciales, de ressources de laboratoire qu'on ne rencontre qu'exceptionnellement. Nous nous bornerons à dire, à ce sujet, que, bien que notre attention fût éveillée là-dessus, il ne nous a pas été possible de découvrir dans nos préparations les aiguilles de tyrosine, ni les globules de leucine signalés par Frerichs.

Au reste, la leucine et la tyrosine seraient loin d'avoir, dans l'espèce, la valeur que leur assigne le pathologiste allemand, s'il

(1) In *Archives de physiologie*, numéro de mai 1872.

(2) *Traité pratique des maladies du foie*, traduction française de Duménil et Pellagot. 2e édition.

(3) *Traité de pathologie interne.*

est vrai, comme l'affirment Millon et Commaille (1), d'après des recherches sanctionnées par Berthelot, que la présence dans l'organisme de ces principes quaternaires n'ait pas de liaison spéciale avec les lésions du foie, et qu'elle témoigne seulement d'un trouble dans les transformations de la matière vivante.

On a vu que nos préparations ne nous ont offert aucune trace de prolifération conjonctive, rien, par conséquent, de cette exsudation d'une matière grisâtre à la périphérie des lobules, qui finirait, grâce à sa rétractilité envahissante, par étouffer le parenchyme hépatique tout entier, de manière à rendre impossible toute distinction entre les lobules; exsudation sur laquelle Frerichs se fonde pour asseoir, comme on sait, sa théorie de la la marche suraiguë et de la nature inflammatoire de la maladie. Il est vrai que nos coupes n'ont porté que sur des fragments du lobe gauche, qui était la portion la plus altérée du foie; peut-être eussions-nous découvert cette maîtresse exsudation, si nous avions examiné le lobe droit, où l'altération était sans doute moins avancée.

La douleur hépatique manquait chez notre malade, peut-être parce qu'au moment où il nous a été donné de le voir si près de la mort, la sensibilité était déjà trop obtuse. Quant à l'absence de diminution de la matité correspondante au foie, elle s'explique sans peine par cette particularité que l'atrophie n'était sensible que dans le sens de l'épaisseur de l'organe, dont la longueur et la largeur étaient à peu près normales.

L'absence de l'albumine dans les urines de notre malade, malgré l'altération profonde de l'épithélium des tubes urinaires, est un fait à peu près constant dans l'ictère grave, et foncièrement en opposition avec les idées généralement acceptées sur le rôle des épithéliums dans les sécrétions. Jaccoud (2) l'explique par l'hypothèse que la leucine et la tyrosine remplacent, dans l'urine, l'albumine urinaire commune, toutes ces substances ayant une provenance identique et naissant de la transformation des matières albuminoïdes. Pour nous, nous préférerions, comme ayant reçu un commencement de démonstration, l'hypothèse de Ranvier (3), qui rattache la présence ou l'absence de l'albumine dans les urines à la nature ou à la forme de l'altération rénale. Suivant cet habile et consciencieux micrographe, quand l'altération des tubes consiste dans le dépôt de granulations graisseuses à l'intérieur des cellules épithéliales, sans interposition de granulations protéiques, il n'y a pas d'albuminurie, et tel était le cas de notre malade, on s'en souvient. Que si, au contraire, l'exsudat qui remplit les tubes est demi-solide et formé de fines granulations graisseuses et d'une substance albuminoïde pétries ensemble, il y a apparition d'albumine dans l'urine. Ranvier a constaté la distinction qui précède dans les cas d'empoisonnement par le phosphore où l'albuminurie, tantôt manque et tantôt se produit; la même explication nous paraît applicable à l'ictère grave.

Pour ce qui est de la rapidité avec laquelle la mort a succédé à l'explosion des phénomènes convulsifs, elle n'a rien d'insolite, puisque Frerichs restreint entre douze heures et cinq jours les limites dans lesquelles la terminaison fatale se produit. Mais ce qui est moins connu et ce qui constitue le caractère propre de notre observation, c'est la durée et la persistance des convulsions toniques, qui vraiment étaient tétaniformes chez notre malade. La règle, c'est que les convulsions soient cloniques, bien que le trismus et l'éventualité des manifestations tétaniques soient signalés notamment dans Frerichs; en réalité, dans les nombreuses relations d'ictère grave que j'ai parcourues, je n'ai vu nulle part la prédominance du tétanos signalée comme ayant atteint le degré qu'elle avait chez M... Cette prédominance était telle, qu'elle nous avait fait supposer, ainsi qu'aux collègues que nous avions appelés en consultation, que nous nous trouvions en présence d'un de ces cas sporadiques de méningite cérébro-spinale, qui sont, dans nos salles, assurément plus fréquents que l'ictère grave.

Remarquons qu'en l'absence, sur le cadavre, de toute lésion capable de justifier cette présomption de la méningite cérébro-spinale, absence qui ressort, croyons-nous, des détails de l'autopsie, l'état du foie n'était pas, à l'œil nu, de nature à dissiper nos doutes ; ce n'est que l'examen au microscope qui nous a révélé l'état avancé de stéatose de cet organe. Malgré la forme aplatie de ce dernier, si nous nous étions contentés de l'examen microscopique, nul doute que la véritable nature de la lésion anatomo-pathologique ne nous eût échappé. Ce fait eût grossi le nombre des cas de mort à lésion cadavérique indéterminée, dont il existe dans la science un stock si considérable. Dans un pays qui s'y fût prêté quelque peu, en Algérie par exemple, on n'eût sans doute pas manqué de dire : *Fièvre pernicieuse tétaniforme.* Et qui sait le nombre d'énigmes médicales, de sphinx anatomo-pathologiques, qui ont été ensevelis sous cette banale épitaphe ? C'est le cas de reconnaître, en passant, l'utilité des recherches microscopiques, et de s'avouer combien, dans l'espèce, les observations qui sont dépourvues de cette sanction indispensable, doivent être comptées avec réserve.

A quoi donc peuvent tenir les accidents nerveux dans l'ictère grave?

(A suivre.)

(1) In *Journal de Robin*. 1867.

(2) Article ALBUMINURIE du *Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales.*

(3) *Journal de l'anatomie et de la physiologie*, 1867.

RÉCIDIVE D'UNE TUMEUR MÉLANIQUE DE LA CONJONCTIVE

APRÈS UNE PREMIÈRE EXTIRPATION

Par M. FANO.

La *Gazette des hôpitaux* du 16 juillet dernier a rapporté une observation de mélanose et de tumeur mélanique de la conjonctive; la tumeur ayant été extirpée par moi. Le sujet de cette observation s'est présenté de nouveau à ma clinique, le 13 janvier 1873, pour une récidive de l'affection, récidive qu'il a constatée en octobre, c'est-à-dire six mois après la première opération.

Il existait alors deux tumeurs : la première présente la forme et le volume d'un gros haricot flageolet; elle est complétement logée dans le cul-de-sac conjonctival inférieur et recouverte par la paupière inférieure, qu'il faut déprimer pour mettre à découvert la production morbide; elle est entourée de tous côtés par la conjonctive et paraît s'être développée dans l'épaisseur même de cette membrane. La seconde, située à $0^m,003$ environ au-dessous de la caroncule lacrymale, se présente sous la forme de deux hémisphères, ayant chacun le volume d'une grosse lentille, accolés l'un à l'autre sans être adhérents, mais simplement réunis à leur partie inférieure par un petit tractus très-étroit de conjonctive infiltrée de pigment. La surface des deux saillies qui forment la tumeur est lisse. La production morbide est de couleur gris cendré un peu foncé; la consistance assez ferme pour que le tissu ne s'en laisse pas facilement écraser avec le doigt; elle est entourée de tous côtés par une membrane qui n'est autre que la conjonctive infiltrée de pigment.

Les deux tumeurs repullulées furent enlevées le 13 janvier de cette année ; la cicatrisation des plaies se fit rapidement.

M. Perchant, mon chef de clinique, en fit l'examen histologique. Les tumeurs, préalablement dépouillées de leur enveloppe de

conjonctive, furent mises en macération dans de l'eau légèrement alcoolisée, pendant quarante-huit heures. Au bout de ce temps, le liquide est fortement coloré en brun noirâtre. Une goutte de ce liquide, examinée au microscope, permet de reconnaître une quantité infinie de granulations pigmentaires en suspension.

Le liquide obtenu par le raclage de la tumeur avec une lame de scalpel, renferme de nombreuses cellules volumineuses, à noyau, polygonales, le plus souvent déformées, et présentant alors des angles plus ou moins prononcés. La paroi de ces cellules est très-mince. Toutes ces cellules renferment des granulations pigmentaires, en grand nombre, en suspension dans une mince couche de liquide intra-cellulaire.

Sur une coupe de la tumeur, ces cellules se retrouvent en grand nombre. Les unes renferment une très-grande quantité de granulations pigmentaires. Leur coloration est d'un brun noirâtre, plus ou moins foncé, selon la quantité de pigment inclus; d'autres sont presque entièrement transparentes et ne renferment que quelques corpuscules de pigment.

Dans toutes ces cellules, le noyau est demeuré transparent, sans granulations.

A côté des cellules pigmentaires complètes, on trouve une grande quantité de noyaux libres, volumineux, à nucléole très-brillant.

Comme éléments accessoires, on rencontre quelques corps fibro-plastiques fusiformes, à un ou deux prolongements; des vaisseaux capillaires très-fins, à mailles polygonales, quelques fibres de tissu lamineux; çà et là, des fibres très-pâles; quelques cellules épithéliales appartenant à la conjonctive.

ÉTUDE SUR LES SELS ARSENICO-FERRIQUES
DE LA DOMINIQUE (1)

Par M. le docteur M. DURAND.

Maintenant, si nous examinons les dépôts qui se rassemblent dans le bassin de la Dominique, voici les résultats que donne l'analyse faite par M. Lebaigue, au laboratoire de la Pharmacie centrale de France (2) :

Eau.	12gr,50
Acide sulfurique.	4 97
— phosphorique.	6 39
— arsénique.	3 14
Sesquioxyde de fer.	66 40
Quartz avec mica.	4 50
Alumine. } Chaux (traces) } Perte }	2 »
	100gr, »

En attribuant aux acides la part d'oxyde de fer qui leur convient pour former des sels basiques, on peut exprimer ainsi le résultat :

Sulfate basique de fer $(Fe^2O^3),SO^3$.	24gr,85
Arséniate basique de fer $(Fe^2O^3)^2AsO^5$.	7 50
Phosphate basique de fer $(Fe^2O^3)PhO^5$.	13 59
Oxyde de fer en excès.	35 06
Quartz micacé.	4 50
Eau.	12 50
Alumine, chaux (traces), pertes.	2 »
	100gr »

En comparant ces tableaux entre eux, on peut constater que les sels que l'on trouve dans les eaux de la Dominique sont de même nature que ceux que l'analyse décèle dans les dépôts, et, de plus, que la composition de ceux-ci est la même que celle des roches d'où émerge la source.

On peut donc en conclure que les dépôts et l'eau de la Dominique jouissent de propriétés curatives analogues.

C'est en se basant sur ces analyses que de savants professeurs, dont nous citerons plus loin les travaux, ont eu la pensée d'appeler l'attention du corps médical sur la richesse de ces dépôts et sur les avantages que peut en retirer la thérapeutique.

Mais les dépôts que forment les eaux minérales après leur émergence, soit à la source, soit sur une étendue plus ou moins considérable de leur parcours, ne contiennent pas toujours les mêmes quantités de substances actives; en un mot, leur composition varie dans des proportions relativement considérables, et cela, parfois, en un espace de temps très-restreint.

Ce fait ne saurait être contesté; en effet, il est des sources minérales qui sourdent sur des sols qui ne permettent que des captages imparfaits et dont la constitution n'isole pas l'eau minérale en toutes saisons.

Il est bien évident que si l'eau minérale est appauvrie de ses sels, non-seulement elle en fournira moins à l'évaporation artificielle ou à l'air libre, mais encore il peut et doit y avoir des différences dans la proportion des divers sels fournis par l'analyse de l'eau minérale à son état normal.

A la source Dominique, rien de semblable ne peut se produire. Aucune variabilité ne peut exister dans la composition des sels. Leur proportion est immuable. Pour que le lecteur en soit convaincu, il nous suffit de rappeler les expressions du savant membre de l'Institut, M. Daubrée :

« La Dominique, dit-il, prend naissance au milieu des massifs des montagnes qui servent de contre fort à la chaîne du Coiron. L'examen des roches d'où sort l'eau fait reconnaître une constitution dans laquelle domine le quartz, le feldspath, l'argile et la pyrite blanche arsenicale. C'est une roche *éruptive* composée par un granit injecté de pyrite et sur les parois duquel se trouvent des failles, multiples et parallèles, dissociées par l'action d'un mouvement intérieur. » (Ouvrage cité.)

La montagne de la Dominique n'est autre qu'un immense rocher qui n'est pas recouvert par 0m,05 de terre.

La source Dominique sourd au bas d'une excavation, au cœur même de la roche dure. C'est un réservoir qu'on découvre, trois ou quatre fois par année, pour en épuiser l'eau, afin de recueillir les précieux dépôts qu'elle a laissés au fond de ce réservoir, sur ses parois et dans les galeries de prolongement où se déverse le trop-plein du bassin.

Ainsi donc, ces résidus ne sont point les dépôts de l'eau d'un jour, ni d'un mois, ni même d'une saison; ce sont véritablement les sels de la Dominique tels qu'elle les contient normalement, dépôts dont l'épaisseur s'augmente très-lentement, mais constamment, par le passage ou le contact de l'eau. Ces sels, en un mot, sont tels qu'ils existent dans l'eau elle-même.

Il serait puéril d'insister davantage pour démontrer qu'il ne peut y avoir aucune variabilité dans les sels de la Dominique; néanmoins, l'analyse de ces dépôts est très-exactement faite chaque fois, par M. Frédéric Wurtz, chef du laboratoire d'analyses de la Pharmacie centrale de France, sans que cet habile chimiste ait constaté jusqu'ici un millionième de différence.

C'est peut-être le cas de rappeler ici les avantages qu'offrent les combinaisons de la nature sur celles du laboratoire. Ici, l'association, le mélange intime de l'arsenic, est d'une perfection telle que jamais la chimie ne l'égalera. Il y a la même différence

(1) Suite. — Voir le numéro du 18 janvier 1873.
(2) *Union pharmaceutique*, 1871, p. 112.

entre les sels naturels arsenico-ferriques de la Dominique et une préparation ferrugineuse arsenicale de laboratoire, qu'entre l'eau minérale naturelle et l'eau minérale artificielle. Cette dernière n'est qu'une préparation. Les praticiens trouvent plus de garantie dans la première.

DES MOYENS DE PRÉVENIR ET DE GUÉRIR L'INFECTION PURULENTE

Par M. le docteur Boinet.

Une erreur typographique s'étant glissée dans la formule du liquide que M. Boinet emploie pour prévenir et empêcher l'infection purulente, nous reproduisons la formule de ce liquide :

Eau	500	grammes.
Tannin	50	—
Teinture d'iode	25	—

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 5 février 1873 (1). — Présidence de M. Trélat.

Le succès obtenu par notre confrère d'Aigues-Mortes doit donc encourager à mettre son procédé en pratique, d'autant mieux que si on pouvait parvenir à retirer toutes les hydatides par la canule, après les avoir déchirées, morcelées, on aurait toujours la ressource de la sonde à demeure, pour établir des adhérences s'il n'en existait pas, et faire des injections iodées, puis arriver ensuite à une incision assez large pour permettre la sortie facile de toutes les vésicules hydatiques ; extraire immédiatement, par une large canule et par aspiration, les hydatides, est donc une méthode très-heureuse et bonne à mettre en pratique.

Une méthode qui, depuis quelque temps, est prônée plus qu'elle ne le mérite, parce qu'elle ne fournit pas les succès qu'elle annonce, est la méthode par ponctions avec aspiration, à l'aide d'une canule capillaire. Avec cette méthode, on ne peut extraire que le liquide renfermé dans le kyste ou les poches, mais jamais on extrait les poches ou vessies hydatiques, ce qui est le point capital dans le traitement des kystes du foie. Cette méthode d'ailleurs n'est pas nouvelle ; il n'y a de nouveau que l'instrument pour la pratiquer. Il y a longtemps déjà qu'on a mis en usage les ponctions capillaires, et nous en avons cité de nombreux exemples dans notre *Traité d'iodothérapie* (2e édition, page 480), entre autres ceux de MM. Récamier, Hawkim, Brodie, Lenoir, Robert, Boinet, Legroux, Velpeau, Laugier, Demarquay, Frerichs, Heurtaux, etc. Mais cette méthode, qu'elle soit pratiquée par ponction avec aspiration ou par ponction avec un trocart explorateur, n'est le plus souvent qu'une méthode palliative, qui jusqu'à présent n'a fourni de bons résultats que par exception, et dans des cas qu'il est impossible de déterminer *à priori*. Il faudrait, pour avoir une opinion juste sur les résultats obtenus par les ponctions capillaires avec ou sans aspiration, suivre les malades pendant plusieurs années afin de s'assurer s'il n'y a pas eu récidive ou si la guérison a été radicale. Pour ce qui nous concerne, nous confessons que plusieurs malades que nous avons cru guéris radicalement à la suite de ponctions capillaires, sont venus plus tard, dans deux cas, après plus d'une année, réclamer de nouveau nos soins, la maladie s'étant reproduite très-lentement. La lenteur de cette maladie à se reproduire dans certains cas n'a rien qui doive surprendre quand on sait avec quelle lenteur se développe le plus souvent un kyste du foie... presque tous les malades, lorsqu'ils viennent consulter, font remonter le commencement de leur mal à cinq, six ou sept ans, et quelquefois plus.

(1) Suite. — Voir le dernier numéro.

Dans le mémoire publié par M. Dieulafoy, dans la *Gazette des hôpitaux* (année 1872), nous trouvons six observations seulement, sur lesquelles est basée la méthode des ponctions capillaires avec aspiration. Si nous examinons ces observations, nous trouvons qu'elles sont loin d'établir la preuve que la méthode de M. Dieulafoy soit supérieure aux autres méthodes ou procédés employés contre les kystes du foie, nous trouvons au contraire qu'elle leur est bien inférieure et qu'elle ne doit être employée que comme moyen d'essai et à titre palliatif.

Dans la première observation du travail de M. Dieulafoy, il s'agit d'une femme opérée dans le service du M. Gubler. Cette femme sort *guérie* de l'hôpital *quinze jours après l'opération*, et, depuis, on n'a plus de ses nouvelles... Est-on en droit d'affirmer, comme il est dit dans l'observation, qu'il y a guérison et qu'il n'y a pas eu de récidive ?

La seconde observation est une malade du service de M. Matice... Le liquide retiré par l'aspiration est en voie de purulence... *Trois semaines après l'opération*, sortie de l'hôpital... Il est vrai que M. Dieulafoy l'a revue quatre mois après... Mais depuis cette époque, qu'est-elle devenue? Nous savons qu'une guérison d'un kyste du foie traité par une ponction capillaire et datant de quatre mois seulement, laisse des doutes sur sa réalité, et ici ces doutes augmentent d'autant plus que le liquide aspiré était purulent...

Dans la troisième observation, prise dans le service de M. Moutard-Martin, il a été fait sept ponctions capillaires avec aspiration dans l'espace de deux mois... Après la première ponction le liquide est devenu purulent, et la malade a quitté l'hôpital *douze jours après la dernière ponction*, qui n'avait donné issue à aucun liquide... Cette guérison s'est-elle maintenue ?... Il eût été important de le constater.

La quatrième observation a trait à un malade qui aurait guéri radicalement après trois ponctions avec aspiration .. Et M. L. Monod, l'auteur de cette observation (*Gazette hebdomadaire*, n° 29, 1872), dit : « Je ne puis sans doute certifier que le malade est radicalement guéri, mais je puis ajouter que depuis l'époque où j'ai rédigé cette observation, c'est-à-dire depuis *cinq mois*, la santé s'est constamment améliorée, et que la guérison peut être considérée comme définitive... » La dernière ponction a été pratiquée le 24 juillet 1871, et l'observation publiée le 19 juillet 1872, il serait important de revoir ce malade pour savoir si la guérison se maintient.

La cinquième observation appartient à M. Bouchut. Elle laisse également à désirer au point de vue du temps qui s'est écoulé depuis la sortie de la malade de l'hôpital. C'était un enfant de onze ans, dont l'observation a été publiée le 13 février 1872, dans la *Gazette des hôpitaux*, c'est-à-dire deux mois environ après la dernière ponction. Depuis, pas de nouvelles.

Enfin, la sixième observation ne peut être invoquée que pour prouver l'innocuité des ponctions avec aspiration. Les trois cents ponctions qui ont été pratiquées ne pourront jamais servir à montrer l'efficacité de la ponction avec aspiration, puisque des accidents graves de rétention du pus dans le kyste pendant le cours du traitement ont forcé l'opérateur à recourir à l'usage d'une grosse sonde laissée à demeure, et à l'aide de laquelle on a fait des aspirations et des lavages... Qu'est devenue cette malade?... Après plus de dix mois de traitement, lorsqu'elle est sortie de l'hôpital, au mois d'avril 1872, elle n'était pas complétement guérie, ainsi que le rapporte M. Dieulafoy lui-même, qui a eu l'occasion de revoir cette malade depuis sa sortie de l'hôpital.

(*A suivre.*)

THÈSES SOUTENUES A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS PENDANT L'ANNÉE 1872.

433. Schrapf. Contribution à l'étude des formes symptomatiques de l'atrophie musculaire progressive.

434. Montano. Note sur une opération de polype naso-pharyngien, par la galvanocaustie physique.

435. Cazaux. Des lésions traumatiques de l'urèthre chez l'homme dans la contusion du périnée.

436. Loze. Adhérences du péricarde, symphise cardiaque.

437. Fleurot. De l'influence de la fièvre typhoïde sur la phthisie pulmonaire.

438. Aparicio. Étude sur le tremblement syphilitique.

439. Schlumberger. Documents pour servir à l'étude de l'érysipèle du pharynx et des voies respiratoires.

440. Gazagne. Des ulcérations de la langue dans la phthisie pulmonaire.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Corps de santé de la marine. — Par décret en date du 10 janvier 1873, ont été promus au grade de médecin principal : MM. Romain et Hernault.

— *Hôpitaux de Paris.* — Un concours public pour la nomination à trois places de médecins du bureau central s'ouvrira le lundi 7 avril prochain, à quatre heures, à l'Hôtel-Dieu.

Le registre d'inscription des candidats sera ouvert de midi à trois heures, depuis le lundi 10 mars 1873, pour être clos définitivement le mardi 25 mars, à trois heures.

— La Société des médecins des bureaux de bienfaisance rappelle aux concurrents pour le prix de 300 francs qu'elle destine à l'auteur du meilleur travail sur *l'organisation du service médical des bureaux de bienfaisance de Paris*, que les mémoires doivent être adressés au secrétaire général de la Société, rue de Grenelle-Saint-Germain, 39, avant le 1er avril 1873, terme de rigueur.

— La Société de médecine de Paris tiendra sa prochaine séance samedi 22 février 1873, à trois heures et demie très-précises, rue de l'Abbaye, n° 3, dans la salle des séances de la Société de chirurgie.

Ordre du jour : 1° Lecture du procès-verbal de la précédente séance ; — 2° lecture du rapport de M. Aimé Martin sur la candidature de M. le docteur Bédoin au titre de membre correspondant ; — 3° sur la position du cœur, par M. Duroziez ; — 4° communication de M. Reliquet ; — 5° de la conservation des membres dans les fractures compliquées, par M. Forget ; — 6° vote sur la candidature de M. de Saint-Germain.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Études générales et pratiques sur la phthisie, par M. PIDOUX, membre de l'Académie de médecine. Ouvrage auquel la Faculté de médecine de Paris a décerné le prix de 10,000 francs sur la phthisie, fondé par M. le docteur Lacaze. — 1 vol. in-8° cartonné à l'anglaise. Prix : 9 francs. — P. Asselin.

Traité élémentaire d'hygiène privée et publique, par A. BECQUEREL. 5e édition avec additions et bibliographies, par le docteur E. Beaugrand, sous-bibliothécaire à la Faculté de médecine de Paris. — 1 très-fort volume grand in-18 de 1,000 pages, cartonné à l'anglaise. Prix : 9 francs. — P. Asselin.

Le Directeur : Dr E. LE SOURD.

Paris. — Typographie A. POUGIN, quai Voltaire, 13.

N° 21. — JEUDI 20 FÉVRIER 1873. 46e ANNÉE. JEUDI 20 FÉVRIER 1873. — N° 21.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Bureaux : 57, rue des Saints-Pères, 57
PRÈS L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix d'abonnement doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

On s'abonne hors de Paris dans les bureaux des Messageries et chez les Libraires
Les lettres non affranchies sont refusées.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui n'en peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS
Trois mois. . 8 fr. 50 c.
Six mois. . . 16 —
Un an. . . . 30 —

POUR L'ÉTRANGER le port en sus suivant les derniers tarifs des Postes.

Paris, le 19 février 1873.

SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

Pour nous faire l'écho des sentiments de tous, nous devons déclarer que M. Jules Guérin s'est cette fois surpassé lui-même. Sa réputation comme orateur était depuis longtemps établie, mais jamais encore il ne s'était élevé à de telles hauteurs. Les esprits les plus prévenus ne pouvaient pas s'empêcher d'admirer cette éloquence, tellement vraie qu'elle en venait à se confondre avec l'éloquence des faits.

Il fallait d'abord rétablir la vérité et débarrasser la question des personnalités, des insinuations, des allégations inexactes dont on avait voulu l'encombrer.

Le discours de M. Jules Guérin n'étant point écrit, nous ne pouvons qu'en donner une idée sommaire, bien imparfaite, d'après nos notes et nos souvenirs.

« J'hésitais presque à prendre la parole, a dit M. Jules Guérin, après le plaidoyer passionné et brillant de M. Fauvel, au talent duquel j'avais moi-même applaudi, non que ce discours m'eût paru de nature à convaincre personne, mais parce qu'il me semblait répondre aux sentiments de ceux qui étaient venus l'entendre.

« J'hésitais aussi à cause même de l'importance exceptionnelle de la question qui s'agitait ; question brûlante, dont l'opinion publique s'est emparée et qu'il faut traiter dans cette enceinte comme elle le mérite, car autrement la considération de notre Académie en serait compromise. A ce point de vue et à bien d'autres, c'est une des plus considérables que l'Académie puisse être appelée à résoudre.

« C'est là ce qui a fini par me déterminer, après m'avoir fait hésiter d'abord ; car il faut que l'Académie soit éclairée, et si l'éloquence me manque, du moins les documents que j'apporte, les renseignements que j'ai recueillis consciencieusement, sans parti pris, ont le mérite d'être vrais.

« M. Fauvel a fort mal traité ses adversaires. A l'en croire, il ne s'agirait que d'un petit groupe d'intéressés qui se seraient laissé conduire par des mobiles peu honorables. Il ne faut pas vous laisser ignorer qu'il y a tout un ordre d'esprits indépendants, préoccupés de cette question, et qui demandent la suppression de l'inspectorat. Le projet de loi dont sont saisis nos législateurs, ne vient pas de médecins exerçant près des thermes ; ce ne sont pas des intéressés qui composent la commission qui l'a approuvée ; le mouvement de l'opinion n'a rien d'artificiel ; il ne faut pas vous faire illusion, et vous en tenir à ce que vous avez entendu jusqu'à présent. »

Rappelant alors le caractère officiel de M. Fauvel, inspecteur général des services sanitaires, la situation de M. Gubler, vice-président de la Société d'hydrologie, composée surtout d'inspecteurs, le caractère administratif du comité supérieur d'hygiène, dont l'Académie connaissait la réponse favorable aux médecins inspecteurs ; « c'est là, continue M. Guérin, tout un ensemble de documents et de personnes considérés comme officiels. Ce sont les orfèvres de la question. »

Aussi M. Jules Guérin s'étonne-t-il que M. Fauvel soit allé jusqu'à accuser ses adversaires d'avoir quelque motif personnel ou intéressé, alors que lui-même s'était fait l'avocat de ses subordonnés. Il a très-bien défendu leur cause, mais en cachant avec soin les côtés faibles. Pour que la question soit abordée sérieusement, il faut la prendre dans son ensemble et de plus haut.

D'abord, il faut savoir ce qu'on dit en dehors de l'Académie : « on dit que l'inspectorat, successivement dépouillé de toutes ses attributions, est inutile, qu'il n'a plus de raison d'être ; qu'il est plus nuisible qu'utile aux établissements...

« Que s'il était bon à quelque chose, il pourrait être suppléé avantageusement par un autre système, sous une autre forme, avec des éléments mieux appropriés aux indications à remplir. »

Et qui dit cela? Est-ce seulement une coterie d'intéressés ? quelques médecins exerçant près d'établissements balnéaires, de ceux auxquels M. Béhier a pu renvoyer l'épithète d'*orfèvres* de la question ? Non pas.

Ici M. Guérin est entré dans le détail de documents dont quelques-uns sont analysés au compte rendu. Il a montré surabondamment que, non-seulement le corps médical dans son ensemble, mais des conseils municipaux ou généraux, par intérêt pour les localités thermales, etc., etc., s'étaient prononcés contre le maintien de l'inspectorat actuel.

Puis il a suivi M. Fauvel sur un autre terrain, celui des renseignements fournis sur ce qui se passait en pays étrangers, et sur la commission médicale qui, pendant sept ans, a remplacé l'inspecteur auprès des eaux d'Aix.

Ces rectifications terminées, il a repris les propres paroles de M. Fauvel accusant ses prédécesseurs d'avoir mal connu ou mal abordé, ou mal exposé toute cette question de l'inspectorat, et les appliquant au discours de M. Fauvel, il a indiqué comment il eût fallu traiter cette question, et comment il s'efforcera de la traiter lui-même dans la prochaine séance.

Ce second discours de M. Guérin promet d'avoir au moins l'intérêt du premier.

En effet, parmi les questions qui doivent y être examinées sous toutes leurs faces, nous avons remarqué :

1° Celle de l'autorisation préalable dans ses motifs, ses conditions et ses rapports avec l'inspectorat. Cette autorisation est-elle nécessaire ? Elle n'a jamais existé pour les sources thermales si prospères d'Allemagne. Si la nécessité, en France, en est admise, s'ensuit-il qu'il faille attacher un médecin spécial à chaque établissement...

2° Celle de l'inspection dans ses rapports avec l'expédition, la vente et l'usage des eaux. La loi oblige l'inspecteur à assister à l'embouteillage des eaux minérales, à vérifier les cachets apposés, etc., etc. Toutes ces précautions ne sont-elles pas puériles ? (plus que puériles, s'est écrié M. Bouley). Sont-elles possibles dans la pratique ? Si elles ne sont pas possibles, n'est-il pas ridicule de laisser dans la loi un article inexécutable ?...

3° Celle, plus délicate, du degré de compatibilité entre l'inspecteur fonctionnaire et le médecin praticien, ou de la fonction avec la profession. Ici les considérations se pressent, tellement évidentes qu'il est inutile d'insister. L'étiquette de fonctionnaire, a dit M. Guérin, est une excellente réclame pour ceux qui l'obtiennent, mais, par cela même, c'est un privilége par rapport à ceux qui ont reçu, après examen, le même diplôme, le même certificat de capacité professionnelle.

En terminant, M. Jules Guérin, après avoir demandé l'examen des bases d'après lesquelles les sources étaient classées, en sources inspectées et sources sans inspecteurs, a classé lui-même d'une façon fort originale et par une comparaison empruntée à la politique, ceux qui s'étaient fait une opinion relativement à l'inspectorat.

Les partisans du pouvoir absolu sont ceux qui, comme M. Hérard, non-seulement désirent le maintien des inspecteurs, mais veulent soumettre à leur approbation l'usage des eaux par chaque malade.

Les monarchistes constitutionnels sont ceux qui, comme M. Gubler, voudraient créer auprès des inspecteurs une commission consultative de médecins libres.

Les républicains conservateurs sont ceux qui voudraient conserver tout ce qui peut être utile dans le système actuel, mais en remplaçant l'inspecteur, comme surveillance médicale, par tous les médecins réunis en commission, et qui, ayant plus d'yeux, moins de ménagements intéressés à cause de leur grand nombre et de leur collectivité, rempliraient infiniment mieux leur office de sentinelles chargées de signaler à l'administration les abus qui se produiraient.

Enfin les radicaux sont ceux qui veulent supprimer à la fois toute intervention de l'État, toute surveillance médicale.

Mardi prochain, M. Guérin doit chercher ce qu'il y a de bon dans les arguments des uns et des autres.

Dr Victor Révillout.

HOPITAL MILITAIRE DE LYON.

Ictère grave. — Mort le troisième jour de l'entrée à l'hôpital après dix-neuf heures de convulsions tétaniques. — Atrophie graisseuse du foie. — Dégénérescence graisseuse des reins (1).

Par le docteur Morand, médecin-major de 1re classe.

Ici, nous entrons en plein dans le champ des hypothèses et des controverses. Les médecins se divisent, au point de vue qui nous occupe, en deux camps : les uns admettent l'existence comme entité pathologique distincte de l'atrophie jaune aiguë du foie, adoptant ainsi l'idée émise pour la première fois en 1842, par Rokitanski. En tête de ce parti figure Frerichs, et avec lui, Robin, Lebert, Niémeyer, Jaccoud, pour ne citer que les plus connus ; les autres considèrent l'ictère grave comme une maladie générale, septicémique, où la lésion du foie, si fréquente qu'elle puisse être, ne constitue, après tout, qu'un syndrome éventuel. Dans ce parti, se rangent un grand nombre de médecins français, dont Monneret (2) paraît le plus convaincu ; ceux-ci admettent une intoxication du sang par un poison encore indéterminé, et sans doute de la nature de ceux qui président à l'affection typhoïde, au choléra, à la fièvre jaune ; c'est cette toxémie qui suffirait à expliquer la genèse des accidents graves de l'ictère.

Les premiers, au contraire, placent dans le foie le point de départ des accidents, mais ils sont loin d'être d'accord sur le mécanisme de l'altération produite. Pour les uns, ce serait la résorption de la bile et de sa décomposition intempestive dans le sang qui engendrerait la phénoménisation morbide ; pour Frerichs et ses adeptes ce serait, au contraire, l'acholie — le défaut de bile — qui deviendrait la cause pathogénique prépondérante. Outre l'innocuité prouvée par l'expérimentation (expériences de Bouisson, de Frerichs, de Rohrig) de l'introduction directe de la bile dans le sang, Frerichs fait valoir, avec raison, ce semble, que lorsque l'atrophie du foie existe, la bile cesse d'être sécrétée, tandis que les éléments dont elle se forme restent dans le sang, où, dit-il, leur présence devient nocive et suffit à provoquer les accidents.

Nous ne saurions, on le comprend, entrer ici dans les détails de la controverse en question, dont on trouvera les éléments dans la thèse d'agrégation de Laborde (3). Il nous suffira de faire observer que puisque, de l'aveu même de Frerichs, il existe des ictères graves sans lésion du foie, et qui sont néanmoins, au point de vue symptomatologique, identiques à ceux qui s'accompagnent de l'atrophie de cet organe, cette existence nous paraît juger définitivement le litige en faveur de la non-essentialité de la lésion hépatique. Deux faits entre autres, rapportés par Vallin (4), et qui, tout en ayant présenté des symptômes semblables sur le vivant, différèrent complétement à l'autopsie, en ce sens qu'il y avait dans l'un atrophie et dans l'autre état normal du foie, ces deux faits surtout nous semblent, dans l'espèce, d'un particulier intérêt. Ne serait-il donc pas plausible d'admettre que l'ictère grave est le résultat d'une intoxication générale dont l'agent, encore à déterminer, porterait son action sur le foie et les reins dans l'immense majorité

(1) Fin. — Voir le dernier numéro.

(2) *Sur un nouveau cas d'ictère hémorrhagique essentiel*, par E. Monneret. *Archives générales de médecine*. 1862.

(3) *Physiologie pathologique de l'ictère*, 1869.

(4) *Contribution à l'anatomie pathologique de l'ictère grave*. — *Gazette hebdomadaire*, 1867.

des cas, à la façon des poisons stéatogènes, tandis que parfois il se bornerait à altérer profondément l'innervation ou les liquides de l'économie?

Quoi qu'il en soit, une fois l'atrophie du foie produite, qu'elle soit primitive ou consécutive, on ne saurait lui dénier une part énorme dans la genèse des phénomènes morbides. Le moyen, en effet, quelque mystère qui plane encore sur les fonctions du foie (1), qu'un parenchyme aussi volumineux, dont les connexions avec des glandes aussi considérables que la rate et le pancréas sont connues, et qui possède dans la veine-porte un système spécial, réservé, de canaux sanguins dont les racines plongent au plus profond de l'appareil de la digestion, c'est-à-dire aux sources mêmes de la vie, le moyen, dirons-nous, qu'un tel organe puisse cesser de fonctionner sans qu'il en résulte un redoutable ébranlement de l'économie tout entière?

Au demeurant, quel que soit le mode pathogénique des accidents nerveux que l'on adopte, on ne saurait, pensons-nous, rapporter les formidables convulsions présentées par notre malade aux lésions insignifiantes des méninges, pas plus qu'aux altérations du cerveau ou de la moelle dont nous avons parlé. Ces dernières, celles du cerveau et de la moelle, pourraient avec vraisemblance être considérées comme le produit d'un œdème occasionné par la durée de l'état convulsif, à moins qu'il ne s'agît là d'un commencement de putréfaction, selon l'opinion de Lebert. Il convient, au reste, de penser avec Frerichs, que dans tous les cas où, comme chez notre malade, les lésions du rein coïncident avec celles du foie, les accidents de l'urémie viennent s'ajouter à ceux qui proviennent du trouble de la bilification. Cette manière de voir s'accorde avec la diminution constatée de l'urée dans les urines et son augmentation correspondante dans le sang, ainsi qu'il résulte des analyses faites par un grand nombre d'observateurs.

On se rappelle que, chez notre malade, l'ictère, d'abord circonscrit et peu prononcé, s'est vers la fin étendu à tout le corps et fortement coloré; on se souvient aussi que cet ictère était fébrile et s'accompagnait d'élévation de la température, ce qui n'a lieu, selon la remarque de Jaccoud, que deux ou trois jours avant l'apparition des symptômes graves, et ce qui était bien le cas, dans l'espèce. Or, d'où peut provenir cet ictère, dans ces conditions où la bile doit forcément cesser d'être sécrétée, puisque le foie, qui est l'organe exclusif de cette sécrétion, a perdu toute activité?

Ici encore, hypothèses et controverses que nous ne saurions aborder et qui portent sur l'origine et les usages de la bile, aussi bien que sur les sources de l'ictère. Contentons-nous de dire que, rejetant, avec la plupart des pathologistes modernes, la théorie de la préformation de la bile dans le sang, malgré l'autorité d'Andral, nous reconnaissons, au point de vue étiologique, deux sortes d'ictère : 1° l'ictère biliaire ; 2° l'ictère hématique.

Le premier survient alors qu'il y a résorption excessive de la bile, et par suite imbibition des tissus par les pigments biliaires, ou lorsqu'il se produit une altération des acides biliaires qui, sous l'influence d'un travail de transformation incomplet, se convertissent en chromogènes ou principes susceptibles de donner, au contact de l'air, une matière colorante analogue à celle de la bile (*Théorie des chromogènes*. Frerichs).

Quant à l'ictère hématique, il proviendrait de la diffusion intempestive et pathologique des pigments sanguins dans l'organisme. Virchow et quelques-uns de ses élèves ont prêté une base solide à cette théorie, en établissant que l'hématine est la source d'une matière colorante jaune offrant chimiquement les réactions de la cholepyrrhine, et, d'autre part, en prouvant qu'un dérivé du pigment biliaire, la bilifulvine, se transformait aisément en un dérivé de l'hématine, l'hématoïdine. A ce groupe se rattache encore l'ictère hémaphéique, de Gubler, qui résulterait de la pénétration des tissus par l'hémaphéine, ou matière colorante du sérum du sang. Théorie qui, il faut bien le dire, mérite confirmation, car il n'est pas jusqu'à l'existence même de l'hémaphéine qui ne soit contestée.

La distinction étiologique qui précède nous permet de comprendre que si, au début de l'affection, pendant la période silencieuse de celle-ci, l'ictère peut être d'origine biliaire, plus tard, dans la période d'acholie, il doit être d'origine hématique et provenir de ce que, comme dit Jaccoud (1) : «les globules rouges usés qui, à l'état physiologique, sont dissous par le foie pour l'élaboration de la matière colorante de la bile, sont ici dissous par le sang lui-même. »

Quant aux hémorrhagies à l'extérieur, qui ont été signalées dans la plupart des cas, même dans la période prodromique, on voit, par l'exemple de notre malade, qu'elles peuvent faire défaut jusqu'à la fin, à supposer même que la selle noire et le vomissement noir qu'il a rendus le dernier jour, joints aux suffusions sanguines, constatées dans divers organes, témoignent d'une disposition à l'extravasation du sang. Ces hémorrhagies, au reste, s'expliquent sans peine par l'altération du sang; dans tous les cas, et quand l'atrophie du foie existe, elles sont favorisées par le manque de sucre, s'il est vrai de dire, avec Cl. Bernard, que le sucre contribue à donner au sang sa plasticité normale.

— Le diagnostic est-il possible? oui, peut-être, quand les phénomènes nerveux succèdent à un ictère accompagné de douleur et de diminution de la matité dans la région du foie, et d'hémorrhagies. Mais quand quelques-uns de ces symptômes manquent, comme dans notre observation, le diagnostic ne peut guère être qu'une affaire d'intuition. Il est, dans tous les cas, très-aléatoire, et nous n'en voulons pas d'autre preuve que la suspicion que fait peser Frerichs sur les prétendus cas de guérison qui ont été publiés.

Causes. — On sait qu'on a invoqué, de ce chef, le sexe féminin, l'état de grossesse, l'âge de vingt à trente ans, les excès vénériens, les habitudes alcooliques, la misère, les passions tristes et dépressives, enfin certaines influences miasmatiques. Les renseignements que nous avons pu recueillir ne me permettent pas de déterminer si, parmi ces causes, dont quelques-unes ne sauraient évidemment être mises en jeu, il s'en trouve qui aient pu agir efficacement sur notre malade. Nous tenons seulement à repousser l'alcoolisme comme peu probable. C'est là une source pathogénique manifestement surfaite pour l'armée au moins. Quelle apparence, en effet, que des hommes qui, comme les soldats, n'ont le plus souvent pour unique ressource

(1) Le foie est-il un organe double et formé du foie biliaire et du foie sanguin (Robin)? ou bien ces deux appareils sont-ils en rapport si intime qu'ils se confondent en un organe unique (Kolliker, Frey, Legros)? Est-il le lieu où les vieux globules rouges du sang achèvent de se détruire (Duval)? Est-il au contraire le centre où les globules blancs formés dans la rate se transforment en globules rouges (Lehman)? Est-il le siége exclusif de la formation du sucre dans l'économie (Cl. Bernard)? Ou bien ne jouit-il, sous ce rapport, que d'un privilége un peu plus étendu que les autres organes (Schiff, Brown-Sequard, Sanson, Chauveau)? A-t-il pour fonction de transmuter en fibrine coagulable la fibrine du sang porte (Béclard, Beau)? Telles sont les principales inconnues qui se rattachent à l'étude du foie.

(1) *Pathologie interne*, tome II, page 419.

que le *sou de poche* légendaire, puissent, par ces temps de surtaxes sur les spiritueux, se livrer à des excès habituels d'alcool.

— Pour ce qui est du pronostic, il est très-probablement toujours funeste, ce qui nous dispense de parler du traitement, qui ne saurait d'ailleurs s'adresser qu'aux symptômes.

Nous ne pousserons pas plus loin ces considérations déjà bien longues sans doute, mais justifiées, nous l'espérons, par l'importance du sujet. Nous n'avons pas eu, nous ne pouvions pas avoir la prétention de faire le jour sur les obscures questions que nous avons effleurées, notre but a été d'ajouter un fait nouveau aux faits déjà connus d'ictère grave, et rien de plus.

MALADIES DE L'OREILLE

Par M. J. Toynbee, F. R. S.
(Traduction de M. Darin.)

MALADIES DU DERME : INFLAMMATION AIGUE.

Obs. IV. — *Attaques fréquentes d'inflammation du derme. Pouvoir auditif normal.*

Miss C., 28 ans, me consulte le 7 mars 1854.

Historique. — Durant deux ans, elle a été sujette à des attaques douloureuses de chaque oreille, suivies d'un écoulement, après lequel il survenait une démangeaison intolérable. Il y a trois mois elle eut une de ces attaques, à la suite de laquelle il lui resta une irritation constante.

L'examen montra que le derme, revêtant les deux méats, était rouge et tuméfié. La distance de l'audition était normale des deux côtés. L'application de sangsues à la marge de l'orifice du conduit fit disparaître les symptômes d'irritation et les attaques d'inflammation ne revinrent plus.

Des raisons anatomiques expliquent comment les affections du méat membraneux externe peuvent s'étendre au cerveau; je suis redevable des particularités de l'observation suivante au docteur Nairne, grâce à qui j'eus aussi l'occasion de disséquer l'oreille.

Obs. V. — *Inflammation aiguë du derme du méat externe s'étendant au cerveau et à ses enveloppes, et provoquée par le curage de l'oreille avec une épingle.*

Marie W..., demoiselle, âgée de 24 ans, de famille scrofuleuse, fut prise, le 1er août 1841, d'une violente douleur dans l'oreille droite; la souffrance fut atroce pendant quelques heures, puis la malade éprouva la sensation de quelque chose qui se crevait; il se fit un écoulement de sérosité sanguinolente, qui produisit un soulagement immédiat. Intérieurement, elle n'avait jamais eu d'otalgie et ne pouvait rapporter cette attaque qu'à l'action d'une épingle avec laquelle elle s'était curé l'oreille pour calmer des bruits de tintement. L'écoulement resta sanguinolent pendant deux jours et cessa entièrement au bout d'une semaine; alors la malade se trouva assez bien. Peu de jours après cependant, elle eut un frisson, suivi d'une souffrance intense de l'oreille pendant 24 heures; alors apparition d'un écoulement purulent considérable, qui apporta le même soulagement que la première fois. Absence complète de douleur et bon état de santé. L'écoulement se maintint avec son abondance jusqu'au 24 avril, et cessa alors de nouveau. Le lendemain, douleur intense de l'oreille droite et du côté correspondant de la tête, accompagnée de vomissements et de symptômes fébriles généraux. Il y avait de la constipation, on administra un purgatif.

Le 28, la douleur revint dans la tête avec violence, et vers le soir, elle s'étendait à l'oreille droite sans s'accompagner de rougeur et sans s'aggraver par la pression. La malade vomit deux fois. Depuis la première attaque, l'ouïe avait toujours été affectée du côté droit, et dans les derniers jours, elle se plaignait de bruits dans l'oreille et de vertiges et portait la tête renversée en arrière (1). La douleur augmentait, elle fut admise à l'hôpital de Saint-Georges, où on lui donna une pilule de calomel et une infusion de séné.

Le 1er mai, elle était dans l'état suivant : pouls à 104, plein, vif et compressif; langue rouge et sale, peau chaude et sèche, conjonctives légèrement injectées. Il y avait une légère intolérance de la lumière et une sensibilité particulière du sens du toucher, qui lui faisait fuir l'approche d'un doigt, bien que le contact ne lui fit éprouver aucune douleur.

Les yeux étaient brillants et toujours en mouvement; la pupille droite était un peu plus dilatée que la gauche; respiration accélérée (32 inspirations par minute). La physionomie était calme, les traits étaient toutefois un peu bouleversés. La malade avait ses règles. On lui mit des ventouses, on appliqua des compresses froides sur la tête; à l'intérieur, calomel et médecine noire. La nuit suivante, elle fut prise de délire, tout en étant capable de prendre connaissance lorsqu'on provoquait un effort de sa volonté.

2 mai, 1 heure après midi. — Léger degré d'opisthotonos ce matin; la garde a remarqué que la malade, en sortant de son lit, avait une rigidité particulière des muscles. Elle se trouvait cependant tout à fait bien et disait que le mal de tête avait disparu une heure après la pose des ventouses. Pouls à 120, vif, mais compressible; langue rouge et sale.

Prescriptions : vésicatoire derrière l'oreille droite et *quinze* centigrammes d'hydrargyrum *cum cretâ* soir et matin.

3 mai. — Les symptômes fébriles sont un peu abattus; elle a eu un bon sommeil le matin. L'urine est sécrétée en quantité normale.

4 mai, 1 heure après midi. — Pouls encore plus vif, bien que la langue soit humide. Les globules oculaires sont sensibles et voilés. La malade ne se plaint d'aucune souffrance, mais elle gémit quand on la remue. La figure est abattue, elle repousse ses couvertures, comprend pourtant très-bien quand on lui parle.

Glace sur la tête; même médication.

3 heures. — Est plus accablée et a moins de connaissance.

6 heures. — La glace a été appliquée environ quatre heures; aussitôt après, état comateux, pendant lequel elle agite pourtant parfois les mains et paraît reconnaître ses parents.

Mai, 11 h. du matin. — Coma absolu vers 4 heures du matin. En ce moment, sueurs profuses. Pupille droite contractée. Mort à midi.

Autopsie, vingt-six heures après la mort. Temps chaud.

Tête. — A la surface des deux hémisphères cérébraux, légers épanchements de lymphe, situés çà et là immédiatement au-dessus de l'arachnoïde, qui est plus vasculaire qu'à l'état normal. Les circonvolutions sont aplaties, la substance cérébrale est aqueuse, mais non ramollie, à l'exception du corps calleux, du trigone cérébral, et des parties contenues dans les ventricules latéraux et autour d'eux, qui se déchirent au moindre attouchement. Les cavités des ventricules sont dilatées, et contiennent une quantité abondante de liquide trouble. Le pont de Varole, la moelle allongée et les nerfs adjacents sont enduits d'une lymphe concrète, purulente, épanchée dans la cavité de l'arachnoïde.

Le tissu cellulaire, qui entoure les nerfs optiques et le chiasma, contient du pus. Le cervelet est un peu plus mou qu'à l'état normal. La dure-mère, recouvrant la surface du rocher, est très-vasculaire, et ses vaisseaux sont gorgés de sang; elle est aussi séparée de l'os par une petite quantité de fluide séreux. La substance de l'os est de couleur foncée; les vaisseaux sanguins sont distendus. L'examen de l'oreille interne montre que la M. T. est entière; mais, comme la muqueuse tympanique, elle est plus vasculaire qu'à l'état naturel. La lésion principale siége dans le méat externe, dont la membrane revêtant le tiers interne de ce conduit, est ra-

(1) M. Maule, qui vit la malade deux ou trois fois, pensa qu'il se formait un abcès dans l'oreille interne.

mollie, très-vasculaire, facile à séparer de l'os, et recouverte de matière purulente. Aucune apparence d'ulcération à la surface.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 18 février 1873. — Présidence de M. DEPAUL.

CORRESPONDANCE OFFICIELLE

M. le ministre de l'instruction publique transmet le décret par lequel est approuvée l'élection de M. Voillemier comme membre titulaire dans la section de médecine opératoire.

Sur l'invitation de M. le président, M. Voillemier prend place parmi ses collègues.

M. le ministre de l'agriculture et du commerce transmet :

1° Un rapport de M. le docteur Grandmottet sur une épidémie de variole qui a régné en 1872 dans la commune de Viry (Jura) (commission des épidémies);

2° Le rapport de M. le docteur Niepce sur les eaux minérales d'Allevard (Isère);

3° Le rapport de M. le docteur Provost sur les eaux minérales de Lamalou (Hérault) (commission des eaux minérales).

CORRESPONDANCE NON OFFICIELLE

La correspondance non officielle comprend :

1° Une lettre de M. le docteur Davaine accompagnant l'envoi d'un pli cacheté relatif à 83 expériences sur l'action des antiseptiques et de quelques autres agents sur le sang septicémique (accepté);

2° Un pli cacheté de M. le docteur Duboué, de Pau (accepté);

3° Une note sur l'*emploi rationnel* du café, par M. le docteur Doyen; un mémoire intitulé : *Recherches sur la constitution chimique des globules sanguins*, par M. le docteur Paquelin (commissaires : MM. Berthelot, Béclard et E. Caventou).

5° Divers mémoires pour le concours des prix Godard, d'Ourches, Capuron.

M. LARREY présente, au nom de M. Berenger-Féraud, médecin en chef de la marine, un mémoire manuscrit sur la fièvre bilieuse en Amérique.

M. GUBLER rappelle que, dans la précédente séance, il a présenté, de la part de l'auteur M. O. Larcher, le 1er fascicule d'un ouvrage, avec planches, intitulé : *Mélanges de pathologie comparée et de tératologie.*

M. DEPAUL présente, de la part de M. Georges Porniot, une brochure intitulée : *De la conservation dans le traitement des fractures compliquées.*

LECTURE

M. PARROT lit un travail sur le ramollissement de l'encéphale chez le nouveau-né (commissaires : MM. Bourdon, Depaul et Roger).

ÉLECTION

L'Académie procède, par la voie du scrutin, à l'élection de son secrétaire perpétuel.

Le nombre des votants étant de 82, dont la majorité est de 42 :

M. Béclard obtient...............	69 suffrages.
M. Roger........................	1 —
M. Chauffard....................	1 —
Bulletins blancs................	11 —

En conséquence, M. Béclard ayant obtenu la majorité des suffrages, est proclamé secrétaire perpétuel de l'Académie de médecine.

Discussion sur l'inspectorat officiel des eaux minérales.

M. JULES GUÉRIN. (Pour l'ensemble de ce discours et toutes les parties théoriques ou de polémique, voir le Premier-Paris.)

FAITS ET DOCUMENTS

1re SÉRIE. — *Vœux et réclamations contre l'inspectorat.*

Parmi ceux qui, complétement désintéressés dans la question, se sont formellement prononcés contre le maintien de l'inspectorat officiel des eaux minérales, nous citerons notamment :

1° Les médecins de Lyon qui, le 15 mars 1871, ont signé collectivement une protestation ainsi conçue, à propos du rétablissement d'un médecin inspecteur à Aix.

« La commission médicale d'Aix, cherchant à s'opposer au rétablissement de l'ancien inspectorat, les médecins soussignés déclarent approuver l'exercice de la médecine libre telle qu'elle est représentée par la commission médicale, et protestent contre le rétablissement de tout privilége personnel. »

Les signataires sont : M. Tavernier, président de l'Association du Rhône; Glénard, directeur de l'École de médecine de Lyon; Valette, professeur de clinique à l'École de médecine de Lyon; Ollier, chirurgien en chef titulaire de l'Hôtel-Dieu; Pétrequin, ex-chirurgien en chef de l'Hôtel-Dieu; Bouchacourt, professeur à l'École de médecine, et toute la série des autres professeurs ou chirurgiens, ou médecins des hôpitaux, ou autres membres importants du corps médical, au nombre de 46.

2° A Lyon, également, le congrès médical, réuni il y a quatre mois, vota unanimement, moins une seule voix, qui était celle d'un médecin inspecteur, une résolution demandant l'abrogation de l'inspectorat des eaux minérales. Ce n'était plus là seulement l'opinion des médecins de cette ville importante, mais celle de tous les médecins réunis à eux en congrès.

3° Les grandes Sociétés médicales des départements ont aussi pris part à ce mouvement général.

Nous citerons, comme ayant demandé la suppression de l'inspectorat, les Sociétés médicales de l'Orne, de la Vienne, de l'Isère, de la Savoie, de la Haute-Savoie, de la Haute-Garonne, du Rhône, de la Côte-d'Or, de l'Hérault.

L'association du département de l'Hérault a donné mandat à son président, M. Bouisson, doyen de la Faculté de Montpellier, de faire valoir son vœu devant l'Assemblée nationale, dont il est membre.

4° En dehors du corps médical, un très grand nombre de conseils municipaux et de conseils généraux, dans l'intérêt des établissements d'eaux minérales ou des communes, se sont également prononcés contre le maintien de l'inspectorat. Nous citerons, par exemple, les conseils municipaux d'Aix-les-Bains, d'Annecy, de Chambéry, de Bagnères-de-Bigorre, de Bagnères-de-Luchon, de Bourbon-Lancy, de Bourbonne-les-Bains, de Royat, d'Argelès, du Mont-Dore (ce dernier invoque à la fois contre l'inspectorat l'intérêt de la commune, celui des thermes et les droits égaux des médecins), les conseils généraux de l'Allier, de l'Isère, des Hautes-Pyrénées (le rapport exprime que *le titre d'inspecteur est une sinécure, un monopole, une enseigne privilégiée*; que les fonctions d'inspecteur sont, pour les établissements, *une charge sans compensation*, constituant, au détriment des autres médecins, un monopole qui n'est plus dans nos mœurs, etc.), de la Savoie, de la Haute-Savoie, des Basses-Pyrénées, de l'Hérault (le vœu de ce conseil général a été rendu sur le rapport de M. Michel Chevalier, dont voici un extrait :

« M. Michel Chevalier demande pourquoi l'on ne met pas aussi bien un inspecteur à la porte des cafés pour contrôler l'abus des consommations qui s'y font... »

Quelques membres, au centre. Oh ! oh !

M. LE PRÉSIDENT. N'interrompez pas. Continuez, monsieur Jules Guérin.

M. JULES GUÉRIN. Si ces interruptions expriment un blâme, je prends le blâme pour moi-même, car je partage entièrement à ce sujet l'opinion de M. Michel Chevalier. Il est plus dangereux de boire douze verres d'absinthe que douze verres de n'importe quelle eau minérale.

Plusieurs membres. Très-bien ! très-bien !

M. JULES GUÉRIN. Je reprends ma citation. M. Michel Chevalier ajoute « que, si lors du décret de 1860, l'inspectorat ne fut pas complétement supprimé, c'est qu'on eut égard aux positions acquises que l'on ne voulait pas détruire brusquement. »

Vœu conforme.

5° Maintenant, après les conseils municipaux, les conseils généraux, l'Assemblée nationale elle-même a été saisie de la question.

Ici encore, il n'est pas possible de dire que ceux qui proposent la suppression de l'inspectorat sont des propriétaires de sources ou des médecins cherchant à faire la clientèle auprès des sources, et n'y parvenant pas faute de mérite.

Le projet présenté par onze membres de l'Assemblée, et dont une conclusion est conçue en ces termes : « L'inspection médicale auprès des sources et établissements est supprimée », ce projet est signé de noms qui ne permettent pas d'insinuatious pareilles.

Renvoyé à une commission de l'Assemblée, composée de quinze membres, esprits élevés et distingués, il y a été accueilli favorablement par treize membres, et combattu seulement par deux. Ainsi, il s'agit bien ici d'un grand courant de l'opinion, et tout ceci ne peut être tenu caché à l'Académie, car il y va de sa considération même.

2e Série. — *Rectifications.*

Il ne suffit pas d'éclairer l'Académie sur un mouvement d'esprit dont il faut bien qu'elle connaisse toute l'importance, et de lui fournir quelques documents dont on ne lui avait pas parlé ; il importe encore de rétablir la vérité à propos des faits qui ont été allégués ici par M. Fauvel à l'appui de la cause qu'il soutenait, et qui étaient insuffisamment examinés ou incomplétement exposés, ou contraires à ce qui existe réellement.

1° M. Fauvel a parlé des pays étrangers, mais il ne fait pas connaître exactement ce qui s'y passe.

Il a dit qu'en Allemagne et dans tous les pays où les établissements thermaux sont florissants, « la surveillance médicale est exercée sous un nom ou sous un autre par un médecin ayant des attributions analogues à nos inspecteurs. »

C'est complétement inexact.

Au point de vue allemand....

M. GUBLER. Un Français ne peut pas traiter une question au point de vue allemand !

M. GUÉRIN. M. Gubler doit remarquer que je parle de l'Allemagne en réponse à M. Fauvel, et que, pour être exact, je suis bien obligé de me placer au point de vue allemand.

En Allemagne donc, depuis cinq ans, il n'existe plus aucune espèce de médecin inspectant les eaux minérales. Les établissements modernes, ceux de Carlsbad et quelques autres, n'ont jamais rien connu qui, de près ou de loin, répondît à nos inspecteurs.

Au point de vue allemand, l'État n'a jamais cru devoir exercer une surveillance spéciale sur les établissements thermaux comme les ayant autorisés. Il avait seulement délégué la surveillance médicale, la police médicale et toutes les questions d'hygiène publique dans chaque département à un médecin fonctionnaire unique, qui s'occupait des eaux minérales comme des épidémies, etc.

Mais ce médecin n'était pas attaché à l'établissement, à la localité thermale, il résidait le plus souvent au chef-lieu du département. Ainsi rien n'était moins semblable à nos inspecteurs.

Ces renseignements me sont fournis par deux médecins allemands, dont un est professeur à l'Université de Vienne, et va passer chaque année l'été auprès d'un grand établissement d'eaux minérales ; l'autre, rédacteur distingué d'un journal de médecine allemand, est aussi parfaitement au fait de la question.

Si d'Allemagne nous passons en Italie, où il existe également des établissements d'eaux minérales très-prospères, nous ne trouvons encore aucune espèce de médecins inspecteurs.

Quant à l'Angleterre, où l'inspectorat médical a été aussi supprimé, il ne faudrait pas dire avec M. Fauvel que telle est la cause du discrédit dont sont en général frappés ces établissements thermaux. L'Angleterre a fort peu de sources; ses sources sont fort peu importantes, et les Anglais aimant mieux aller loin par caractère, viennent accroître la prospérité de nos thermes ;

2° Venons-en maintenant à l'établissement d'Aix :

M. Fauvel a raconté très-inexactement les faits qui s'y rapportent ; il a parlé de la commission médicale qui le surveillait, de son rôle et de ses rapports avec le fermier, de façon à provoquer des réclamations extrêmement vives, trop vives dans certains passages pour que je veuille m'en faire l'écho à cette tribune.

Mais encore faut-il rétablir la vérité des faits.

D'abord, un redressement préalable : M. Fauvel a paru dire que la commission n'avait fonctionné que subordonnée au fermier des jeux. La commission existait avant qu'on eût affermé les jeux d'Aix. Ce fermage des jeux a duré deux ans, pas davantage, et sa suppression a été due, en très-grande partie, aux observations de la commission médicale, qui, elle, a duré pendant sept ans, jusqu'à l'annexion de la Savoie.

Ainsi le rapport établi entre la commission et le fermier des jeux pour déprécier cette commission était un rapport inexact.

Mais ce qui l'est bien plus encore, c'est la citation que M. Fauvel a faite du règlement de cette commission. Je ne sais pas d'où il a tiré l'article qu'il cite entre guillemets de la façon suivante : « Le fermier convoque extraordinairement la commission médicale consultative. Il a le droit d'assister à ses séances, et il reçoit chaque semaine ses rapports, sur lesquels il avise. »

Ce que je sais, c'est que, dans le règlement que j'ai entre les mains, dans le vrai règlement de la commission d'Aix-les-Bains, les articles correspondants sont ainsi conçus :

« La commission se réunit *ordinairement* chaque semaine, dès le 15 mai jusqu'au 15 octobre. Elle se réunit *extraordinairement* sur la convocation de M. le commissaire royal ou de son président. Ce dernier est tenu de la convoquer lorsque trois membres lui en font la demande motivée par écrit.

« Avant de clore la séance, le président indique l'ordre du jour de la séance suivante. »

On voit qu'il n'y a pas la moindre analogie entre cette rédaction et celle que M. Fauvel nous donne comme représentant le règlement de la commission d'Aix.

M. FAUVEL. Il y a eu plusieurs règlements.

M. GUÉRIN. Alors peut-être auriez vous dû les connaître tous et ne pas citer seulement ce qui pouvait faire mal juger des fonctions, du rôle et de la dignité de la commission dont vous parliez.

De divers côtés. Bravo ! bravo !

M. J. GUÉRIN. Cette commission a rendu de très-grands services; ces services ont été complétement reconnus par l'inspecteur même qui l'a remplacée après l'annexion, et qui s'exprimait en ces termes dans un rapport en 1860.

« Si nous avions à faire valoir ici l'importance du rôle administratif de la commission médicale, nous aurions à dire que les améliorations nombreuses et considérables faites à nos thermes sous sa direction, ont eu un cachet de supériorité dont l'administration, l'ingénieur et l'architecte ont leur part de mérite, mais qui tient aussi à l'avantage précieux qu'on a eu de pouvoir s'éclairer des diverses opinions, et de n'avoir à prendre en considération que les mesures provenant de la convergence des votes. »

Du reste, si la suppression de l'inspectorat est due à Cavour, grand homme d'État, la création de la commission médicale s'est faite sous l'inspiration et l'initiative d'un homme vraiment éminent, M. Mercier, alors intendant général de la division de Chambéry, aujourd'hui membre de la cour de cassation de Paris. Depuis lors, c'est-à-dire depuis l'année 1852, elle a fonctionné, souvent présidée par l'intendant royal. Les bains ne furent affermés que dix-huit mois après son début, et, je le répète, ce sont les membres de la commission qui ont forcé le fermier de s'en aller.

Une autre association du même genre s'est établie en France, à Cauterets il y a deux ans. Depuis lors, elle a déjà rendu d'assez grands services pour que le préfet ait bien voulu la présider et déclarer qu'il faudrait tenir compte de ses conseils avant tout autre.

L'inspecteur, invité à venir s'associer à ses travaux, a refusé, bien entendu.

Voilà la vérité sur les associations médicales, sur leur rôle, sur ce qui se passe dans les États étrangers, et ce qui se passe en France, toutes choses que l'Académie devait savoir, et qu'on lui laissait ignorer.

Maintenant, après avoir ainsi rétabli les faits, il s'agit de poser la question. (Pour la suite, voir le Premier-Paris.)

PRÉSENTATION DE MALADE

M. ABEILLE présente un malade qu'il a traité d'un abcès par congestion au moyen d'un nouveau procédé de drainage avec aspiration. A cette occasion, il lit une note sur l'appareil employé par lui.

La séance est levée à 5 heures 1/4.

THÈSES

SOUTENUES A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

PENDANT L'ANNÉE 1872.

441. Antony. Étude sur l'amblyopie due aux vices de réfraction et considérée au point de vue du recrutement militaire.

442. Alavoine. De la profession maritime dans ses rapports avec les affections endémo-épidémiques. De l'influence du lieu de recrutement des équipages sur le développement et la gravité de quelques maladies infectieuses.

443. Roussel. Des luxations traumatiques de l'extrémité interne de la clavicule considérées surtout au point de vue du diagnostic.

444. D'Espine. Contribution à l'étude de la septicémie puerpérale.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Le *Dictionnaire de la langue française* de M. Littré, ouvrage destiné à occuper le premier rang dans toutes les bibliothèques, est enfin terminé. Le prix de cet ouvrage considérable est relativement élevé, et beaucoup de personnes auxquelles ce dictionnaire serait indispensable ne peuvent actuellement en faire l'acquisition. Les éditeurs viennent d'avoir la très-heureuse idée d'en faire une publication en livraisons à 1 franc, qui le mettra à la portée de toutes les bourses. Une livraison par semaine à partir du 15 février 1873. Tout le monde à l'avenir pourra posséder le Dictionnaire de Littré.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Dictionnaire de chimie pure et appliquée, comprenant la chimie organique et inorganique, la chimie appliquée à l'industrie, à l'agriculture et aux arts, la chimie analytique, la chimie physique et la minéralogie, par Ad. WURTZ (de l'Institut), avec la collaboration de nombreux chimistes. — 14e fascicule (feuilles 27 à 36) du 2e volume. — Prix : 3 fr. 50. — Paris, 1872, Hachette et Ce.

Annuaire de thérapeutique, de matière médicale, de pharmacie et de toxicologie pour 1873, contenant le résumé des travaux thérapeutiques et toxicologiques publiés en 1872, et les formules des médicaments nouveaux; suivi d'un mémoire sur l'étiologie du typhus, par A. BOUCHARDAT, professeur d'hygiène à la Faculté de médecine de Paris. — 33e année. 1 vol. in-32. Prix : 1 fr. 25. — Paris, 1873, Germer Baillière.

Le Directeur : Dr E. LE SOURD.

Paris. —Typographie A. POUGIN, quai Voltaire, 13.

N° 22. — SAMEDI 22 FÉVRIER 1873. 46e ANNÉE. SAMEDI 22 FÉVRIER 1873. — N° 22.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Bureaux : 57, rue des Saints-Pères, 57
PRÈS L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix d'abonnement
doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

On s'abonne hors de Paris
dans les bureaux des Messageries et chez les Libraires
Les lettres non affranchies sont refusées.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui n'en peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS	
Trois mois. .	8 fr. 50 c.
Six mois. . .	16 —
Un an. . . .	30 —

POUR L'ÉTRANGER le port en sus suivant les derniers tarifs des Postes.

REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE

Effets de l'hydrate de chloral contre l'éclampsie puerpérale.

Dans sa thèse d'agrégation sur les divers traitements de l'éclampsie, M. Charpentier a réuni sept observations en faveur du chloral donné contre cette affection. Frappé de cet heureux résultat qui dépassait de beaucoup les effets obtenus par l'emploi du chloroforme et d'autres agents anesthésiques, M. Bourdon a saisi la première occasion qui s'est offerte à lui pour expérimenter cet agent. Voici le résultat qu'il a obtenu dans son premier essai, d'après une communication faite à la séance du 7 janvier de la Société de thérapeutique.

Une femme de vingt et un ans, enceinte pour la première fois, avait depuis quinze jours de l'œdème des membres inférieurs et des paupières, de la céphalalgie, de la somnolence, une grande faiblesse et des envies fréquentes d'uriner, lorsqu'elle entra dans le service de M. Bourdon à l'hôpital de la Charité. On constata à son entrée l'existence d'une grande quantité d'albumine dans les urines. Trois jours se passèrent sans changement notable dans son état; mais le quatrième jour il survint un accès d'éclampsie très-intense, qui dura dix minutes. Pendant la période de résolution, on administra un lavement contenant 4 grammes d'hydrate de chloral, après lequel la malade s'endormit presque immédiatement.

Le lendemain matin, à la visite, on reconnut que le travail n'était pas commencé. Dans la prévision du retour d'un nouvel accès, M. Bourdon fit préparer d'avance deux lavements contenant chacun 4 grammes de chloral. Le premier fut administré à dix heures du matin, au moment où le travail commençait. Le second fut donné deux heures après. A trois heures, l'accouchement se terminait sans que la femme eût ressenti la moindre douleur. Le soir de l'accouchement, il survint un deuxième accès éclamptique. On administra aussitôt une potion avec 4 grammes de chloral. La nuit fut très-calme, et depuis, il ne survint plus d'accidents nouveaux. L'œdème disparut promptement. Cette femme est sortie de l'hôpital une quinzaine de jours après.

Dans un second fait, M. Bourdon a donné le chloral en vue de prévenir l'éclampsie, chez une femme qui en paraissait menacée à l'occasion de son accouchement. Il s'agissait d'une jeune femme primipare, enceinte de huit mois et demi au moment de son entrée à l'hôpital, et qui, depuis deux mois, éprouvait de fortes douleurs dans les reins, et depuis un mois avait des mictions très-fréquentes, de l'œdème des membres inférieurs, de la céphalalgie, de l'insomnie et des urines de couleur foncée et fortement albumineuses. Dès le début du travail, M. Bourdon fit prescrire une potion de 4 grammes de chloral, à prendre en quatre fois, de quinze en quinze minutes. Un lavement avec 4 grammes fut prescrit quelques heures après; puis, plus tard, une nouvelle potion de 3 grammes. Sous l'influence de ces trois prises successives de chloral, l'accouchement se termina, non-seulement sans un accès, que tout semblait faire craindre, mais même sans agitation et presque sans souffrance.

Si ce deuxième fait, qui, de l'aveu même de M. Bourdon, n'a en sa faveur qu'une simple présomption, peut jusqu'à un certain point être récusé, on ne peut méconnaître dans le premier l'effet manifeste du médicament dans la rapidité avec laquelle l'éclampsie a été enrayée après deux accès seulement.

Résultats comparatifs des principales méthodes de traitement de l'éclampsie (émissions sanguines et anesthésiques).

Nous ne voulons pas dissimuler que la lecture des deux faits que nous venons de rappeler sommairement a produit sur notre esprit une impression favorable. Nous étions encore sous cette impression lorsque assistant, pas plus tard qu'hier, à la leçon clinique de M. Depaul, nous avons entendu ce professeur entretenant ses élèves d'un cas d'éclampsie puerpérale qui vient de se produire dans son service, préconiser comme d'habitude l'usage de la saignée qu'il venait de prescrire à la malade et qu'il se proposait de faire réitérer en cas que l'effet de la première ne fût pas suffisant; — d'où nous avons conclu naturellement que les faits de M. Bourdon n'avaient pas impressionné M. Depaul au même degré qu'ils nous avaient impressionné nous-même, et qu'ils ne lui avaient sans doute pas paru de nature à lui faire modifier, quant à présent, sa pratique habituelle.

Nos lecteurs n'ont pas oublié les nombreux débats qui ont été soulevés dans la *Gazette* sur les résultats comparés du traitement de l'éclampsie par les saignées et par les agents anesthésiques. La question n'en est pas moins restée indécise, malgré, ou plutôt peut-être, à cause même de la passion avec laquelle

ces deux médications ont été défendues. Nous avons saisi cette occasion pour chercher à savoir où l'on en est aujourd'hui sur ce point de pratique. Nous ne pouvions mieux nous adresser qu'à la thèse de M. Charpentier, dont le sujet est précisément l'étude comparative des divers traitements de l'éclampsie (1).

Si jamais une question de thérapeutique semblait devoir être facilement résolue par la statistique, c'est assurément celle-là, où il s'agit d'une unité morbide parfaitement déterminée et dont les cas ont entre eux de si grandes et de si nombreuses analogies. On s'abuserait étrangement si l'on comptait là-dessus.

D'abord, et ceci est de principe élémentaire, toutes les fois qu'il s'agit d'apprécier la part qu'a eue une médication dans l'issue définitive d'une maladie, il faudrait pouvoir bien établir quelle est l'issue naturelle la plus habituelle de cette maladie abandonnée à elle-même. Or, il est bon de rappeler que l'accès éclamptique livré à lui-même est loin d'être toujours mortel, qu'il cesse souvent spontanément, et que, par conséquent, il y a toujours lieu de se demander si, dans certains cas, la guérison survenue est le résultat de la médication ou si elle ne serait pas spontanée, la médication mise en œuvre n'ayant eu d'autre mérite que d'arriver au moment opportun.

Le fait de la curabilité naturelle est parfaitement établi. Mais dans quelle proportion? C'est ce que l'on ne pourra jamais savoir exactement, les accoucheurs et les médecins en général étant peu disposés à rester les bras croisés en présence de ces redoutables accidents. La base essentielle de calcul manque donc ici complétement.

Il y a sans doute une autre méthode d'appréciation des effets thérapeutiques qui vaut mieux que la méthode numérique, c'est celle qui consiste à juger par les effets physiologiques. Mais pour cela il faut connaître la nature de la maladie à laquelle on a affaire. Que sait-on de précis sur l'éclampsie à cet égard? — Rien encore, ou peu de chose.

Reste la statistique comparée des diverses méthodes de traitement les plus usités. C'est à ce procédé que M. Charpentier a eu recours.

Résumant dans un tableau unique tous les cas traités par la saignée dont il a pu avoir connaissance, et qui comprend les relevés statistiques de la Maternité, ceux de la Clinique, et les observations recueillies dans les auteurs, M. Charpentier est arrivé à ce résultat : sur 210 cas où les saignées ont été employées, 72 fois l'effet a été nul ou impossible à préciser, 46 fois il y a eu aggravation dans les accès et 92 fois diminution ou cessation absolue des accès.

Voici le résumé général de la mortalité comparée chez les femmes éclamptiques traitées par les émissions sanguines :

Sur les malades de la Clinique, la mortalité a été de 45 pour 100 ;

Sur les malades de la Maternité, 34 pour 100 ;

Observations recueillies dans les auteurs, 26 pour 100 ;

Moyenne générale : 35 pour 100.

Nous ne donnons que les chiffres bruts, sans acception des différences que donnent les saignées modérées ou abondantes, uniques ou répétées.

Voyons maintenant pour ce qui concerne les anesthésiques.

M. Charpentier a réuni dans son tableau quatre-vingt-quatre cas où les anesthésiques ont été employés ; savoir : chloroforme, soixante-trois fois ; éther, quatorze fois ; chloral, sept fois.

(1) *De l'influence des divers traitements sur les accès éclamptiques*, par M. le docteur A. Charpentier. Paris, 1873. Chez Ad. Delahaye.

Sur les soixante-trois fois où le chloroforme a été administré, soit en inhalations, soit à l'intérieur, on trouve :

Influence nulle ou impossible à préciser. . 8 cas.
Marche ascendante de la maladie. . . . . 6 —
Diminution ou cessation des accès. . . . . 49 —

Sur les huit malades chez lesquelles l'influence a été nulle, on a :

Guérisons. 6
Morts. 2
Mortalité : 25 pour 100.

Sur les six cas cas où les accès ont continué en s'aggravant, on a :

Guérisons. 2
Morts. 4
Mortalité : 33,3 pour 100.

Sur les quarante-neuf cas où les accès, d'abord modifiés, ont cessé, on a :

Guérisons. 48
Morts. 1
Mortalité : 2,04 pour 100.

Chiffre de la mortalité totale : 11, 1 pour 100.

Mais il y aurait à tenir compte dans ce relevé général, qui comprend les observations recueillies de toutes parts, de cette circonstance que l'on est loin d'être certain que tous les insuccès aient été publiés.

D'une autre part, dans un certain nombre de ces faits, on avait mis en œuvre des traitements mixtes, saignée et anesthésiques simultanément.

Il a fallu, pour avoir un chiffre comparable s'en tenir aux relevés faits dans les services hospitaliers où tous les cas de succès ou d'insuccès ont été mis en ligne de compte, et où l'on n'a compris que des cas simples, comme médication.

D'après ce relevé, le chiffre total des cas traités par les divers anesthésiques (chloroforme, éther, chloral) donne soixante-neuf guérisons, quinze morts ; soit, proportion de la mortalité, 18,8 pour 100.

Si l'on résume maintenant l'ensemble des tableaux dressés par M. Charpentier, on trouve : sur un total de deux cent quatre-vingt-dix-sept observations prises en bloc, sans acception des divers traitements mis en œuvre, que la proportion de la mortalité générale est de 24 pour 100.

En prenant cette mortalité comme moyenne, on voit qu'en somme le chiffre donné par les anesthésiques paraîtrait, en définitive, devoir faire pencher la balance en faveur de cette méthode, préférablement à celle des émissions sanguines qui donne un chiffre de mortalité plus élevé.

Ce n'est pas tout à fait là la conclusion générale que M. Charpentier déduit de ses laborieuses recherches. « Si maintenant, dit-il, on nous demande de tirer des conclusions de ce travail, nous avouons que cela nous est bien difficile et que nous croyons que, dans une affection aussi grave que l'éclampsie, il est du devoir du médecin de ne pas se borner à un seul agent, mais d'agir pour ainsi dire d'une façon éclectique et de ne pas se montrer partisan d'une méthode à l'exclusion de toutes les autres. » C'est là aussi à peu près l'opinion formulée sur ce sujet par notre collaborateur M. Bailly, dans son article ÉCLAMPSIE du *Nouveau Dictionnaire de médecine et de chirurgie pratiques*, et par l'éminent professeur d'obstétrique et doyen de la Faculté de Nancy.

Sans méconnaître la sagesse de cette conclusion et sans attacher une importance exagérée aux chiffres, nous ne pouvons

cependant nous défendre de l'impression que nous avons exprimée plus haut.

Enfin, si l'on défalque du relevé des effets des agents anesthésiques les faits d'application du chloral, qui nous intéressent particulièrement ici, on trouve sur 7 cas d'application, 1 cas où l'influence a paru nulle, 6 cas de diminution des accès, et en tout 7 cas suivis de guérison; 8 maintenant en y ajoutant le premier fait de M. Bourdon.

Si l'on ne peut conclure d'un chiffre aussi minime, on ne peut pas, du moins, n'être pas frappé de ce que ce petit nombre d'essais a d'encourageant.

Effets de l'hydrate de chloral pendant le travail de l'accouchement.

Mais l'intérêt de la communication de M. Bourdon ne se borne pas aux faits d'éclampsie, — ce qui serait déjà beaucoup. Ayant remarqué dans les deux faits précités que, sous l'influence du chloral, les douleurs inhérentes aux contractions utérines avaient été considérablement atténuées, bien que ces contractions, loin de s'affaiblir, aient paru au contraire acquérir à la fois plus de régularité et d'intensité, M. Bourdon a conçu la pensée de recourir désormais à ce moyen dans les accouchements à marche anormale. Ce sont les résultats de ces essais qu'il nous reste à faire connaître.

L'hydrate de chloral a été employé par M. Bourdon dans ces cas si fréquents où les femmes, lors du travail d'accouchement, en proie pendant de longues heures à des contractions utérines très-douloureuses ou trop rapprochées, tombent dans cet état d'agacement et d'agitation qui leur enlève tout repos, se fatiguent, s'affaiblissent et arrivent à l'épuisement des forces avant la dernière période du travail. Chez une dizaine de femmes qui se trouvaient dans ce cas, le chloral a été administré à la dose de 2 à 4 grammes. Voici les résultats qui ont été constatés.

Toujours les douleurs ont diminué d'intensité et de fréquence; dans leur intervalle, les femmes se calmaient, sommeillaient même, et pouvaient ainsi réparer, ou au moins ménager leurs forces, pendant que le travail se régularisait et prenait une allure tout à fait normale.

Mais ce qui a semblé à M. Bourdon le plus extraordinaire, c'est que les contractions utérines, au lieu de perdre de leur force en devenant indolentes, acquéraient plus d'intensité; de sorte que, en somme, la durée du travail a paru diminuée, même chez les primipares.

Ce dernier effet, dit M. Bourdon, nous a paru tellement invraisemblable que, vu le nombre encore restreint de nos faits, nous n'aurions pas osé le signaler, s'il n'avait déjà été observé par un médecin anglais, M. Lambert, chirurgien de la Maternité d'Édimbourg.

Voici, en effet, en quels termes M. Lambert résume les résultats de ses observations à cet égard, comparés à ceux que lui avait donnés auparavant le chloroforme.

Le chloral diminue les douleurs de l'accouchement; il peut produire l'inconscience absolue, même pendant la période d'expulsion, comme le chloroforme.

Il a sur ce dernier le grand avantage de permettre de continuer plus longtemps l'anesthésie.

Il augmente l'énergie des contractions utérines qui, sous l'influence de cet anesthésique, sont plus courtes et plus puissantes que celles qui sont accompagnées de douleurs.

Les effets du chloral se continuent après l'accouchement, et procurent à l'accouchée un repos favorable.

— Il ne faut pas laisser ignorer qu'il a été question de quelques cas de mort par le chloral. Des doutes subsistent, il est vrai, sur la relation réelle de la mort avec l'administration de l'agent en question. Mais enfin il est bon que l'attention soit tenue en éveil à cet égard.

MALADIES DE L'OREILLE

Par M. J. Toynbee, F. R. S.

(Traduction de M. Darin.)

INFLAMMATION CHRONIQUE.

Obs. I. — *Inflammation chronique simple du méat dermoïde.*

R. P. A..., Esq., 47 ans, de bonne santé, me consulta le 4 juillet 1853.

Historique. Pendant les dix-huit mois précédents, il souffrait de temps en temps d'une démangeaison extrême, avec dureté de l'ouïe, suivie d'un léger écoulement.

A l'examen, le méat des deux oreilles, près de l'orifice, contenait une grande partie de cérumen mou; au milieu du conduit, le derme était rouge foncé, et les vaisseaux sanguins apparaissaient dilatés et tortueux. Distance de l'audition, du côté droit, 45 centimètres; à gauche, 18 centimètres.

Traitement. Chaque méat fut lavé avec 28 centilitres d'eau chaude, deux fois par jour; le soir, on mettait dans les conduits auditifs un tampon d'ouate imbibé d'une solution de chlorure de zinc (*dix* grammes pour *trente et un* grammes) Au bout de quinze jours, la guérison était complète.

Obs. II. — *Inflammation chronique simple, avec desquammation épidémique.*

Miss E. P..., 39 ans, quelque peu débilitée, me consultait le 1er juillet 1853.

Historique. Les deux ou trois hivers précédents, elle avait, à la suite de rhumes, éprouvé une assez grande douleur dans les deux oreilles, accompagnée de dysécée. La douleur durait deux ou trois jours, puis une peau s'échappait, et la souffrance diminuait en même temps que l'ouïe s'améliorait. Il y a six mois, elle eut une attaque très intense, suivie d'un écoulement qui ne dura que peu de jours.

Durant les trois dernières années, elle a souffert d'une irritation considérable des deux oreilles. L'examen montra les deux conduits auditifs rouges par place; du côté gauche, la rougeur s'étendait à la couche dermoïde de la M. T. Des portions d'épiderme adhéraient à la surface du derme. Ces portions enlevées, le derme restait entièrement dénudé. La distance auditive était de 75 millimètres pour l'oreille droite, et de 25 millimètres pour la gauche.

Traitement. Application de deux sangsues au pourtour de l'orifice de chaque méat; deux fois par jour, injection d'eau chaude dans les deux oreilles; quand la congestion eut diminué, on badigeonna chaque jour les deux conduits avec une solution de nitrate d'argent (0 gr. 25 pour 31 gr.). On posa aussi sur les apophyses mastoïdes un petit carré de papier vésicant, et l'on administra des médicaments toniques. Le traitement produisit une grande amélioration, et quand je vois la malade en décembre, l'ouïe était bien meilleure et il y avait une abondante sécrétion de cérumen dans chaque oreille. Il y avait eu une attaque de l'oreille gauche au mois d'août.

Obs. III. — *Inflammation chronique du derme, avec hypertrophie considérable.*

Miss. T..., 57 ans, de santé passable, me consulta en janvier 1853 pour une grande irritation et une surdité considérable des deux oreilles.

Historique. Durant les cinq ou six dernières années, a eu des attaques de surdité accompagnées d'un gonflement considérable

dans chaque oreille. Quand la tuméfaction diminuait, l'ouïe revenait en partie. Il y a environ trois semaines, elle éprouva beaucoup d'irritation dans les deux conduits auditifs, accompagnée parfois de douleurs et d'une grande dureté de l'ouïe, mais sans écoulement.

L'examen montra chacun des conduits si tuméfiés que le canal n'aurait admis qu'un stylet de moyenne grosseur. La surface du derme était de couleur prune; la montre ne s'entendait que lorsqu'on l'appuyait sur l'oreille.

Traitement. Application de sangsues à l'orifice de chaque méat, puis lotion avec une solution de nitrate d'argent (1 gr. pour 31 gr.). Je n'ai pas su le résultat.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 5 février 1873 (1). — Présidence de M. Trélat.

A ces faits, nous en ajouterons deux qui démontrent clairement et positivement l'inefficacité des ponctions capillaires avec aspiration.

Le premier a été publié dans le n° 58 de la *Gazette des hôpitaux*, par M. le docteur Vidal, plusieurs mois avant la publication du travail de M. Dieulafoy.

Il s'agit d'un soldat qui était entré à l'hôpital du Gros-Caillou, pour une fièvre typhoïde, le 3 septembre 1871, pendant la convalescence de laquelle on reconnaît l'existence d'un kyste hydatique du foie, dont l'origine remonterait à plus de 6 ans. « Afin de lever tout doute, une ponction exploratrice est pratiquée, le 24 septembre, à l'aide de la seringue aspiratrice de M. Dieulafoy. Un liquide séreux, de couleur légèrement citrine, jaillit dans le corps de pompe; des accidents locaux et généraux surviennent après cette ponction, qui est renouvelée deux fois dans la même séance, le 6 octobre, avec la seringue aspiratrice. Le liquide fourni par la première aspiration est purulent; celui fourni par la seconde, le trocart ayant été enfoncé plus profondément dans la tumeur, est en très-petite quantité et séro-purulent. Ces ponctions n'ont pas diminué le volume du kyste.

Les jours suivants, jusqu'au 14 octobre, un mouvement fébrile se reproduit tous les soirs. Le 20 octobre, on commence à ouvrir le kyste à l'aide du caustique, et, dans la nuit du 6 au 7 novembre, l'eschare se détache, et une quantité énorme de liquide séreux s'écoule, avec des hydatides jaunâtres et transparentes. On fait tous les jours des injections d'eau alcoolisée, puis d'alcool pur. La cavité se rétrécit de plus en plus. Des injections iodées sont renouvelées à plusieurs reprises et amènent l'oblitération complète du kyste 3 mois après son ouverture.

Le second cas a trait à une femme de vingt-quatre ans, nommée B..., et qui est entrée dans le service de M. Demarquay, à la Maison de santé, le 9 octobre 1872. Cette femme était entrée d'abord à Beaujon, dans le mois de juillet 1872, dans le service de M. Axenfeld, où elle a été opérée par M. Dieulafoy. Trois ponctions capillaires avec aspiration ont été pratiquées successivement. A la première ponction, le liquide était clair comme de l'eau de roche; à la seconde ponction et à la troisième, il était purulent. Cette femme quitta l'hôpital pour continuer les soins chez elle; elle y resta un mois, après lequel, se trouvant plus malade, épuisée, très-amaigrie, ayant des sueurs, de la fièvre tous les jours, elle entra à la Maison de santé, dans un état très-grave, et où elle a succombé le 19 novembre 1872.

C'est pour des affections de cette nature qu'il serait surtout important de présenter les malades aux Sociétés savantes, longtemps après la guérison (deux ou trois années), afin qu'on pût juger la valeur de la méthode mise en usage, et savoir si elle est réellement efficace, car il ne faut pas oublier que, pour guérir sûrement et pour toujours un kyste hydatique du foie, il faut que toutes les vessies hydatiques renfermées dans le kyste en soient complétement expulsées. D'où nous concluons que la méthode ou le procédé qui atteint ce but, sans exposer le malade à de graves dangers, est de tous les moyens de traitement le meilleur.

Ce qui doit faire rejeter la méthode des ponctions capillaires, avec ou sans aspiration, comme méthode générale dans le traitement des kystes du foie, d'abord c'est parce que les faits ont démontré qu'elle n'est le plus souvent que palliative; c'est ensuite parce que l'anatomie pathologique nous apprend que les kystes uniloculaires, c'est-à-dire ne contenant qu'une seule vessie hydatique, sont excessivement rares, tandis que ceux qui en contiennent un grand nombre sont les plus nombreux; alors dans ceux-ci, ou kystes milliloculaires, les ponctions restent inefficaces, parce que lorsqu'on pratique une ponction capillaire, on ne peut pénétrer que dans une seule vessie, laissant les autres intactes. Alors, une seule vessie étant vidée, les autres n'en continuent pas moins à vivre et la maladie persiste.

La quantité de liquide qui s'écoule après la ponction est plus ou moins grande, suivant qu'on a atteint la vessie *mère*, c'est-à-dire la plus grande poche renfermée dans le kyste, ou bien des vessies moins volumineuses. Alors, le mal persistant ou se reproduisant, on revient à de nouvelles ponctions, qui ne donnent issue à un liquide clair et limpide qu'autant que le trocart perce une poche ou vessie qui n'a pas encore été atteinte; dans le cas, au contraire, où l'instrument attaque la vessie, qui déjà avait été ponctionnée, le liquide qui s'écoule est louche, trouble, couleur petit-lait, et souvent en voie de purulence ou purulent; et c'est là un des grands inconvénients des ponctions capillaires dans les kystes qui renferment plusieurs vessies, c'est de produire la purulence du liquide de la poche et d'amener souvent des accidents généraux très-graves, dus à la formation du pus dans l'intérieur de l'économie.

Ces ponctions n'ont donc pas la propriété de modifier avantageusement les surfaces de la poche kystique, comme le dit M. Dieulafoy, qui croit, lorsqu'il trouve un liquide clair et limpide après avoir trouvé, à une ponction antérieure un liquide purulent, que la poche s'est modifiée avantageusement sous l'influence de la ponction avec aspiration... Nous avons dit plus haut que ce phénomène n'avait lieu que parce que le trocart pénétrait dans une vessie qui n'avait pas encore été ponctionnée... Plusieurs fois nous avons rencontré, à l'autopsie, des vessies intactes remplies d'un liquide clair et limpide, quoiqu'elles nageassent dans une poche kystique remplie de liquide purulent.

Si quelquefois des ponctions capillaires ont guéri radicalement des kystes hydatiques du foie, c'est que probablement le kyste était uniloculaire et ne contenait qu'une seule poche hydatique, et encore faudrait-il suivre le malade pendant plusieurs années pour être certain qu'il n'y a pas eu de récidive.

Nous croyons pouvoir conclure de ces faits et de tous ceux que nous avons observés, que le traitement auquel un kyste doit être soumis doit être appliqué de la manière suivante:

Commencer d'abord par une ponction capillaire, avec ou sans aspiration, pour procurer du soulagement au malade et s'assurer de la nature du liquide... S'il est clair et limpide, on peut attendre, dans l'espoir qu'on aura été assez heureux pour rencontrer un kyste uniloculaire et susceptible de guérir par la ponction capillaire; mais si le liquide est louche, trouble, purulent, ou bien si le mal récidive après une première ponction, il faut sans hésiter et sans perdre de temps, et avant que les forces des malades soient épuisées, recourir aux méthodes qui consistent à ouvrir largement le kyste et à le vider en une seule fois, si c'est possible, de tout son contenu, soit en employant un gros trocart dont la canule sera assez large pour permettre l'aspiration de toutes les vessies hydatiques, comme a fait notre confrère, soit en appliquant des caustiques pour pénétrer largement dans le kyste et établir des adhérences, moyens qui permettent de laver facilement l'intérieur du kyste et de faire des injections détersives, désinfectantes, iodées ou autres.

Votre commission vous propose: 1° de publier, dans vos bulle-

(1) Suite. — Voir les numéros des 15 et 18 février 1872.

tins, un extrait de l'observation de M. le docteur Clément ; 2° de lui adresser des remercîments pour son intéressante communication ; 3° de l'inscrire comme candidat sur la liste des membres correspondants.

M. CHASSAIGNAC. Mes opinions sont identiques sur beaucoup de points à celles de M. Boinet. Je regrette seulement de ne point voir intervenir ici l'emploi direct de l'injection iodée. Tout en mentionnant, en effet, les cas de succès à la suite d'une simple ponction, je rappellerai l'observation que j'ai présentée ici.

Il s'agissait d'un maréchal-ferrant, employé chez M. Legris, vétérinaire, qui avait été guéri à la suite d'une injection iodée. Je considère romme bien inférieure à cette méthode celle des ponctions capillaires, qui peuvent amener la purulence. Si l'on devait en arriver là, je leur préférerais de beaucoup le drainage. Cette dernière opération serait, dans tous les cas, bien supérieure à l'ouverture large, que l'on doit réserver pour les cas extrêmes.

En résumé, je crois qu'il serait sage de débuter par l'injection iodée, et de réserver les ponctions capillaires à l'établissement du diagnostic.

M. BOINET. Je suis presque complétement d'accord avec M. Chassaignac. Je ferai cependant une réserve. Son argumentation n'est applicable qu'aux kystes uniloculaires ; car dans les cas de kystes multiloculaires, à cause de la purulence qui s'établit fatalement, il n'y a plus qu'à choisir entre les différents moyens connus d'ouvrir largement toutes les poches.

(A suivre.)

VARIÉTÉS

—

Traité de chirurgie d'armée (1).

Par L. LEGOUEST, inspecteur du service de santé de l'armée.

Les bons livres sont encore rares, même au milieu de ce flot de publications qui inonde la presse médicale à notre époque. Aussi éprouve-t-on toujours une certaine satisfaction à signaler ceux qui, comme l'ouvrage de M. Legouest, se recommandent par une utilité incontestable. Répondant rigoureusement au programme du cours de blessures de guerre professé à l'École de médecine militaire, et présentant un exposé didactique de l'état de la science sur ce sujet, la première édition de ce traité devint, dès son apparition, une œuvre classique. La position élevée occupée par l'auteur dans le corps de santé de l'armée, l'expérience de sa pratique et de son enseignement clinique au Val de-Grâce, l'importance de ses publications scientifiques antérieures, sa participation active aux travaux de la Société de chirurgie et de l'Académie de médecine, l'honorabilité et la dignité bien connues de son caractère suffisaient d'ailleurs pour donner à l'œuvre une autorité et une valeur particulières. Le temps et les événements ont pleinement justifié l'opportunité de la publication de M. Legouest, et les occasions n'ont pas manqué, pendant les grandes guerres dont les deux mondes ont été le théâtre depuis une dizaine d'années, pour en apprécier justement le mérite.

Nous ne sommes plus en effet à l'époque où le traitement des blessures de guerre était l'apanage exclusif d'une phalange restreinte de médecins militaires suivant les combattants et opérant sur place. De nos jours, l'extension des voies ferrées et le perfectionnement des armes ont transformé les conditions de l'art de la guerre. Le succès dépendant surtout de la concentration rapide de corps nombreux en plusieurs points, il en résulte que les combats se succèdent à de courts intervalles, dès le début des hostilités jusqu'au moment du choc décisif, laissant chaque fois de part et d'autre un grand nombre d'hommes sur le terrain. Dès lors les secours à apporter aux blessés devaient recevoir une extension considérable proportionnée aux besoins et une organisation susceptible de parer, autant que possible, à toutes les éventualités immédiates et ultérieures. En atteignant de telles proportions, les conséquences de la guerre ont rendu indispensable l'évacuation et la dissémination de la plupart des blessés à l'intérieur du territoire. Elles ont ainsi ouvert un large champ à tous les dévouements et imposé à la médecine en particulier une tâche des plus étendues. De là, l'origine très-naturelle des ambulances volontaires, et l'appel aux ressources en personnel et matériel des hôpitaux civils. De tels secours sont immenses et précieux, mais à la condition expresse d'être bien employés et bien utilisés. Or la réalisation de cette première condition essentielle est loin d'être accomplie. Elle présente même certaines difficultés que M. Le Fort vient d'exposer récemment avec une franchise et une justesse d'appréciation dignes d'éloges.

L'expérience de la malheureuse campagne de 1870-71 a surabondamment démontré la nécessité absolue de réglementer et de subordonner à des mesures d'ensemble l'assistance volontaire ou requise, si l'on veut qu'elle produise tout le bien qu'on est en droit d'en attendre. Il en est de même du système des évacuations dont le fonctionnement demande à être organisé sur des bases nouvelles précisant exactement la marche à suivre, selon les cas déterminés, au moyen d'un matériel approprié, encore à créer chez nous (1). C'est de cette façon seulement que seront évités les inconvénients, pour ne pas dire le désordre et même les abus qui sont ressortis du mode suivi pour le transport et la dissémination de nos malades et blessés, improvisé sous la pression des nécessités et souvent troublé par le zèle inexpérimenté de la charité publique.

Quoi qu'il en soit des enseignements apportés par une campagne exceptionnellement désastreuse et du compte qu'en tiendra la haute administration, on peut, dès à présent et surtout avec la nouvelle loi militaire, considérer comme indispensable l'obligation pour tous les jeunes médecins civils de se tenir prêts à la pratique de la chirurgie d'armée en complétant leurs connaissances sur cette branche de l'art. Sous ce rapport, le livre de M. Legouest est appelé à rendre de grands services. Ce n'est pas que l'ensemble des lésions par armes à feu constitue à proprement parler une pathologie spéciale ayant une physionomie tout à fait propre. Cependant, s'il n'en est pas rigoureusement ainsi, il n'en est pas moins vrai que la chirurgie militaire présente certaines indications et s'exerce dans des conditions particulières qu'il importe de bien connaître à l'avance, et avec lesquelles il est bon d'être familiarisé par une sorte d'apprentissage pour les remplir convenablement. Elle exige donc une étude préalable, indispensable, à laquelle le livre de M. Legouest a précisément pour but de préparer. Rien de plus naturel d'ailleurs que cette inexpérience provenant du défaut d'habitude chez le médecin qui se trouve à l'improviste en présence de ces blessures graves dont le traitement réclame sur-le-champ de la décision et une exécution rapide avec des moyens plus ou moins insuffisants ou improvisés.

Il n'est pas une des relations publiées jusqu'à présent sur la dernière campagne qui ne témoigne de cet embarras de la médecine aux prises avec les difficultés de la pratique, dans des conditions diverses, à la suite des armées. On y voit la plupart de leurs auteurs méconnaître au début les principes usuels de la chirurgie de guerre, ne les observer qu'avec les tâtonnements d'une expérience personnelle d'abord en défaut, puis progressivement acquise, et arriver enfin à proclamer des préceptes qui se trouvent nettement formulés dans nos traités spéciaux, et en particulier dans celui de M. Legouest. Ces chirurgiens auraient pu s'éviter tant de peine et acquérir beaucoup plus vite des notions précises sur bon nom-

(1) In-8° de 1000 pages. Deuxième édition, 1872. — Prix : 14 francs. — J.-B. Baillière et fils.

(1) Voir *les Trains sanitaires*, étude sur l'emploi des chemins de fer pour l'évacuation des blessés et malades en arrière des armées, par Morache, médecin-major de 1re classe, professeur agrégé à l'École d'application de médecine militaire. Brochure de 58 pages. — Extrait du *Journal des sciences militaires*, Paris, 1872.

bre de cas déterminés, en méditant davantage le livre dont nous nous occupons.

Il serait superflu de reproduire ici une analyse, même succincte des matières développées dans le traité de M. Legouest.

L'ouvrage est connu de tous ceux qui ont eu à s'occuper des blessures de guerre depuis dix ans, aussi bien en France qu'à l'étranger, et il n'est personne qui n'ait eu l'occasion de le consulter avec profit. Il y aurait même injustice à ne pas reconnaître l'influence notable qu'il a exercée, depuis la publication de la première édition en 1863, sur l'étude et la pratique de cette branche si importante de la pathologie chirurgicale. Aussi l'auteur a-t-il pu écrire sans exagération, en tête de la seconde préface : « Nous croyons pouvoir dire que, depuis cette époque, il a été plus facile d'écrire sur ce sujet ; non pas que nous ayons élucidé tous les points laissés dans l'ombre par nos devanciers, mais nous les avons mieux indiqués et nous en avons fait l'objet de recherches qui n'ont pas été sans fruit. »

L'œuvre de M. Legouest constitue un véritable traité *ex professo*, renfermant la description de toutes les lésions générales et locales susceptibles d'être observées sur le soldat en campagne. Pas de citations historiques; point d'étalage d'une érudition vaine et oiseuse; exposition simple et claire au point de vue essentiellement pratique; indications nettement formulées; appréciations des modes de traitement ou des méthodes opératoires presque toujours étayées sur l'expérience personnelle de l'auteur, tels sont les principaux caractères de ce livre, qui offre un guide aussi sûr qu'utile aux chirurgiens militaires.

On trouvera dans l'édition nouvelle plusieurs additions importantes, relatives surtout aux fractures compliquées par coups de feu, aux indications respectives et aux résultats comparatifs des méthodes de traitement par la conservation à l'aide de divers systèmes d'appareils nouveaux, minutieusement décrits, par la résection ou par l'amputation. Sur ce point, l'auteur ne pouvait se dispenser de mettre à profit les intéressants documents si libéralement publiés par la commission sanitaire des États-Unis d'Amérique. Mais, après avoir enregistré les quelques succès obtenus à force de soins par les chirurgiens américains à la suite de certaines opérations exceptionnellement graves, telles que la désarticulation de la cuisse, la résection de la tête fémorale et celle du genou, M. Legouest réduit l'appréciation de ces résultats à leur juste valeur pratique et n'y trouve que la confirmation des préceptes déjà déduits et formulés par lui dans la première édition : « Nous nous plaisons à constater », dit-il dans la seconde édition, avec un sentiment de satisfaction légitime, « que si nous avons ajouté au chapitre des fractures des membres par coups de feu, aux indications, aux contre-indications, au parallèle des amputations, des résections et de la conservation sans opération des membres fracturés, nous n'avons pas eu à modifier les conclusions que nous avions précédemment posées. Le premier rappelant les titres de l'Académie royale de chirurgie à la restriction des amputations dans les cas de blessures par armes à feu, poursuivant à ce sujet les recherches indiquées par Malgaigne et Velpeau à l'Académie de médecine, nous avons été suivi dans cette voie par la plupart des chirurgiens de notre époque; et nous avons la satisfaction de dire que le plus grand nombre d'entre eux ont confirmé par leurs travaux l'opinion de l'Académie royale de chirurgie que les nôtres avaient restaurée. Conséquent avec ces principes, nous avons donné au chapitre qui traite des appareils à fractures un développement en rapport avec l'importance qu'ils ont acquise, soit comme appareils appliqués en vue du transport des blessés, soit comme appareils définitifs. Enfin, nous avons résumé les très-nombreuses statistiques dressées dans le but d'établir une comparaison équitable entre les divers traitements des fractures par coups de feu, et nous avons lieu de penser que les conclusions déduites de ces études comparatives sont aussi voisines que possible de la vérité. »

Après cette explication, on ne sera plus étonné de voir que, malgré tous les documents publiés depuis une période de dix années, l'échelle proportionnelle des amputations établie autrefois par l'auteur d'après nos recherches statistiques propres est reproduite sans modification dans la nouvelle édition. Celle-ci ne contient non plus qu'un petit nombre de faits relatifs à la campagne de 1870-71. Il n'en pouvait être autrement, puisque ces faits sont encore trop imparfaitement connus pour être sérieusement utilisés. Cependant, dans notre impatience de mettre à profit l'enseignement qui devra inévitablement ressortir de nos désastres, nous regrettons que l'auteur n'ait pas cru devoir faire connaître ses impressions et ses remarques sur les principales modifications réclamées par la pratique de la chirurgie en présence de ces lésions graves que la guerre accumule en nombre de plus en plus considérable après chaque combat. On le regrettera d'autant plus, que M. Legouest, ayant pris une part active au début de la campagne et rempli ensuite plusieurs missions importantes en qualité de médecin-inspecteur du service de santé, a dû nécessairement voir beaucoup, et, grâce à sa haute et ancienne expérience, apprécier sainement la valeur de beaucoup de choses.

Le dernier chapitre, consacré à la description du mode de fonctionnement du service de santé en campagne, composition et disposition des ambulances, matériel, moyens de transport, évacuations, installation des hôpitaux temporaires sous tentes ou baraques, etc., contient des renseignements nouveaux et précieux sur toute cette partie importante des attributions de la médecine militaire. Les dispositions réglementaires actuellement en vigueur dans l'armée française y sont énumérées et en même temps critiquées dans ce qu'elles présentent d'essentiellement défectueux. Les améliorations urgentes à introduire dans le fonctionnement des ambulances et des hôpitaux y sont signalées, mais sans former un ensemble susceptible de fournir une base à un système complet de réorganisation. Ce n'est pas que l'auteur n'ait par devers lui, comme tant d'autres, un plan tout élaboré sur ces matières qui occupent à un si haut degré l'attention générale en ce moment. Nous croyons savoir, au contraire, qu'il tient en réserve des idées très-nettes et très-arrêtées à cet égard. Mais un sujet qui prête tant à la controverse ne pouvait trouver place dans un livre classique, pour ainsi dire officiel. Et pourtant, il faut le dire et il faut qu'on le sache bien, notre service de santé militaire attend une réforme radicale essentielle, tant au point de vue du mode de fonctionnement de son personnel, qu'au point de vue du matériel.

Jusqu'à présent, dans le service en campagne, l'action médicale n'a été qu'un des moyens mis à la disposition de l'administration, au même titre que le service des vivres, que celui du campement, du train, etc., pour subvenir aux besoins de l'homme blessé ou malade. Privé de toute initiative, réduit au simple rôle d'agent passif en dehors de l'application médicale proprement dite, le corps de santé militaire ne saurait être responsable de l'infériorité de ses résultats chirurgicaux, comparés à ceux qu'obtient la chirurgie plus heureuse des autres puissances. Sans initiative pas de responsabilité, et pas d'initiative sans direction effective, sont des principes d'une logique rigoureuse, dont les conséquences doivent découler naturellement.

Quant à notre matériel d'ambulances, on peut déclarer sans exagération que, outre son insuffisance, il ne répond plus du tout aux besoins actuels dans les conditions présentes de la guerre. Sa transformation est trop nécessaire pour qu'elle n'ait pas lieu selon des types nouveaux. Mais une réforme de ce genre, dans laquelle les intérêts de l'État sont engagés pour une mise de fonds importante, ne saurait être décidée qu'après des essais multipliés et un examen approfondi; car elle exige des études complexes qui ne peuvent être mûrement élaborées que par des commissions spéciales, émanant des branches administratives compétentes.

Professeur Gaujot.

THÈSES

SOUTENUES A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

PENDANT L'ANNÉE 1872.

445. Bousquet. Des causes de l'avortement dépendant du père et de la mère.

446. Picot. Du rhumatisme aigu et de ses diverses manifestations chez les enfants.

447. Claveleira. De la paralysie agitante.

448. Taguet. De l'influence de la menstruation sur le système nerveux.

449. Guérin. Des différents modes de sensibilité de la peau et de leur paralysie.

450. Leprieux. Recherches sur la conservation temporaire des cadavres au point de vue des travaux de dissection et de médecine opératoire.

451. Bachol. Étude sur le céphalotribe et le forceps-scie.

452. Choulet. Des résections primitives et secondaires dans la continuité des os longs des membres à la suite des coups de feu.

453. Jardin. Considérations pratiques sur la rétention d'urine.

454. Trépant. Étude sur l'action physiologique et l'emploi thérapeutique de l'alcool.

455. Galvaing. De la péritonite cancéreuse.

456. D'Hubert. Essai sur les pseudarthroses consécutives aux fractures par coups de feu.

457. Détray. De l'ipéca et de son emploi dans la dysentérie.

Errata. — Page 155 (1re colonne), ligne 54, *au lieu de* : « D'ailleurs, d'un processus morbide, » *lisez* : « D'ailleurs, aucune trace d'un processus morbide. »

Page 156 (2e colonne), lignes 17-18, *au lieu de* : « examen microscopique » *lisez* : « examen macroscopique. »

— Clientèle à céder gratuitement, près Paris.—Produit, 9,000 fr.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Hystérotomie. De l'ablation partielle ou totale de l'utérus par la gastrotomie. Étude sur les tumeurs qui peuvent nécessiter cette opération, par le docteur Péan et L. Urdy. — 1 vol. in-8° avec 25 figures dans le texte et 4 planches. Prix : 6 francs. — Paris, Adrien Delahaye.

Recherches anatomiques et expérimentales sur les fractures dans le crâne, par le docteur Felizet. — 1 vol. in-8° avec 12 figures dans le texte et 13 planches en phototypie. — Paris, Adrien Delahaye.

De la durée de la vitalité des tissus et des conditions d'adhérence des restitutions et transplantations cutanées (greffes animales), par le docteur Georges Martin. — In-8°. Prix : 2 fr. 50. — Paris, Adrien Delahaye.

Le Directeur : Dr E. Le Sourd.

Paris. — Typographie A. Pougin, quai Voltaire, 13.

PILULES DE HOGG

1° *Pilules nutrimentives à la pepsine acidifiée,* dyspepsie, digestion difficile, diarrhée, vomissements, etc.

2° *Pilules à la pepsine unie au fer réduit par l'hydrogène,* en vue des maladies chroniques et des affections qui en dépendent (pertes blanches, pâles couleurs, menstruation difficile), et de fortifier les tempéraments débilités.

3° *Pilules à la pepsine unie au proto-iodure ferreux inaltérable,* en vue des maladies scrofuleuses, lymphatiques et syphilitiques, la phthisie, la cachexie chlorotique et les affections atoniques générales de l'économie.

On emploie la pepsine Boudault dans ces trois préparations.

Ces pilules ne se vendent qu'en flacons triangulaires chez HOGG, pharmacien-chimiste, rue Castiglione, 2, à Paris, et dans toutes les pharmacies — Envoi *franco* par la poste.

CONSOMPTION

PHTHISIE, DIARRHÉE CHRONIQUE

RACHITISME, DIABÈTE au dernier degré.

Traitement par l'ÉLIXIR alimentaire de DUCRO.

VIANDE CRUE ET ALCOOL

très-utiles dans les convalescences, l'anémie, l'épuisement. Prix : 3 fr. 50 à la Pharmacie, 82, rue Rambuteau.—**Gros**, 8, rue Neuve St-Augustin, **Paris**.

AULUS (Ariége)

Eau minérale laxative, diurétique, dépurative, antisyphilitique, combat très-avantageusement les **maladies de l'estomac, des intestins, des reins et de la vessie, la gravelle, la goutte, la constipation, la diarrhée chronique.** Par son action dépurative, elle agit merveilleusement contre les **maladies de la peau.** Paris, 18, rue Saint-Martin.

SIROP SÉDATIF

D'ÉCORCES D'ORANGES AMÈRES

AU BROMURE DE POTASSIUM

De J.-P. LAROZE, pharmacien,

2, *rue des Lions-Saint-Paul, à Paris.*

Tous les médecins s'accordent à reconnaître au bromure de potassium, chimiquement pur, une action sédative et calmante sur tout le système nerveux. Réuni au sirop Laroze d'écorces d'oranges amères, dont l'action régulatrice des fonctions de l'estomac et des intestins est universellement appréciée, il est administré sans crainte d'aucun accident, chez les adultes, dans les affections du cœur, des voies digestives et respiratoires, les névroses en général et les maladies nerveuses de la grossesse; chez les enfants pour calmer l'agitation, l'insomnie et la toux pendant la dentition. Son dosage mathématique permet aux médecins d'en augmenter ou d'en diminuer la dose suivant le cas. — Le flacon : 3 fr. 50 c. — Dépôt à Paris, 26, rue Neuve-des-Petits-Champs.

EPILEPSIE

HYSTERIE — NEVROSES

Le SIROP DE HENRY MURE, **au bromure de potassium** (exempt d'iodure), dont l'usage est aujourd'hui universellement répandu, a déterminé un nombre considérable de guérisons publiées dans les recueils scientifiques.

Chaque cuillerée de SIROP DE HENRY MURE contient 2 grammes de **bromure de potassium** d'une pureté chimique irréprochable.

PRIX DU FLACON : 5 francs.

Vente au détail. — A Paris, 16, rue de Richelieu, pharmacie LEBROU.

Vente en gros. — S'adresser à M. HENRY MURE, pharmacien, à Pont-Saint-Esprit (Gard).

FER QUEVENNE

Approuvé par l'Académie de médecine. Autorisé par circulaire spéciale du Ministre.

Extrait de l'*Annuaire de thérapeutique* de 1870, p. 161 :

« La préparation qui se prête le mieux à toutes « les indications est le FER QUEVENNE. 1 ou 2 dé« cigrammes (une ou deux mesures) pris au prin« cipal repas, dans la première cuillerée de soupe, « constituent le mode d'emploi des ferrugineux le « plus inoffensif et le plus sûr. » — *Bouchardat.*

Le succès constant de ce produit explique les nombreuses imitations et contrefaçons dont il est l'objet, et qui cachent sous des étiquettes trompeuses des produits inférieurs et d'une efficacité douteuse. Pour éviter ces fraudes, exiger :

1° *La marque de fabrique ;*

2° Le *cachet Quevenne* aux deux extrémités du flacon ;

3° Le nom *Emile Genevoix,* dépositaire général à Paris, 14, rue des Beaux-Arts.

Prix du flacon, avec la petite mesure, 3 fr. 50.

BIÈRE FANTA

HYGIÉNIQUE ET NUTRITIVE

BUREAU DES COMMANDES : 18, *Boulevard des Italiens.*

La bière, bien fabriquée, est d'une influence utile sur le développement des systèmes musculaire et osseux ; elle a une grande valeur nutritive. Ces puissantes raisons l'ont fait conseiller par les médecins et les hygiénistes aux mères pendant la grossesse et aux nourrices pendant l'allaitement. Elle est préférable pour elles à toute autre boisson. Elle est très-utile aux convalescents. Les soins minutieux apportés dans le choix des substances et dans la fabrication de la **Bière Fanta**, et les succès obtenus par son usage journalier lui ont valu la préférence d'un grand nombre de médecins français et étrangers.

AFFECTIONS DE POITRINE, RHUMES, ETC.

« J'ai prescrit plusieurs fois le **SIROP** antiphlogistique de **M. BRIANT** ; il m'a paru remplir parfaitement l'effet qu'on doit en attendre.

« 28 novembre 1828. « *Signé :* GUERSANT,

« Professeur à la Faculté de médecine, Membre de l'Académie. »

Pharmacie BRIANT, 150, rue de Rivoli, Paris.

EMULSION DE GOUDRON VÉGÉTAL DE LE BEUF

Seule préparation contenant le Goudron ni altéré, ni modifié.

M. ADRIAN, dans un travail très-intéressant publié en 1867 (*Bull. de thérap.*, t. LXXII, p. 407), a montré que les *alcalis,* comme les acides, modifient le *goudron* au point de *dénaturer* presque complétement la nature du médicament; il s'ensuit que toutes les *liqueurs concentrées* qui se sont mutuellement copiées, et qui ne sont que des solutés de savon de goudron avec un excès de carbonate de soude, n'offrent plus, comme dit le docteur GUBLER (1), certaines qualités de l'*eau de goudron,* et ne sauraient, par conséquent, remplacer facilement celle-ci dans tous ses usages.

Pour ce motif, le GOUDRON LE BEUF, obtenu par l'intermédiaire d'un corps complétement *neutre,* la Saponine (2), donne un produit qui offre sur tous les autres l'avantage énorme et *absolument indispensable,* de présenter la substance médicamenteuse *ni altérée, ni modifiée,* et possédant toutes les propriétés thérapeutiques qui caractérisent le *goudron naturel.*

Doses : *une cuillerée à café* pour un verre d'eau, ou *une cuillerée à bouche* par litre.

Dépôt à Paris, 25, rue Réaumur (ancien 3), et dans toutes les pharmacies.

(1) *Commentaires thérap. du Codex,* par A. GUBLER.— Article GOUDRON VÉGÉTAL, page 143. Paris, 1868.

(2) Principe immédiat contenu dans la *Saponaire* et auquel cette plante doit ses vertus dépuratives et rafraîchissantes. Mais la *Saponine,* corps neutre comme la gomme et le sucre, se trouve en si petite proportion dans cette émulsion (2 millièmes), qu'on peut négliger son action sur l'économie.

GRANULES ANTIMONIAUX

Antimonio-ferreux

et antimonio-ferreux au bismuth.

DU DOCTEUR PAPILLAUD

Rapport favorable de l'Académie de médecine de Paris dans ses séances des 8, 15, 22 novembre et 6 décembre 1870.

Nouvelle médication à base d'arséniate d'antimoine.

Granules antimoniaux contre les maladies du cœur, l'asthme, le catarrhe et la phthisie à ses débuts.

Granules antimonio-ferreux contre l'anémie, la chlorose, les névralgies et névroses, les maladies scrofuleuses.

Granules antimonio-ferreux au bismuth contre les maladies nerveuses des voies digestives (dispepsies, etc.).

Pharmacie E. MOUSNIER, à Saujon (Charente-Inférieure) et dans toutes les pharmacies en France et à l'étranger. A Paris, aux pharmacies : 141, rue Montmartre; 86, rue du Bac; 1, rue des Tournelles; 1, rue Bourdaloue.

Vin de Bugeaud au quinquina ET AU CACAO COMBINÉS.

La difficulté d'obtenir la tolérance de l'estomac pour le quinquina et les amers, en général, a fait plus d'une fois le désespoir des praticiens; mais, depuis l'introduction dans la matière médicale de la combinaison dite VIN DE BUGEAUD, où le cacao se trouve uni au quinquina pour en tempérer l'astringence, cet inconvénient n'existe plus.

Aussi, cette préparation est définitivement entrée dans le domaine de la pratique et s'est substituée à toutes les autres préparations de quinquina.

Les propriétés du VIN DE BUGEAUD, *préparé au vin d'Espagne,* étant celles des toniques radicaux et analeptiques réunis, ce médicament est indiqué dans *l'appauvrissement du sang,* dans *les névroses, les flueurs blanches, la diarrhée chronique, les pertes séminales involontaires, les hémorrhagies passives, les affections scorbutiques,* etc.

La préparation de ce vin exige, pour la dissolution du cacao, des appareils spéciaux qui ne se trouvent point dans les officines. Il faut donc, pour être sûr de l'authenticité du médicament, le prescrire sous le nom de VIN DE BUGEAUD.

Dépôt général, pharmacie Lebeault, 53, rue Réaumur.

Se trouve rue du Cherche-Midi, 5, et dans toutes les pharmacies.



MÉDICATION DIASTASÉE

FER diastasé — IODE diastasé — ARSENIC diastasé

(Sels de fer, d'iode et d'arsenic, combinés avec la graine de cresson par la germination)

Sous cette forme spéciale, ces sels intimement unis aux principes huileux et protéiques de la graine de cresson, cessent d'exercer leurs actions chimiques irritantes; ils acquièrent des propriétés analeptiques et pénètrent dans les voies de la circulation par l'assimilation normale; leur action est secondée par l'agent **vital la Diastase,** développée dans la germination de la graine (3 fr. le flacon).

PARIS, 15, rue Drouot (*pharmacie* GUETTROT) et dans toutes les pharmacies

N° 23. — MARDI 25 FÉVRIER 1873. 46e ANNÉE. MARDI 25 FÉVRIER 1873. — N° 23.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Bureaux : 57, rue des Saints-Pères, 57
PRÈS L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix d'abonnement
doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

On s'abonne hors de Paris
dans les bureaux des Messageries et chez les Libraires
Les lettres non affranchies sont refusées.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui n'en peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS : Trois mois. . 8 fr. 50 c. — Six mois. . . 16 — Un an. . . . 30 —

POUR L'ÉTRANGER le port en sus suivant les derniers tarifs des Postes.

Paris, le 24 février 1873.

SÉANCE DE L'ACADÉMIE DES SCIENCES

On ne saurait nier que, dans l'étude des sciences, toutes les méthodes sont bonnes et également indispensables. La méthode expérimentale en physiologie, par exemple, est infiniment précieuse, et nous ne voyons pas de progrès possible sans son intervention nécessaire. Mais il en est de cette méthode comme des autres : il faut savoir s'en servir. De ce que M. Claude Bernard et quelques autres ont su tirer de cet instrument des résultats assurément merveilleux, il ne s'ensuit pas qu'il soit donné à qui que ce soit d'être un inventeur, un novateur, un savant, par ce seul fait qu'il s'adonne à l'expérimentation. Malheureusement aujourd'hui, on incline un peu trop vers l'expérimentation exclusive, et, ce qu'il y a de pis, vers l'expérimentation à outrance et quand même : expérimenter pour expérimenter, telle est, ce me semble, la devise des futurs archontes de la physiologie.

Hélas ! de l'expérimentation, faites-en tant que vous le pourrez ; mais, de grâce, que cette expérimentation soit utile aux progrès de la science, qu'elle ait au moins un but logique et défini. C'est ce qui n'arrive pas toujours, et nous empruntons nos exemples à bonne source, comme nous allons le prouver.

M. P. Bert adresse à l'Académie une note intitulée : *Recherches expérimentales sur l'influence que les changements dans la pression barométrique exercent sur les phénomènes de la vie.* Cette note est la huitième, et M. P. Bert ne s'occupe, dans celle-ci, que de la pression barométrique sur l'état du sang, ou, pour être plus exact que l'auteur, *de l'influence toxique de l'oxygène accumulé dans le système circulatoire sous l'influence d'une forte pression.* Quoi qu'il en soit, voici le fait : par une pression calculée, M. Bert fait pénétrer de l'oxygène pur dans les poumons d'un chien, et il a constaté que l'animal succombe lorsque le sang renferme 35 centimètres cubes d'oxygène. On sait que, dans l'état normal, le sang ne renferme que 18 à 20 centimètres cubes du même gaz.

Tel est le fait expérimental dans sa plus grande simplicité.

En deux mots, les phénomènes de l'empoisonnement par l'oxygène ressemblent beaucoup à ceux qui accompagnent l'empoisonnement par l'acide phénique. Mais je vous devine, lecteur intelligent et logique : dans quel sens, dites-vous, cette expérience peut-elle intéresser l'art ou la science ? M. Bert va vous le dire : « Mais il n'en est pas moins vrai, dit-il, que la dose toxique, mortelle, de l'oxygène dans le sang, est moins de deux fois plus considérable que la dose normale. Or, il n'est pas de poison dont nous pourrions avoir impunément dans le sang la moitié de la dose mortelle. Il est donc vrai de dire, si étrange que paraisse cette assertion, que l'oxygène est un poison plus redoutable qu'aucun autre connu. »

Voilà donc qui est convenu : l'oxygène est un poison sans pareil ; mais avant de critiquer, complétons, sur l'ensemble de cette note, les conclusions de l'auteur :

« 1° L'oxygène se comporte comme un poison rapidement mortel, lorsque sa quantité dans le sang artériel s'élève à environ 35 centimètres cubes par 100 centimètres cubes de liquide ; 2° l'empoisonnement est caractérisé par des convulsions qui représentent, suivant l'intensité des accidents, les divers types du tétanos, de la strychnine, de l'acide phénique, de l'épilepsie, etc. ; 3° ces accidents, que calme le chloroforme, sont dus à une exagération du pouvoir excito-moteur de la moelle épinière ; 4° ils s'accompagnent d'une diminution considérable et constante de la température interne. »

Dans le temps où la logique était en honneur, on n'aurait fait aucun cas de conclusions aussi peu correctes.

Et d'abord.... « Il n'est pas de poison dont nous pourrions avoir impunément dans le sang la moitié de la dose mortelle. » J'ignore si la vie du sang serait possible avec une dose double de chlorure de sodium, ou de fibrine ou d'albumine, mais ce que je sais pertinemment, c'est que l'homme le plus vigoureux ne résistera pas si l'on veut faire pénétrer dans son estomac une fois plus d'aliments qu'il ne peut en contenir, ou bien si l'on veut faire subir à la contraction musculaire un poids double de celui qu'elle peut supporter, ou bien enfin si l'on prétend faire arriver jusqu'au cerveau une impression beaucoup trop vive pour la capacité des cellules *percevantes.* Tous ces phénomènes sont homologues ; ils représentent, dans des organes divers, ce que M. Bert obtient en faisant pénétrer dans le système circulatoire une plus grande quantité d'oxygène qu'il n'y en a dans l'état normal. Dirons-nous, pour cela, que les aliments à trop haute dose, les poids trop lourds, les impressions trop vives, sont des poisons *terriblement mortels?* Non, ce serait le chaos, et cependant c'est M. Bert qui nous conduit là.

« L'oxygène se conduit comme un poison rapidement mortel... » Voyez-vous un poison *rapidement mortel* qui a besoin, pour agir, lorsqu'on emploie l'air ambiant, d'une pression de 22 *atmosphères* (pression mesurée par M. Bert) ?

« Ces accidents sont dus à une exagération du pouvoir excito-moteur de la moelle. »

Et le cerveau est donc étranger à ces accidents ? Il me semble cependant qu'une dose double d'oxygène ne doit pas être sans effet sur lui. M. Bert, d'ailleurs, n'a-t-il pas parlé *d'un certain désordre intellectuel* de l'animal ?

Faites des expériences si c'est votre plaisir ; mais, avant de conclure et de publier, faites-nous la grâce d'examiner si vos expériences ont un but utile, ou, tout au moins, si elles prouvent ce que vous avez prétendu prouver.

— Dans le numéro du 3 décembre 1872, nous avions fait connaître le résultat des expériences de M. Laboulbène sur les variations de la température centrale du malade avant et après l'opération de la thoracentèse. A ce sujet, nous avions observé que M. Laboulbène ne nous enseignait rien d'utile en nous disant qu'après l'opération susdite le thermomètre, introduit dans le rectum du malade, accusait une augmentation de *deux dixièmes* de degré centigrade.

L'éminent praticien revient de nouveau à la charge avec deux observations nouvelles, ce qui prouve, soit dit en passant, que l'opération de la thoracentèse lui est familière ; mais cette fois il a pour but, tel est le titre de sa note, de nous faire connaître *la cause de l'élévation de la température centrale chez les malades atteints de pleurésie aiguë et chez lesquels on vient de pratiquer l'opération de la thoracentèse.* D'après l'auteur, cette augmentation *de 2 ou 3 dixièmes de degré centigrade* est constante, et, pour la mesurer exactement, « il faut attendre un certain temps chez les malades craintifs et qui retiennent leur respiration, en immobilisant le côté où avait lieu l'épanchement. » La cause de cette augmentation, vous vous en doutez bien un peu, lecteur, n'est pas précisément dans la soustraction du liquide épanché, mais *dans le retour à l'état fonctionnel normal du poumon auparavant refoulé par l'épanchement.* Voilà de ces vérités qu'on ne saurait trop faire connaître *urbi et orbi.* Il est vrai qu'au point de vue du diagnostic, du pronostic ou du traitement, cette vérité nous intéresse peu, nous, modestes praticiens. Cependant l'auteur nous permettra une critique bien anodine. La note est intitulée : *Sur la cause*, etc., etc. Il nous a bien dit ce qu'il croit être la véritable cause, mais nous en a-t-il donné une preuve expérimentale ? Non. Il a sans doute oublié de faire l'expérience. Tant pis ; par le temps qui court, *point d'expérience, point de science !*

C'était cependant bien simple. Pourquoi M. Laboulbène n'a-t-il pas pensé à prendre la température centrale de ses malades quand ils étaient parfaitement guéris ? Ces chiffres, comparés à ceux qu'il avait recueillis avant et après l'opération, pouvaient lui donner des indications très-précieuses, et, dans tous les cas, compléter d'une manière utile les éléments qu'il s'était chargé de résoudre.

— A l'occasion de notre dernière appréciation sur le travail de M. Papillon, notre honorable confrère nous prie de ne pas le confondre avec les chimiâtres.

« La *Gazette des Hôpitaux*, dit-il, me range parmi les ultra-chimistes, parmi les chimiâtres qui s'imaginent que la physique et la chimie contiennent le secret de la vie, parmi les investigateurs jaloux de connaître les lois des transmutations organiques, dans l'espérance de ramener un jour les énergies de la nature animée à celles de la nature mécanique. C'est absolument le contraire que je pense, c'est absolument le contraire que j'ai imprimé et répété, depuis bientôt dix ans, dans une série de publications qu'il serait indiscret de citer ici, mais dont je maintiens, aujourd'hui plus que jamais, la doctrine inspiratrice.

La machine animale a des lois : les unes réductibles au mécanisme physico-chimique, les autres irréductibles, spécifiques et autonomes. Ces lois, soumises toutes à un déterminisme absolu, ne peuvent être découvertes qu'avec les méthodes qui supposent préalablement un tel déterminisme, et c'est le grand ouvrage qui occupe aujourd'hui les physiologistes les plus éminents du monde, qui séduit les humbles disciples comme moi, et leur donne le courage nécessaire à l'investigation. La *Gazette des Hôpitaux* paraît n'accorder qu'une foi restreinte à l'existence de ces lois. Je n'entreprendrai pas de la convertir. En même temps, elle croit à l'essentialité, à la spécificité indéfectible de la vie, et s'en autorise pour signaler les illusions décevantes et les impasses du matérialisme scientifique. Ici je suis pleinement d'accord avec elle, et j'affirme que je ne mérite pas le reproche qu'elle m'a adressé en me représentant comme occupé à chercher le secret de la vie dans un creuset. Le secret de la vie est ailleurs. Il est dans un creuset d'une autre espèce : dans le creuset que le grand Buffon appelait « l'esprit ! »

Dont acte.

HOPITAL DES ENFANTS MALADES. — M. Bouchut.

Nouvelles observations de pleurésie purulente guérie sans fistule par la ponction avec l'aspirateur Dieulafoy.

Le travail sur l'aspiration du pus de la plèvre dans la pleurésie purulente, publié par la *Gazette des Hôpitaux*, a mis la question à l'ordre du jour de toutes les sociétés médicales.

De toute part, et sans y être préparé par des observations cliniques, on a discuté pour savoir s'il était possible de guérir une pleurésie purulente par l'aspiration pneumatique et sans déterminer de fistule pleurale entre les côtes. Les faits que j'ai publiés ont tranché la question d'une façon affirmative. En voici deux nouveaux, qui confirment ce que j'ai soutenu dans mon mémoire. Dans la première, il a suffi d'une seule ponction, et dans la seconde, la guérison n'a été complète qu'après la onzième.

Obs. I. — *Pleurésie purulente droite. — Une thoracentèse par aspiration pneumatique. — Guérison.*

Jeanne M..., âgée de trois ans, entrée à l'hôpital des Enfants-Malades, salle Sainte-Catherine, n° 31, service de M. Bouchut, le 21 juillet 1871, et sortie le 22 août.

Jeanne qui avait été malade le 9 du mois de mai d'une pneumonie, était assez bien guérie pour retourner à l'école ; mais le 6 juillet, dit-on, elle tomba malade de nouveau. Pour moi, c'est la même maladie, qu'on avait cru être guérie à la fin du mois de mai, qui avait continué, et ce qu'on avait songé n'être qu'une pneumonie était une pleurésie.

Quoi qu'il en soit, vers le 6 juillet, l'enfant se plaignait de douleurs dans le dos et dans la poitrine. Elle était faible, triste, peu en train de jouer et continuait à manger.

Comme cet état de souffrance se prolongeait, on l'amena à l'hôpital.

L'enfant est pâle, amaigrie, respire difficilement et offre, avec la fréquence et la brièveté de sa respiration diaphragmatique, des mouvements continuels dans les ailes du nez.

Le côté droit de la poitrine est largement dilaté, les espaces intercostaux tendus, effacés, et le cœur, repoussé à gauche sous l'aisselle, laisse voir les battements de la pointe au milieu de l'arc

du septième espace intercostal. Il n'y a aucune résonnance vocale des parois thoraciques, et la matité est absolue sous la clavicule, dans le creux axillaire et dans toute la hauteur en arrière. Partout aussi en avant, comme en arrière, il y absence de bruit respiratoire.

L'enfant, fort pâle, tousse un peu, est très-gênée à respirer, mange peu et a une fièvre continue assez forte. Cet état annonçant une suffocation prochaine, je résolus de faire la thoracentèse par la succion de l'aspirateur pneumatique, et l'opération fut pratiquée le 23 juillet.

Je retirai 300 grammes de liquide séro-purulent verdâtre, d'une odeur extrêmement fétide. Aussitôt la matité disparut, le cœur revint à sa place et on entend dans toute la poitrine, en avant comme en arrière, jusqu'à la base du poumon, le murmure vésiculaire.

Le soir, sous la clavicule, existait un bruit de percussion tympanique, un peu de rudesse dans l'inspiration avec de l'expiration prolongée. En arrière, s'entendait partout le murmure vésiculaire normal.

24 juillet. — L'enfant est très-bien, gaie et respire avec facilité. Son visage est rosé et exprime le bien-être. Elle a peu de fièvre, car le matin 38°, le soir 38°,4; A. Elle a bien mangé et la respiration normale s'entend dans tout le poumon droit.

25 juillet. — L'amélioration persiste et l'épanchement ne se reproduit pas. Partout on entend le murmure vésiculaire, et sous la clavicule existe un bruit de pot fêlé très-manifeste. Bon appétit, peu de fièvre, 38° A. le matin et 39° le soir.

26 juillet. — Même état, sauf le bruit de pot fêlé qui a disparu. Bon appétit, peu de fièvre. 38° A. le matin et 38°,6 le soir.

27. — Pas de fièvre. 46°,4 A. le matin et 37°,8 le soir.

28. — Même état. L'épanchement ne se reproduit pas et l'enfant, dont le visage est rosé, mange assez bien. T' A, 37° le matin, 38°,2 le soir.

30 et 31 juillet. — L'enfant est toujours très-bien. Elle ne tousse plus, respire bien et son épanchement purulent ne s'est pas reproduit. Elle n'a pas de fièvre, car ces deux jours la température est restée à 37° le matin et 37,2 le soir.

Elle sort de l'hôpital complétement guérie le 22 août.

Obs. II. — *Pleurésie purulente.— Onze ponctions avec l'aspirateur pneumatique. — Guérison.*

Eugénie B..., âgée de dix ans, atteinte de la teigne, se trouvait dans la salle Sainte-Marthe, hôpital des Enfants-Malades, pour y être traitée de cette affection, lorsque, le 28 juillet 1872, elle tomba malade. Elle avait de la fièvre et se plaignait de douleurs dans le ventre et d'un point de côté. Le 1er août, elle s'alita; le 3, elle eut quelques vomissements.

Comme son affection se prolongeait, on la fit entrer, le 4 août 1872, dans la salle Sainte-Catherine, service de M. Bouchut, n° 25.

On la trouve alors dans l'état suivant : la fièvre est assez vive, la peau est sèche et brûlante, il y a 136 pulsations et 56 respirations par minute; la température est de 39°,4. L'enfant se plaint d'une douleur vive dans le côté droit, et le poumon de ce côté est douloureux. Quand on fait asseoir l'enfant sur son lit, on remarque une déviation du thorax, qui est incliné du côté droit. L'exploration physique donne les résultats suivants : par la percussion, on trouve de la matité dans toute la partie inférieure du côté droit, jusqu'à l'angle de l'omoplate, et du son tympanique sous la clavicule droite. L'auscultation fait entendre du souffle bronchique vers l'angle de l'omoplate, et un peu d'égophonie.

Traitement alcoolìture de bryone : 1 gramme.

6 août. — L'état de la petite malade est à peu près le même que l'avant-veille. L'épanchement paraît plutôt augmenter que se résoudre. En effet la fièvre persiste.

On observe toujours une légère incurvation du côté droit de la poitrine, avec dilatation à gauche, c'est-à-dire du côté sain. Il y a de la matité au-dessous de l'omoplate, de la submatité au niveau de cet os, et un son légèrement tympanique sous la clavicule droite. On trouve toujours du souffle bronchique et de l'égophonie à la partie interne de l'omoplate. Les vibrations thoraciques sont abolies à la base du thorax.

Traitement. — Trois sangsues *loco dolenti*; potion avec alcoolature de bryone : 2 grammes.

8 août. — L'épanchement paraissant assez abondant, M. Bouchut pense qu'il est utile de l'évacuer. L'opération est faite avec l'appareil aspirateur de Dieulafoy. L'aiguille est introduite dans le sixième espace intercostal, sur la ligne axillaire. On retire 170 grammes d'un liquide clair, jaunâtre, séro-fibrineux.

L'enfant se trouve soulagée et accuse elle-même un mieux-être. Après l'opération, il y a quelques efforts de toux. Le son tympanique a disparu au-dessus de la clavicule droite.

13 août. — L'épanchement s'est reproduit. Il y a du souffle bronchique prononcé. Le cœur est refoulé de 3 ou 4 centimètres vers la gauche, et la pointe bat vers le huitième espace intercostal, au dessus et en dehors du mamelon.

Bon appétit; fièvre modérée.

2e *thoracentèse*, qui donne issue à 330 grammes de liquide séreux d'abord, puis purulent, épais et jaunâtre.

Purée de viande crue : 300 grammes. Vin de quinquina : 100 grammes.

14 août. — L'état de l'enfant est bien meilleur. La température est notablement abaissée. La position vicieuse du thorax persiste encore, mais la respiration s'entend dans tout le côté droit de la poitrine; la matité ne commence qu'au-dessous du mamelon, et le cœur a repris sa place normale.

Même régime de viande crue et de vin de quinquina.

20 août. — L'épanchement s'est reproduit. Tout le côté droit est mat du haut en bas. La respiration ne s'entend qu'au sommet en arrière, sous la clavicule et dans le creux de l'aisselle.

3e *thoracentèse*, donnant 300 grammes de pus.

Même régime à la viande crue et au vin de quinquina.

21 août. — L'épanchement s'est reproduit dans les mêmes proportions et refoule le cœur à droite.

24 août. — L'état général est peu satisfaisant. L'enfant prend un teint blafard et a de la fièvre le soir.

Même régime.

27 août. — Une 4e *thoracentèse* donne issue à 300 grammes de pus, et l'on fait ensuite un lavage de la plèvre avec de l'eau alcoolisée. Après l'opération, on constate que le murmure respiratoire s'entend bien de haut en bas.

Viande crue : 300 grammes. Vin de quinquina. Bouillons.

2 septembre, 5e *thoracentèse*, amenant 290 grammes de pus légèrement sanguinolent. Après l'évacuation du liquide, lavage de la plèvre avec l'eau alcoolisée.

10 septembre. — Il semble que l'épanchement, après s'être reproduit, se soit en partie résorbé, car on entend aujourd'hui le murmure respiratoire un peu éloigné, mais distinct; tandis qu'on ne l'entendait pas il y a quelques jours.

Même régime.

11 septembre. — On fait une 6e *thoracentèse*, qui donne issue à une petite quantité de pus, et l'on fait suivre l'opération d'un lavage de la plèvre avec l'eau alcoolisée.

Même régime.

18 septembre. — 7e *thoracentèse*, à la suite de laquelle on fait une injection d'eau de chaux. A la fin de l'opération, on voit apparaître dans l'appareil des bulles de gaz, lequel recueilli sous une éprouvette, paraît être de l'acide carbonique. Ce gaz éteint une allumette enflammée et blanchit l'eau de chaux.

19 septembre. — Il y a une hydro-pneumothorax, comme le prouve la percussion hippocratique et le son tympanique. Il n'y a pas de tintement métallique.

25 septembre. — Il y a épanchement de liquide et de gaz dans la plèvre, ce que montre la résonnance tympanique du sommet, la matité à la base et le bruit de flot par la succussion.

8e *thoracentèse*, qui donne issue à du pus et à des gaz. L'opération est suivie d'un lavage de la plèvre avec l'eau alcoolisée.

Après l'opération, le bruit de percussion hippocratique a disparu, et la température reste normale.

Même régime.

5 octobre. — Même situation d'hydro-pneumothorax avec bruit de flot par la succussion. L'état général se maintient en assez bon état.

9e *thoracentèse*, qui donne issue à une petite quantité de pus.

9 octobre. — Même état. Le liquide et les gaz se sont reproduits. L'enfant pâlit et maigrit beaucoup. Elle a de la fièvre avec exacerbation le soir. Elle a peu d'appétit, mais prend toujours sa purée de viande crue.

10e *ponction*, qui permet de retirer du pus et quelques gaz à la fin de l'opération. Injection d'eau alcoolisée.

17 octobre. — Même état. 11e *ponction* et nouvelle injection d'eau alcoolisée.

Même régime.

18 octobre.— Il n'y a plus de signes d'hydro-pneumothorax. Mais il y a encore de l'épanchement jusqu'à l'angle inférieur de l'omoplate. Depuis hier, l'enfant crache abondamment du muco-pus, et nous trouvons le crachoir de la petite malade rempli de pus verdâtre. L'état général n'est pas très-bon. L'enfant est pâle, maigre, et mange peu.

19 octobre. — Même état. Dans le 8e espace intercostal, on fait une ponction fruste, ce qui s'explique par la situation trop basse de la ponction.

L'enfant étant très-faible, on ne juge pas à propos de ponctionner un espace intercostal supérieur, et on remet l'opération à un autre jour. Même régime.

Tous les phénomènes diminuèrent progressivement les jours suivants et l'appétit revint peu à peu. On entendit la respiration dans toute la poitrine, qui ne subit aucun rétrécissement. Les forces revinrent peu à peu. L'enfant reprit sa gaieté et se mit à jouer avec ses camarades, debout dans la salle et pouvant courir avec facilité.

Elle sort le 16 novembre, complétement guérie, sans déformation ni fistule thoracique.

Dans cette observation, qui dura trois mois et demi, on voit une pleurésie aiguë, séreuse, devenant purulente au neuvième jour, donnant lieu à un épanchement assez abondant pour refouler le cœur à droite.

Des aspirations furent faites successivement et suivies d'injections d'eau de chaux ou d'eau alcoolisée. Puis, au bout d'un mois et demi, il se fit un hydro-pneumothorax, ce qui n'empêcha pas de continuer les ponctions. Onze aspirations furent faites dans ces trois mois, et à l'aide d'un régime substantiel à la purée de viande crue associée au vin de quinquina, l'enfant guérit complétement sans fistule thoracique.

Ainsi, en deux ans, j'ai guéri six enfants atteints de pleurésie purulente par l'aspirateur pneumatique sans déterminer de fistule pleuro-cutanée.

La première a été guérie après trente-trois thoracentèses; la seconde après deux thoracentèses; le troisième après six ponctions; le quatrième après cinquante et une ponctions; la cinquième après une ponction; la sixième après onze thoracentèses.

Après de tels résultats, je puis affirmer que, dans la pleurésie purulente, des ponctions successives faites une ou deux fois la semaine avec l'aspirateur pneumatique, peuvent tarir la source de la suppuration et guérir la maladie sans fistule consécutive.

LUXATION INCOMPLÈTE DU GENOU DROIT EN DEHORS

GUÉRISON

Par M. Sonrier, médecin principal.

Les luxations du genou sont si rares, les désordres pathologiques d'une articulation aussi solide rendent leur pronostic si grave, leur terminaison laisse si souvent à désirer sous le rapport des fonctions du membre, que nous avons cru intéresser les lecteurs de la *Gazette des Hôpitaux* en publiant cette observation, dont la guérison est radicale sans ankylose, sans claudication et sans faiblesse consécutive.

Prosper B...., 15 ans, tempérament mélangé, maçon aux Loges, près Versailles, tombe, le 23 septembre, d'une hauteur de 6 mètres, sur un tas de moellons, et se luxe le genou droit.

Le médecin de Jouy, après quelques tentatives douloureuses, nous fait appeler, M. Liénard et moi, pour réduire cette luxation.

Nous trouvons le malade dans le décubitus dorsal, la jambe dans l'extension et le pied légèrement dévié en dehors. Douleur obtuse que le moindre mouvement réveille atroce. Déformation considérable du genou, constituée par une double saillie du condyle interne du fémur en dedans, et de la tubérosité du tibia en dehors. La rotule, qui a suivi ce mouvement, est oblique de bas en haut et de dehors en dedans, fortement appliquée sur le condyle externe. L'axe de la jambe ne correspond plus à celui de la cuisse, et en plongeant le doigt dans cette double dépression, on sent la tête du condyle interne qui surplombe d'environ 4 à 5 centimètres, et en dehors, la cavité glénoïde du tibia; le condyle externe se trouve donc sur la tubérosité interne du tibia, aussi la largeur du genou est-elle de 15 à 16 centimètres. Empâtement du membre avec épanchement hématique déjà considérable, deux heures après l'accident; ecchymose prononcée au niveau des ligaments latéraux : sentiment de formication dans le mollet; pulsations artérielles difficilement perçues derrière la malléole, et à la pédieuse, refroidissement sensible du pied.

Lorsque, par l'anesthésie, la résolution est complète, on exerce une légère traction sur le pied, tandis qu'avec mes deux mains, appliquées près de l'interligne articulaire, et agissant en sens opposé, je ramène facilement et sans bruit les surfaces luxées dans leur position normale , la déformation s'efface, et l'ondée sanguine reparaît aussitôt à la tibiale postérieure.

On applique un bandage compressif, le membre est maintenu dans l'immobilité absolue : glace en permanence.

24 septembre. — Insomnie complète, frisson qui a duré toute la nuit, fourmillements dans le mollet; sensibilité intacte, pouls à 64, régulier, normal; peau modérément chaude; douleurs lancinantes dans le genou, qui est tuméfié. — Bouillon, même traitement.

2e jour. — Nuit agitée, somnolence troublée par des rêvasseries pénibles; pouls à 96, développé; tuméfaction considérable du genou, avec pulsations douloureuses; langue saburrale, inappétence, soif modérée. Même régime et traitement.

Le membre est placé dans une boîte de Baudens. 20 sangsues et glace continue pour combattre l'arthrite imminente.

3e jour. — Sommeil calme de plusieurs heures, faciès excellent avec teinte subictérique, frissons erratiques dans la jointure, toujours énormément tuméfiée, chaude et fluctuante; ecchymoses plus accentuées des deux côtés de la rotule; empâtement douloureux de la cuisse, avec traînées de lymphangite de nuance bleuâtre. Pouls à 96, développé. Glace en permanence, bouillons.

4e jour. — La journée d'hier assez bonne, léger frisson le soir, moins intense que les jours précédents. Somnolence agitée. Pouls à 96, régulier et moins développé; soif modérée, appétence, langue plus nette; le genou a conservé sa tuméfaction rénitente, élastique; les ecchymoses et traînées de lymphangite ont pâli ; œdème de la jambe, sans cependant laisser d'impression digitale; pied droit plus chaud, élancements articulaires disparus, fourmillements dans le creux poplité.

Même régime. Glace sur le genou en permanence.

5e jour. — Bonne nuit, sommeil réparateur, fluctuation plus sensible sous la rotule, qui devient plus mobile, plus dépressible sur les condyles; léger mouvement fébrile tous les soirs; une selle noirâtre. Bouillons, glace continuée. 10 sangsues sur le genou.

6e jour. — Sommeil agité; pouls à 100, développé. État général assez bon. Prescription *ut supra*.

7e jour. — Sommeil placide, langue saburrale, un peu sèche, embarras gastrique; pouls à 100, développé; genou indolore avec fluctuation plus manifeste. Glace et même régime.

(*A suivre.*)

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 5 février 1873 (1). — Présidence de M. Trélat.

M. DUPLAY fait un rapport verbal sur un travail de M. Terrier, relatif à la ponction et à l'aspiration dans la hernie étranglée.

Voici l'observation de M. Terrier :

Hernie crurale volumineuse et étranglée. Aspiration avec l'appareil Dieulafoy sans succès. Opération et guérison. — Depuis quelque temps, vous le savez tous, l'attention des praticiens a été attirée sur l'emploi de l'aspiration sous-cutanée dans le traitement des hernies devenues irréductibles par étranglement.

Si, d'un côté, quelques chirurgiens ont obtenu des succès incontestables, consignés pour la plupart dans la thèse inaugurale de M. Autun (1871); d'un autre côté, les résultats obtenus par cette méthode nouvelle ont été moins satisfaisants, et après son emploi rationnel, des chirurgiens ont été obligés de recourir à la classique opération de la hernie étranglée.

Chargé d'un service temporaire à l'hôpital de la Pitié, j'ai eu précisément l'occasion de pratiquer l'aspiration sous-cutanée dans le but d'obtenir la réduction d'une hernie crurale volumineuse. Je n'ai pu réussir à faire rentrer l'intestin, j'ai dû recourir à l'opération; mais je dirai de suite, que cette tentative infructueuse n'a influé en rien sur le résultat définitif, et que la malade a parfaitement guéri des accidents de sa hernie.

Voici cette observation :

A. B..., 46 ans, entre à l'hôpital de la Pitié, le 28 août 1872 (salle Saint-Augustin, n° 5); les renseignements fournis par la malade sur l'origine de sa hernie sont les suivants : il y a dix-sept ans environ, pendant qu'elle se livrait à un travail pénible, elle s'aperçut d'une grosseur au pli de l'aine droite; un médecin appelé immédiatement put réduire cette tumeur, et dit qu'elle avait une hernie. Depuis cette époque, la tumeur herniaire s'est très-fréquemment reproduite; et, au dire de la malade, la hernie était même assez habituellement sortie. Cependant, lorsque la tumeur était saillante depuis un certain temps, elle devenait gênante, douloureuse, et ces légers accidents disparaissaient par la réduction d'ailleurs facile et complète, si l'on en croit la malade. Jamais il n'a été porté de bandage, fait important à noter, comme on le sait.

Le mercredi 27 août, vers cinq heures du soir, la tumeur devint très-douloureuse ; les tentatives de réduction faites par la malade n'eurent aucun succès; des accidents survinrent, les vomissements furent assez abondants et verdâtres. Un médecin appelé pratiqua le taxis après un bain prolongé, mais il ne put rien faire rentrer. La nuit fut mauvaise, les vomissements continuèrent, la malade ne rendit ni gaz ni matières par l'anus.

Le jeudi matin (28), on apporte la malade à l'hôpital, et elle est examinée vers dix heures et demie. L'état général n'est pas mauvais ; la face est très-légèrement grippée, la langue blanche, les vomissements peu fréquents et porracés. Pas de ballonnement du ventre, pas de douleurs à la palpation des parois abdominales; la hernie seule est le siége de souffrances assez vives exaspérées par la pression et les tentatives de réduction.

Dans la région inguinale droite, on trouve une tumeur assez volumineuse offrant l'aspect et les dimensions d'un gros œuf, dont le grand diamètre serait parallèle au ligament de Fallope. Le volume de la hernie, sa direction, sa situation empiétant un peu vers la paroi abdominale, me firent hésiter sur le diagnostic; toutefois, après un examen attentif, je me rattachai à l'idée d'une hernie crurale volumineuse.

La tumeur est tendue, élastique, sonore à la percussion dans toute sa partie antérieure et externe, offrant, au contraire, un peu de matité vers la partie interne, du côté du pli génito-crural. En somme, on acquiert ainsi la certitude que c'est une entéro-épiplocèle. D'ailleurs, le pédicule de la hernie, bien que profondément situé et difficile à explorer, offre des dimensions telles, qu'on peut presque affirmer la présence à ce niveau d'une masse épiploïque considérable.

Une tentative de taxis, sans chloroforme, ne donne aucun résultat; c'est alors que, tenant compte du volume et de l'ancienneté de la hernie, de l'absence de tout moyen de contention, enfin de la nature de son contenu et des accidents généraux assez peu accusés, je crus devoir essayer l'aspiration. Malheureusement, je n'avais à ma disposition qu'un aspirateur de petit modèle; aussi la manœuvre opératoire fut-elle un peu plus pénible, en ce sens, qu'après chaque ponction, on fut obligé d'amorcer la seringue un certain nombre de fois.

Je fis donc, avec l'aiguille n° 1, une première ponction au niveau de la partie sonore de la tumeur, c'est-à-dire en haut et en dehors; je pénétrai manifestement dans l'intestin, car j'aspirai une certaine quantité de liquide grisâtre, ayant tout à fait l'aspect des matières contenues dans l'intestin grêle. Un quart de verre fut ainsi retiré, et avec ce liquide furent évacués également des gaz ayant peu d'odeur. La tumeur s'affaissa et diminua rapidement de près de moitié; la malade accusa de suite un certain soulagement; toutefois cet amendement dans les symptômes locaux fut de courte durée. C'est que les gaz renfermés dans les anses intestinales encore contenues dans l'abdomen, arrivaient avec une extrême facilité dans l'anse herniée et la distendaient avec une certaine force.

L'aiguille retirée, je pratiquai immédiatement le taxis avec précaution et sans y mettre trop d'insistance; il n'y eut pas l'ombre d'une réduction, bien au contraire, la tumeur paraissait augmentée et distendue par des gaz.

Dans l'après-midi, on donna un grand bain à la malade, et l'interne, M. Richelot, fit immédiatement après le bain une tentative de taxis avec chloroforme. De plus, deux nouvelles ponctions furent pratiquées avec l'aiguille n° 1; l'aspirateur ne se remplit que de gaz intestinaux, et encore d'une façon très-incomplète, paraît-il; la tumeur ne diminua guère et ne put être réduite. On continua les cataplasmes sur la hernie et on crut devoir administrer un purgatif (jalap de scammonée), qui fut aussitôt rejeté avec des matières verdâtres.

Je revis la malade vers cinq heures du soir, les symptômes d'étranglement s'étaient accentués, le ventre était augmenté de volume, il existait une tympanite très-accusée, la malade avait de la fièvre et se plaignait beaucoup. Je résolus d'opérer aussitôt, soit vingt-quatre heures après l'apparition des premiers phénomènes morbides.

La malade est chloroformée; une incision de 4 à 5 centimètres est faite sur la partie saillante de la tumeur, et dirigée, suivant son grand axe, en bas et en dedans, c'est-à-dire parallèlement au pli de l'aine. Les plans cellulo-fibreux sous-jacents sont sectionnés couche par couche et directement jusqu'à la paroi du sac, très-facile à reconnaître. Cette paroi intéressée, il s'écoule une cetaine quantité de liquide séreux, et l'incision est largement complétée en dedans et en dehors. L'on voit aussitôt une anse d'intestin grêle de 6 à 8 centimètres de long fortement distendue par des gaz, injectée de sang et entourée surtout en bas et en dedans par une masse épiploïque assez volumineuse et congestionnée.

Pour bien examiner l'état de l'intestin hernié, j'agrandis et l'incision cutanée et celle de l'ouverture du sac; nulle part on ne constate la moindre trace des piqûres faites par l'aiguille de l'aspirateur, et je puis assurer les avoir recherchées avec soin, d'autant que je m'attendais à un tout autre résultat. D'ailleurs le fait a été

(1) Suite. — Voir les numéros des 15, 18 et 22 février 1873.

vérifié par mes deux collègues de l'École pratique, MM. Berger et Richelot.

Je cherchai le collet du sac. Il était fort étroit et semblait situé immédiatement au-dessous de l'arcade crurale. En ce point, l'intestin paraissait presque complétement entouré par l'épiploon. Toutefois je pus débrider en haut et en dehors en faisant d'ailleurs deux petites incisions. Ceci fait, l'intestin, essuyé avec soin, je pressai doucement pour faire rentrer l'anse herniée, et je remarquai qu'elle ne contenait que des gaz. La réduction fut facile, elle se fit en quelque sorte spontanément dès que les deux tiers de l'anse furent repoussés dans l'abdomen. Je laissai l'épiploon au dehors, espérant qu'il pourrait jouer le rôle d'un bouchon par rapport à l'ouverture, et je me crus d'autant plus autorisé à tenir cette conduite, que la malade, atteinte d'une vieille bronchite chronique, toussait incessamment et avec de violents efforts.

Un cataplasme fut appliqué sur la plaie, je prescrivis de l'extrait d'opium.

Cette administration d'opium fut encore continuée pendant trois jours. A part un léger écoulement sanguin, survenu le 1er et le 2 septembre, les phénomènes du côté de la plaie marchèrent assez régulièrement. Un suintement séreux, d'abord considérable, céda au bout d'une huitaine de jours et fit place à un écoulement séro-purulent assez abondant qui ne tarda pas à diminuer; une partie de l'épiploon laissée dans la plaie se mortifia; l'autre partie fut détruite par le perchlorure de fer et deux applications de canquoin. On pansait avec l'alcool phéniqué.

L'état général fut immédiatement amendé par l'opération. Dès le soir, des gaz furent éliminés par l'anus. Toutefois, ce ne fut que le sixième jour qu'il y eut des selles abondantes et diarrhéïques. Cette évacuation parut même coïncider avec quelques phénomènes de congestion vers la séreuse de l'abdomen, fait intéressant à signaler.

Toutefois, la santé de la malade sera longue à se rétablir à cause de sa bronchite chronique datant de vingt ans, bronchite qui donnait lieu à des troubles circulatoires, à une oppression constante, et à une toux presque continuelle, une expectoration abondante.

Vers le 1er octobre, cette bronchite, devenue aiguë, nécessita même l'application de révulsifs sur le thorax et un traitement interne rationnel. La malade se plaignait aussi de cystite du col et fut sondée. Tous ces symptômes s'amendèrent, et la plaie était complétement cicatrisée vers le 15 octobre, époque à laquelle nous quittâmes le service.

Nous avons vu la malade la semaine dernière; elle était bien portante et la plaie était complétement cicatrisée. Il faut ajouter que sa hernie crurale s'est reproduite, malgré l'existence d'un bouchon épiploïque assez volumineux, phénomène qui d'ailleurs n'a pas lieu de surprendre beaucoup.

En résumé, nous avons eu affaire à une entéro-épiplocèle d'un volume considérable pour une hernie crurale. Cette tumeur, qui n'avait jamais été maintenue, présentait, au début, les caractères cliniques assignés par Malgaigne à l'inflammation herniaire, soit des phénomènes locaux accusés et des phénomènes généraux peu graves, au moins relativement à ce qui arrive dans les hernies crurales nettement étranglées. Les tentatives de taxis ne réussissant pas, nous avons cru devoir faire la ponction pour diminuer le volume de l'intestin hernié et agir plus efficacement par de nouvelles tentatives de réduction. Un moment, la tumeur ayant très-notablement diminué de volume, nous avons cru pouvoir réussir; mais l'anse herniée n'a pas tardé à se remplir très-vite de gaz intestinaux, fait curieux au point de vue du mécanisme de l'étranglement primitif formulé par O'Beirne et adopté par le professeur Gosselin.

Deux nouvelles tentatives d'aspiration sous-cutanée faites par M. Richelot ne réussirent pas mieux; l'anse intestinale, toujours très-distendue par les gaz, ne diminuait même plus de volume, ce qui peut s'expliquer par l'exiguïté de la pompe de l'aspirateur employé.

L'opération fut faite dans de bonnes conditions, c'est-à-dire dans les vingt-quatre premières heures de l'étranglement; et, chose importante à signaler, c'est que, malgré trois ponctions répétées dans un intervalle de six heures, il n'y avait aucune trace appréciable de lésion des parois intestinales, fait vérifié, je le répète, non-seulement par moi, mais par les deux internes du service, aides d'anatomie à la Faculté.

Comme on l'a vu, j'ai dû pratiquer deux petits débridements en dehors, pour faire rentrer l'intestin, et j'ai eu soin de l'immobiliser aussi longtemps que possible en administrant de l'opium. Il m'a semblé que, dans les diverses circonstances où j'ai vu employer cette méthode, on n'avait eu qu'à s'en louer.

En somme, dans le cas actuel, si l'aspiration n'a pas donné de résultats heureux, sa pratique n'a nullement aggravé l'état de la hernie et n'en a pas entravé le traitement en quelque sorte classique, c'est-à-dire le débridement du collet du sac et la réduction immédiate de l'anse herniée.

M. VERNEUIL annonce qu'il déposera sur le bureau, à la prochaine séance, une observation inédite relative au même sujet.

(A suivre.)

VARIÉTÉS

Un nouvel hôpital à Saint-Pétersbourg.

On vient d'inaugurer, à Saint-Pétersbourg, un nouvel hôpital protestant. On lira avec intérêt les détails que donne le *Journal de Saint-Pétersbourg* sur cet établissement :

Le bâtiment extérieur, grand édifice en briques rouges, dont la couleur n'a été altérée par aucun revêtement en plâtre, offre l'aspect d'un vaste château moyen âge, avec ses toits mansardés, ses créneaux, ses balcons en fer, et même son donjon, que représente assez bien la tour de l'horloge. Cette construction est, ainsi que tous les aménagements intérieurs, l'œuvre de l'architecte Bernhardt, professeur à l'Académie des beaux-arts, et de M. l'académicien Hippius.

A l'intérieur, on rencontre d'abord, au haut d'un escalier de parade largement disposé, une fort belle église gothique, avec de hautes fenêtres aux vitraux coloriés, et des statues placées dans des niches en pierre. Cette église, qui n'est pas entièrement terminée, n'a pu être inaugurée. De là on passe dans une suite de vastes salles, bien aérées et très-confortablement meublées, avec parquets et poêles en faïence d'une forme toute particulière, à feu constamment ouvert et à ventilateurs très-ingénieusement disposés. Là sont rangés les lits des malades. Ce sont les salles communes. D'autres salles ne contiennent que trois ou quatre lits.

Des salles spéciales, avec leur mobilier particulier, sont réservées pour les maladies contagieuses. Enfin des chambres à un lit, très-confortablement meublées, sont destinées aux personnes qui désirent se faire soigner particulièrement comme pensionnaires, en payant par mois à l'hôpital une somme fixée d'avance et très-modérée. On trouve dans ces petites chambres une telle élégance de bon goût, que les malades qui les habiteront ne pourront jamais se croire dans un hôpital, mais plutôt dans un de nos meilleurs hôtels.

N'oublions pas de signaler l'existence d'une salle exclusivement réservée aux petits enfants, pour le cas où une femme malade ne pourrait point se séparer de son enfant, auquel les soins maternels seraient absolument nécessaires.

Ajoutons qu'il y a une petite maison séparée pour les phthisiques, où de belles vaches se prélassent sur une épaisse litière, dans une écurie placée à côté du dortoir, de manière que les malades puissent respirer les senteurs de l'étable, que l'on dit très-salutaires pour les maladies de poitrine. Le prince d'Oldenbourg a fait présent d'une de ces vaches nourricières.

Dans chaque chambre se trouvent disposés, près du lit des malades, des porte-voix qui communiquent, par des tuyaux en caoutchouc, avec la chambre du médecin, de manière qu'il puisse être

appelé à toute heure pour donner ses soins au malade qui demande à être secouru.

Des télégraphes atmosphériques d'une invention nouvelle, disposés dans de petites boîtes portatives semblables à une tabatière, sont aussi mis à la disposition des malades, qui peuvent les placer à leur portée et les avoir sous la main partout où ils en ont besoin.

La pharmacie, confiée exclusivement à une des sœurs de charité, est un modèle d'arrangement et de propreté, et contient une collection complète des drogues et préparations chimiques nécessaires à une pareille maison.

La salle des bains, si indispensable dans un hôpital, réalise toutes les améliorations que la science a inventées de nos jours pour le perfectionnement de cette partie médicale : bains de cuve, bains de vapeur, bains à air comprimé, douches à toutes les températures ; rien n'y a été omis.

Enfin les cuisines, qui ressemblent plutôt à l'officine d'un restaurateur de premier ordre qu'à celle d'un hôpital, sont entièrement séparées des autres pièces de l'établissement ; et le service des aliments se fait au moyen d'une machine qui traverse la maison de bas en haut, et qui, au simple appel du porte-voix, monte les plats à leur destination et redescend la vaisselle vide quand le repas est fini.

Ce qui n'est pas moins remarquable que tous les agencements que nous venons de signaler, c'est l'esprit pratique qui a présidé à la conception de cet hôpital, et qui règne dans tous les détails de son administration.

Là, point d'état-major ruineux ; point d'employés parasites qui exigent de somptueux logements et absorbent en émoluments la partie la plus claire des revenus. Tout le personnel se compose d'un médecin et de quatorze sœurs de charité qui se partagent entre elles les différents services, font tout elles-mêmes et suffisent à tout. La disposition particulière des télégraphes, des porte-voix et des machines à transporter dont nous avons parlé plus haut, en supprimant les rouages inutiles, a permis que tout pût s'accomplir avec un personnel aussi restreint.

Le seul luxe qui existe est celui du confort, qui ne laisse rien à désirer, et de l'exquise propreté. On voit que l'unique soin dont chacun se soit préoccupé, est celui du bien-être des malades. On a cherché, non-seulement à assurer le rétablissement de leur santé, mais à leur rendre agréable le séjour de cette maison, où ils seront forcés d'habiter momentanément. Le lustre des parquets, le poli brillant des ustensiles, la blancheur éclatante du linge et des rideaux, enfin la verdure et les fleurs qu'on trouve dans toutes les salles, et où l'on reconnaît la main des saintes femmes qui gouvernent ce consolant asile..., tout démontre qu'on a voulu réjouir les yeux et le cœur des pauvres malades, et leur rendre leurs souffrances plus supportables par les délicates prévenances dont ils sont entourés. Voilà la véritable charité, non celle de la bourse, mais celle du cœur.

Cet hôpital, qu'on peut appeler un établissement modèle, ne doit son existence qu'à la bienfaisance publique ; grâces en soient rendues à la générosité des donateurs, dont plusieurs, par une modestie toute chrétienne, n'ont pas même voulu se faire connaître.

Clientèle à céder gratuitement, près Paris.—Produit, 9,000 fr.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

L'Étudiant micrographe, traité pratique du microscope et des préparations, par ARTHUR CHEVALIER, O. ✻, 1 vol. de 600 pages, 600 figures : 7 fr. 50. — Delahaye, place de l'École-de-Médecine. — Catalogue illustré des microscopes, gratis, chez Arthur Chevalier, Palais-Royal.

Dictionnaire annuel des progrès des sciences et institutions médicales, par M. P. GARNIER. — 8e année. 1 vol. in-18. Prix : 7 fr. — Paris, 1873, Germer Baillière.

Le Directeur : Dr E. LE SOURD.

Paris. — Typographie A. POUCIN, quai Voltaire, 13.

N° 24. — JEUDI 27 FÉVRIER 1873. 46e ANNÉE. JEUDI 27 FÉVRIER 1873. — N° 24.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Bureaux : 57, rue des Saints-Pères, 57
PRÈS L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix d'abonnement doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

On s'abonne hors de Paris dans les bureaux des Messageries et chez les Libraires
Les lettres non affranchies sont refusées.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui n'en peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS		
Trois mois. .	8 fr. 50 c.	
Six mois. . .	16 —	
Un an. . . .	30 —	

POUR L'ÉTRANGER le port en sus suivant les derniers tarifs des Postes.

Paris, le 26 février 1873.

SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

M. Jules Guérin a repris la parole pour remplir un programme tracé dans la séance précédente, et le succès si remarquable de sa dernière improvisation l'a conduit à improviser cette fois à peu près sans notes.

C'est peut-être un tort pour une séance académique de mardi gras. Dans cette atmosphère toute spéciale des jours de fête, on écoute moins bien ce qui demanderait une certaine attention ; l'auditoire paraît distrait, et l'orateur qui improvise n'étant plus animé par lui, devient bientôt distrait lui-même. De là, moins de netteté dans l'exposition, moins de relief dans l'expression ; de là surtout des omissions considérables.

M. Jules Guérin a fort solidement traité certains côtés de la question : il s'est servi d'arguments excellents ; mais d'après son premier discours, on pouvait attendre mieux encore.

Par exemple, il a oublié complétement toute une partie très-importante de son programme, ce qui touche au classement des eaux minérales en eaux inspectées et eaux dépourvues de tout inspecteur. Et cependant, il avait dit avec raison que ce classement montrait à merveille l'esprit de la législation actuelle, et qu'il fallait absolument en tenir compte dans l'étude du régime auquel on a soumis les eaux minérales.

En effet, du moment où il existe des sources qui d'après la loi doivent être dépourvues de tout inspecteur, de tout surveillant administratif, on doit se demander d'abord quelles sont ces sources, pour savoir dans quel cas la présence d'un inspecteur cesserait de remplir le but que le législateur lui-même avait en vue.

Si ce but était de sauvegarder la santé des malades qui font usage des eaux, toute eau puissante devrait être inspectée, et au moment d'autoriser l'exploitation de quelque source, dans laquelle l'analyse chimique aurait révélé telle ou telle substance active, il faudrait de suite attacher à cette exploitation un médecin spécial, rendant effective la tutelle que se serait réservée l'État. Alors il serait vrai de dire, avec M. Fauvel, que la présence d'un médecin-inspecteur auprès d'une source est la conséquence rigoureuse de l'autorisation donnée sur la demande du propriétaire. Alors l'État, veillant à la santé publique, faisant examiner chaque nouvelle source, déciderait, d'après sa composition même, si son exploitation est sans danger ou s'il convient de ne la permettre que comme on permet celle des substances dangereuses, en la réglementant dans l'intérêt public.

Mais l'article 5 du dernier décret qui réglemente cette matière est ainsi conçu : « Art. 5. Il n'y a pas d'inspecteur attaché à la localité dont le revenu est inférieur à 1,500 francs. »

Il ne s'agit donc nullement de savoir si telle ou telle eau est dangereuse, il s'agit de savoir ce qu'elle rapportera au médecin-inspecteur, puisque cet inspecteur reçoit un traitement qui varie avec les revenus de la localité.

C'est ainsi que pendant longtemps certaines sources très-puissamment arsenicales ou alcalines ou sulfureuses, les plus actives, c'est-à-dire, comme toujours lorsqu'il s'agit de médicaments, les plus dangereuses de toutes lorsqu'elles sont mal employées, ont absolument échappé à la surveillance administrative, en ce sens que leurs revenus ne leur permettaient pas d'avoir un médecin-inspecteur.

Or, il ne faut pas l'oublier, le revenu des eaux minérales ne dépend pas seulement de leur débit, mais du prix auquel les propriétaires les vendent. Il dépendra donc d'un propriétaire, sans qu'il soit possible de l'en empêcher dans le système actuel, de maintenir longtemps à la disposition du public, sans intervention de l'État, tout ce qu'on peut imaginer de plus actif en fait d'eaux minérales.

L'intérêt du malade qui fait usage des eaux n'est donc point en question, et il est évident que le législateur ne songe pas davantage à celui des sources considérées en elles-mêmes, dans leur conservation, leur aménagement, la pureté des produits qu'on livre sous leur nom, etc.

Le seul but de la loi actuelle, M. Michel Chevalier, qui fut dans les conseils du Gouvernement, nous l'a révélé, c'était de maintenir les situations acquises, tout en proclamant le principe de la plus complète liberté dans l'usage des eaux minérales.

Or la situation de l'inspecteur était doublement liée au revenu des eaux ; d'abord parce que son traitement en dépendait, et d'un autre côté, parce qu'il y avait à croire que, comme praticien, il devait gagner davantage quand la clientèle des eaux rapportait davantage aux établissements.

Il ne faudrait pas s'y tromper, cette dernière considération domine toute la discussion sur l'inspectorat des eaux minérales.

Les inspecteurs demandent le maintien d'un régime qui, calculé pour leur intérêt propre, leur rend doublement profitable tout accroissement de la clientèle des eaux. Ils soutiennent que la réciproque est également vraie, et que les établissements profitent de tout accroissement de leur clientèle personnelle. Ainsi, l'intérêt bien entendu des établissements eux-mêmes pourrait motiver leur maintien à défaut de tout intérêt plus général.

S'ils étaient les seuls médecins faisant la clientèle des eaux, ils auraient raison de le dire.

Mais il est loin d'en être ainsi ; et lorsque l'un d'eux a mis à profit ce droit d'intervention, pour le moins singulier, qui leur a été reconnu par M. Fauvel, *en éclairant quelque malade, soigné par un confrère de la localité, sur les dangers qu'il peut courir en se conformant aux prescriptions* FORMELLES *de son médecin, prescriptions qu'il apporte et qu'il doit montrer*, ce n'est certes pas au profit de l'établissement que peut tourner le résultat de ces charitables avis, alors même qu'il vient accroître la clientèle et les bénéfices de cet inspecteur.

M. Jules Guérin a fait à ce sujet une réponse très-concluante à M. Fauvel. Mais il est temps d'en revenir au discours de M. Guérin.

On peut diviser ce discours en quatre parties.

Dans la première, M. Jules Guérin a montré que les législateurs avaient restreint de plus en plus les fonctions des médecins inspecteurs, et avaient fini par les réduire à un rôle fort peu médical.

Ainsi, « l'inspecteur fait partie de la commission chargée, sous la présidence du préfet, de l'examen des états de produit et de dépense fournis par les propriétaires, régisseurs ou fermiers » (décret de 1860, art. 29). Mais ce sont là questions de comptabilité qui ne rentrent pas dans sa compétence professionnelle.

De même, d'après le décret du 8 septembre 1856, « il donne son avis sur les sondages et travaux à exécuter dans le périmètre de protection ». Mais ce n'est pas à la Faculté de médecine qu'on étudie ces genres de sondage : et c'est affaire d'ingénieur.

En un mot, quand il s'est agi de donner au moins une apparence de fonction administrative à l'inspecteur, qu'on voulait conserver, on a cherché cette apparence partout ailleurs que dans un droit d'intervention vraiment médical ou sanitaire.

Dans la seconde partie de son discours, M. Jules Guérin a examiné jusqu'à quel point le faible reste d'intervention administrative laissé encore au médecin était compatible avec l'exercice de la médecine.

Cette intervention par elle-même est bien peu de chose. C'est le droit d'avoir un cabinet de consultation dans l'établissement même, d'y pouvoir parler à tous ceux qui viennent, d'y visiter, dans leurs cabinets de bains, les malades des confrères comme ses propres malades, et cela pour exercer l'inspection de police accordée par la loi au médecin-inspecteur, par conséquent sans qu'il soit besoin d'être demandé, au contraire. (La seule attribution active de l'inspecteur n'est-elle pas de veiller à ce que les sexes ne soient pas réunis dans les mêmes baignoires ?) C'est encore, toujours en vertu de cette surveillance de police, le droit de signaler les employés et domestiques qui se sont mal conduits. Enfin, nous l'avons vu, le médecin-inspecteur fait partie d'une commission chargée d'apurer les comptes des fermiers ou propriétaires. Tout cela lui donne dans l'intérieur de l'établissement une importance incontestable, et les propriétaires, fermiers, employés des deux sexes, en un mot tout cet entourage auquel les nouveaux arrivants vont avoir tout d'abord affaire, est naturellement disposé à ne pas mécontenter le médecin-inspecteur. Il est donc sûr d'avoir des gens qui feront son éloge, et cela tous les jours, en causant avec le malade tandis qu'on l'aide à s'habiller, etc., etc. Il est sûr aussi d'être à même de parler naturellement à ces malades hésitants, qui, avant de prendre un médecin, veulent s'informer et connaître. Enfin, il peut, et beaucoup l'ont fait, tenir tous les médecins libres à une distance respectueuse de l'établissement, ne leur permettant d'y mettre le pied que sur une *demande écrite* de quelque malade.

Si tout ceci ne constitue pas un monopole, du moins c'est bien un privilége par rapport au médecin libre.

Tant que l'inspecteur était à peu près le seul médecin qui exerçât dans chaque station d'eaux thermales, ou du moins qui y fît ce que l'on a nommé la clientèle des eaux, les inconvénients étaient nuls.

L'intérêt de l'établissement se confondant absolument avec l'intérêt de l'inspecteur, l'un était alors, pour ainsi dire, l'âme de l'autre, sans qu'il fût question de rivalités, de concurrence plus ou moins honorables. Les souvenirs de mon enfance me représentent cet idéal de l'inspectorat.

C'était d'ailleurs aussi le temps où les fonctions de l'inspecteur étaient vraiment sérieuses au point de vue scientifique et administratif.

Alors les inspecteurs avaient une raison d'être ; mais aujourd'hui, ils n'en ont plus. Ceux qui se rappellent quelque type des inspecteurs tels qu'ils furent autrefois, changent bientôt d'avis au sujet de l'inspectorat, quand ils voient ce qu'on en a fait aujourd'hui.

On en a fait de simples surveillants de police, et à ce titre, on les a mis en rapports constants avec les malades, les employés, etc. Mais, sauf le cas de délit contre la morale, on leur a ôté tout droit d'intervention active. Ils n'ont donc à peu près, car les délits sont rares, en qualité de fonctionnaires, pas autre chose à faire qu'à se mettre en rapport avec leurs clients et ceux des autres. S'ils abusent de ce droit, ils peuvent beaucoup nuire à leurs confrères ; ils peuvent éloigner les plus sérieux, les tenir à l'écart ou les décider à quitter une localité où la situation leur impose des relations peu agréables, des rapports peu confraternels avec leur confrère officiel.

S'ils n'en usent pas, s'ils ont la dignité de rester dans leur cabinet, attendant qu'on les y consulte, tout va bien, en ce sens que tout marche à peu près comme s'il n'existait aucun inspecteur.

Ne devant pas indéfiniment allonger ce premier-Paris, je suis obligé de passer très-rapidement sur la suite du discours de M. Jules Guérin et sur le reste de la séance.

M. Guérin n'a pas eu de peine à démontrer que l'intérêt des établissements serait d'avoir, exerçant auprès d'eux, le plus grand nombre de médecins possible et les médecins les plus marquants.

Multiplier les grandes clientèles dans une localité thermale, c'est faire prospérer les thermes, car chaque médecin a ses amis qui lui envoient quelque malade par considération personnelle pour lui.

Tout ce qui peut donc éloigner les médecins libres nuit aux eaux, et c'est ce que peut malheureusement faire quelquefois l'inspecteur officiel qui abuse de ses priviléges.

Enfin M. Guérin a montré que si l'on veut conserver dans le système actuel tout ce qu'il peut avoir d'utile, il faut remplacer

l'inspecteur par une commission composée de tous les médecins libres qui, ayant collectivement les mêmes droits de surveillance au point de vue de la morale et de la police, et les mêmes attributions consultatives au point de vue des conseils à donner pour les travaux à faire, aux propriétaires ou fermiers, etc., etc., n'auraient pas les inconvénients si considérables du régime actuel au point de vue de la dignité professionnelle et de la pratique médicale.

Après cela, M. Fauvel a fait quelques observations à propos du premier discours de M. Guérin. Il a d'abord reproché à l'orateur d'avoir mal compris une de ses phrases.

« Dans un chapitre de son discours intitulé *les faits*, s'est-il écrié, M. Guérin me fait dire *que les établissements d'Allemagne devaient principalement leur état florissant à la présence d'un médecin ayant des attributions analogues à celles de nos inspecteurs...*

« J'ai dit expressément : « L'inspectorat médical répond à un besoin d'intérêt général, c'est d'ailleurs ce qu'ont pensé tous les Etats, où les établissements thermaux sont florissants, l'Allemagne entre autres, où la surveillance du gouvernement est exercée, sous un nom ou sous un autre, par un médecin ayant des attributions analogues à celles de nos inspecteurs.

« On voit par là combien le sens et le texte de ce que j'ai dit diffèrent de l'interprétation de M. Guérin. »

M. Jules Guérin a eu beaucoup de peine à comprendre sur quoi portait la réclamation de M. Fauvel; même en relisant les deux phrases l'une après l'autre, il lui semblait que le sens était identique.

Mais il résulte des explications échangées à cette occasion, que M. Fauvel, dans sa phrase, n'avait pas voulu établir un rapport de causalité entre la présence d'inspecteurs et la prospérité des établissements. Cette prospérité était un fait, l'inspectorat en était un autre, mais il n'y avait aucune liaison entre ces deux faits, qu'il fallait laisser isolés.

Ensuite M. Fauvel a dit qu'en parlant de l'Allemagne il n'avait point songé à l'Autriche. L'Allemagne, c'est exclusivement l'empire d'Allemagne, où il existe dans plusieurs Etats des inspecteurs semblables aux nôtres. M. Guérin s'est donc trompé.

« Je dirai même, ajoute M. Fauvel, qu'il a été victime d'une mauvaise plaisanterie allemande, lorsqu'on lui a fait dire que Carlsbad était en Allemagne. Nous savons tous qu'à moins d'une annexion toute récente, Carlsbad est en Bohême, pays slave. »

M. Fauvel reconnaît du reste, parfaitement, que dans cette Bohême et dans l'empire dont elle fait partie, il n'existe pas d'inspecteur, bien que ce soit un des pays du monde où il se trouve des sources minérales les plus florissantes. Il déclare aujourd'hui formellement qu'*en Autriche l'inspectorat spécial n'existe plus ; qu'il y a été remplacé par un système analogue à celui indiqué par M. Jules Guérin.*

« Notre collègue, dit-il, a donc appliqué à l'Allemagne en général ce qui ne concerne que l'Autriche, et son erreur tient à ce qu'il a demandé des renseignements à des médecins autrichiens. »

Du reste, cette erreur est de peu d'importance, car il n'en reste pas moins acquis aux débats que, dans un grands pays où les eaux minérales sont extrêmement prospères, l'inspectorat n'existe pas.

Quant à l'Italie, M. Fauvel pense que les établissements en pourraient être plus florissants s'ils étaient soumis au régime de l'inspectorat; et persistant à croire que toute commission semblable à celle d'Aix serait inutile si elle était consultative, *et deviendrait une cause de ruine pour l'exploitation si elle était munie de pouvoirs*, il explique comment il a cité un règlement tout différent de celui qu'a lu M. Guérin.

« Le règlement invoqué par M. Guérin, dit-il, correspond à une époque où la commission fonctionnait sous la direction d'un commissaire royal; celui que j'ai cité, au contraire, correspond à l'époque où le fermier prit possession de l'établissement. C'est le règlement imposé par le fermier en vertu de son contrat. Or, voulant montrer quel était en réalité le rôle modeste laissé par ce dernier à la commission médicale consultative, il était tout naturel que je citasse à l'appui l'article imposé par le fermier. Cet article est authentique. Maintenant, je n'ai jamais prétendu que la commission ait été satisfaite du rôle qui lui était assigné. Je suis convaincu, au contraire, qu'elle en était très-mécontente; la suite le prouva bien. »

M. Jules Guérin a répondu qu'il s'était agi, pour M. Fauvel, non point seulement de lire un article imposé un instant par le fermier des jeux et repoussé par la commission médicale, mais de montrer en vérité ce qu'avait été cette commission pendant les sept ans de son histoire.

Quant à croire que l'inspecteur est une cause de prospérité pour l'exploitation, tandis qu'une commission serait une cause de ruine, M. Guérin y est d'autant moins disposé, que les propriétaires des établissements, les communes aussi bien que les particuliers, demandent à l'envi, dans leur intérêt bien entendu, la suppression de l'inspectorat.

La discussion continuera, mardi prochain, par un discours de M. Hardy.

Dr Victor Révillout.

CLINIQUE D'ACCOUCHEMENTS. — M. Guéniot
Suppléant M. le professeur Depaul.

Sur la faiblesse congénitale et son traitement (1).

(Leçon recueillie par M. le Dr G. Chantreuil, ancien chef de clinique.)

Messieurs, vous savez en quoi consiste la faiblesse congénitale ; vous connaissez la gravité de cet état et l'effroyable mortalité qu'il provoque chez les enfants de la classe pauvre ; il me reste à vous indiquer les moyens de le combattre.

Je me hâte de vous le dire, ce n'est point par un traitement pharmaceutique, par l'usage de médicaments spéciaux que vous en triompherez ; mais *c'est par l'hygiène* ou par une bonne distribution de tout ce qui doit concourir à la régularité des fonctions et au développement des organes; en un mot, c'est par un ensemble de dispositions extérieures que l'on peut grouper sous trois chefs et résumer en ces trois mots : *alimentation*, *chaleur*, *propreté*.

Comment convient-il de diriger l'alimentation ? Il est inutile de vous dire qu'elle doit consister dans l'usage du lait, du lait exclusivement, et j'ajoute du lait de femme. Pour ces cas particuliers, une nourrice sera généralement préférable à la mère ; car celle-ci, eût-elle toutes les qualités requises, n'est vraiment en état de suffire aux besoins de l'enfant, que deux ou trois jours après sa naissance. Or, déjà, la vie de ce dernier pourrait être compromise, sinon éteinte.

Une nourrice, au contraire, fournira dès le premier jour

(1) Suite. — Voir le numéro du 11 janvier 1873.
Ces leçons, faites dans le cours des vacances dernières, n'ont pu paraître plus tôt à cause de l'abondance des travaux à publier.

une source facile et abondante de lait. Puisqu'il s'agit d'un sein étranger, je suppose qu'on l'aura choisi aussi richement pourvu que possible. Cette précaution est d'ailleurs indispensable. Vous avez vu combien les enfants nés avant terme éprouvent en général de difficultés à teter. Pour favoriser la succion, il est donc nécessaire que le mamelon soit saillant et de moyen volume, plutôt petit que gros; qu'il n'offre aucune induration de tissu et qu'il soit bien percé, c'est-à-dire qu'il permette au lait de sourdre à la moindre pression.

Lorsque, par suite d'une faiblesse extrême, l'enfant n'est point capable de teter, la nourrice doit lui exprimer en quelque sorte le lait du sein dans la bouche; et cette condition si importante ne peut être rigoureusement remplie que si l'excrétion du liquide est facile, en même temps que sa production suffisante.

Sans doute, les cas où il est impossible de satisfaire à de telles nécessités ne sont que trop communs. Tantôt c'est le défaut de ressources qui oblige la famille à se passer de nourrice; d'autres fois, ce sont les nourrices elles-mêmes qu'on ne trouve pas ou qui se présentent avec de notables imperfections. Mais je n'en dois pas moins vous signaler les moyens que l'expérience de chaque jour démontre être les plus efficaces, quitte à vous, quand ces moyens sont impraticables, de chercher à vous en rapprocher autant qu'il se peut.

Puisque certains enfants, n'ayant encore ni l'instinct, ni la force de teter, devront recevoir le lait de la main de leur nourrice, il importe que vous sachiez quelle quantité on peut quotidiennement leur en administrer. Or, pour ne point provoquer de trouble gastrique, retenez que cetfe quantité doit êre relativement très-minime; et en voici la raison.

Voyez d'abord combien est étroite, chez ces petits êtres, la capacité de l'estomac; elle dépasse à peine celle d'une coquille de noix. Puis, considérez que les glandes annexées à leur tube digestif sont encore incomplétement développées; que la salive, le suc gastrique, les sécrétions intestinale et pancréatique ne pourraient suffire à la digestion d'un aliment prodigalement ingéré.

D'ailleurs, même chez l'enfant de moyen volume, né à terme, cette quantité est beaucoup plus restreinte qu'on ne le croit généralement. Natalis Guillot, trompé par l'emploi d'un procédé défectueux, est arrivé sur ce point à des évaluations évidemment exagérées (1).

D'après des recherches rigoureusement conduites et qui offrent toute garantie d'exactitude, le docteur Bouchaud (2) a montré, au contraire, que pour les enfants allaités par leurs mères, elle n'excède pas en moyenne 30 grammes le premier jour, 150 grammes le second et 400 grammes le troisième. La proportion augmente ensuite faiblement et de telle sorte que la quantité de lait ingérée chaque jour oscille, pendant le premier mois, entre 500 et 600 grammes; et pendant le second mois, entre 600 et 700 grammes seulement.

Eh bien, messieurs, si l'enfant né à terme dans de bonnes conditions n'exige, pour se nourrir et se développer que 500 à 700 grammes de lait par vingt-quatre heures, vous comprendrez sans peine comment celui qui naît prématurément, avec un corps chétif, des organes inachevés, un appareil digestif presque inapte à fonctionner, devra nécessairement exiger beaucoup moins encore.

(1) *Recherches sur la quantité de lait prise au sein de la nourrice par les enfants nouveau-nés.* — *Union médicale*, avril 1852.

(2) *De la mort par inanition et études expérimentales sur la nutrition chez le nouveau-né.* Thèse de Paris, 1864.

Ingérer peu soit au sein, soit à la cuillère, constitue donc, pour l'enfant faible, une nécessité d'hygiène, une condition indispensable au fonctionnement régulier de ses organes digestifs. 200 à 400 grammes de lait, pour chaque jour de la première semaine; puis, 400 à 500 grammes, pour chacun de ceux des trois semaines suivantes, représentent une proportion parfaitement suffisante. Passé ce temps, l'enfant tetera avec quelque énergie, et se réglera, eu égard à la quantité, en partie de luimême (1).

Si, dans les premiers temps, il convient de n'offrir le lait à l'enfant qu'avec une sorte de parcimonie, par contre il importe au plus haut point de rapprocher assez les repas pour que son estomac ne reste jamais complétement inactif. C'est ce que vous m'avez entendu recommander avec insistance à nos nourrices: et, en fait, nulle précaution n'est plus essentielle à réaliser, car il semble que ces petits êtres ne puissent se soutenir que par une absorption continue de matières alibiles, rappelant ainsi ce qui se passe pendant la vie intra-utérine, où cette fonction s'exerce d'une façon ininterrompue.

Ingérer souvent est donc pour eux une nécessité non moins impérieuse que celle d'ingérer peu.

Quand je dis *souvent*, remarquez que l'estomac exige un certain temps pour digérer le lait, c'est-à-dire pour le modifier, l'élaborer et le rendre absorbable. Il ne s'agit point, dès lors, d'administrer cet aliment à tout propos et très-inconsidérément, comme vous le verrez faire par la plupart des nourrices. Mais, entre la surcharge presque continuelle de l'estomac qui trouble inévitablement ses fonctions et l'inactivité trop prolongée de cet organe, qui engendre chez l'enfant la torpeur et les défaillances, il existe un état intermédiaire que l'on doit s'efforcer d'obtenir, parce qu'il est le seul qui réponde à l'hygiène spéciale que réclame la faiblesse congénitale. C'est à cette activité modérée, s'exerçant sans fatigue pour l'organe, que je fais allusion en disant: « L'enfant doit teter peu, mais souvent. »

Ainsi, pour la durée du jour, recommandez que l'intervalle des tetées ne dépasse pas une heure et demie à deux heures. Selon l'état de faiblesse plus ou moins grande de l'enfant, selon ses exigences particulières, la quantité variable de lait qu'il ingère à chaque repas, etc., modifiez, s'il en est besoin, légèrement cet intervalle, soit en plus, soit surtout en moins; mais, pour aucune raison, ne vous en écartez notablement; car bientôt, l'un des deux écueils que je viens de vous signaler (la surcharge ou l'inactivité de l'estomac) se produirait infailliblement avec ses fâcheuses conséquences.

Pendant la nuit, il sera bon de faire espacer davantage les repas et d'en fixer la répétition toutes les trois heures ou trois heures et demie. Mais, dût-on éveiller l'enfant, recommandez expressément qu'on ne dépasse pas cette limite.

En procédant ainsi, le nombre des tetées sera de 10 à 12 par vingt-quatre heures; et si, dans chacune d'elles, l'enfant ingère de vingt à trente grammes de lait (quatre à six cuillerées à café), il arrive au chiffre vrai, au chiffre physiologique que comporte son état, c'est-à-dire à 200, 300 ou 360 grammes d'aliment pour chaque jour de la première semaine.

(1) M. Bouchaud a fait ses expériences et pratiqué ses pesées à la Maternité, c'est-à-dire dans un hôpital. Aussi, ses évaluations me paraissent-elles au-dessus des chiffres obtenus en ville dans des conditions correspondantes de développement.

Ai-je besoin d'ajouter qu'à mesure qu'il se développe et perd de sa faiblesse originelle, la quantité de lait doit être progressivement augmentée, de même que l'intervalle compris entre les repas. Ceux-ci, par conséquent, seront successivement réduits à dix, à neuf, puis à huit et à sept par jour. Mais n'oubliez pas que ces modifications ne peuvent être utiles que si elles se trouvent bien indiquées par l'état de progrès du nourrisson.

L'air, vous ne l'ignorez pas, est aussi un aliment essentiel, ou plutôt un régénérateur spécial et indispensable du sang. Il importe, dès lors, d'en pourvoir l'enfant d'une façon suffisante. Mais ici, nulle difficulté; car, les enfants chétifs nés avant terme, sont à cet égard, d'une grande tolérance. Leur respiration si peu active, leur vitalité si peu énergique et surtout l'imperfection de leurs organes expliquent la faiblesse de leurs exigences ou leur peu de susceptibilité touchant les phénomènes si importants de l'hématose. Avant de naître, du sang mixte, partie artériel et partie veineux, circulait dans leurs vaisseaux. Après la naissance, il semble que leur nutrition et leur accroissement ne soient pas entravés par une hématose imparfaite qui rappelle les conditions physiologiques de la vie fœtale.

Il n'empêche que les conditions du nouveau-né se trouvant nécessairement autres que ces dernières, on doit veiller à ce que l'oxygène ne lui fasse pas défaut.

Pendant la belle saison, l'enfant sera donc promené au dehors, ou tout au moins aura-t-on le soin de renouveler l'air autour de lui. Mais, toutes les fois que vous aurez à craindre un refroidissement, évitez avec scrupule les sorties; car celles-ci seraient infiniment plus dangereuses que le séjour dans un air confiné. J'ai vu de ces petits êtres chétifs vivre des mois entiers, et même traverser tout un hiver sans quitter une seule fois la chambre, et néanmoins leur accroissement était continu, leur santé s'affermissait chaque jour, leur état prospère allait sans cesse en s'accentuant. Tel fut, en particulier, le cas de cette petite fille, née avenue de l'Impératrice, et dont je vous ai récemment entretenu. Sa première sortie n'eut lieu que dans le cours du sixième mois, alors qu'elle était en pleine prospérité et avait atteint plus du triple de son poids primitif.

(A suivre.)

MALADIES DE L'OREILLE

Par M. J. Toynbee, F. R. S.
(Traduction de M. Darin.)

INFLAMMATION CHRONIQUE.

Obs. IV. — *Inflammation chronique du méat dermoïde; accumulation d'épiderme.*

Le Rév. G. T., 55 ans, me consulta en juillet 1850, pour une douleur de l'oreille gauche, accompagnée de surdité.

Historique. Pendant plusieurs mois a eu une sensibilité de l'oreille gauche, avec sensation de plénitude et diminution de l'ouïe; dernièrement, ces symptômes se sont aggravés.

A l'examen, la surface de la moitié externe du méat paraît rouge et quelque peu tuméfiée; la moitié interne du conduit est entièrement remplie d'épiderme. La distance auditive à la montre est de 5 centimètres.

Traitement. La collection épidermique fut enlevée à l'aide de la seringue et d'eau chaude, opération qui réclama le plus grand soin à cause de l'extrême sensibilité de la surface du méat; le simple jet ordinaire de la seringue déterminait beaucoup de douleur. La collection extraite, la faculté auditive se trouva très-améliorée. La surface du derme étant rouge, on appliqua à la surface du méat une solution de nitrate d'argent deux fois la semaine, qui produisit une nouvelle amélioration, mais l'épiderme se ramassa de nouveau. Après son extraction, on employa des astringents modérés, et l'oreille fut fréquemment seringuée à l'eau chaude; l'inflammation diminua, mais l'épiderme n'en continua pas moins de s'agglomérer, et il fallut enlever la masse au moyen d'injections tous les deux ou trois mois. L'air humide dans lequel vit le malade était probablement l'une des causes du caractère rebelle de cette affection.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 25 février 1873. — Présidence de M. Depaul.

Rectification

PRÉSENTATION D'UN MALADE

M. Abeille, en présentant à la dernière séance un malade, a donné lecture d'une note dont le titre doit être ainsi rectifié : *Modification pour l'opération de l'empyème par incision* (comm.: MM. Roger, Hérard et Jules Guérin).

CORRESPONDANCE OFFICIELLE

M. le ministre de l'agriculture et du commerce transmet 1° le compte rendu des maladies épidémiques qui ont régné dans le département du Jura pendant l'année 1872.

CORRESPONDANCE NON OFFICIELLE

La correspondance non officielle comprend :

1° Un pli cacheté adressé par M. le docteur Moiret. (Accepté.)

2° Divers mémoires pour les concours des prix Capuron, Godard et Amussat.

M. Amédée Latour présente, de la part de M. Garrigou, une étude sur les filtres et sur l'eau des fontaines de Toulouse.

M. Béhier présente une série de brochures de M. le docteur Dujardin-Beaumetz, médecin des hôpitaux, 1° sur l'emploi de la *propylamine et de la triméthylamine dans le traitement du rhumatisme aigu*; 2° sur l'emploi du *carbazotate d'ammoniaque comme succédané du sulfate de quinine*; 3° sur un cas d'urémie; 4° sur les altérations des tubes en caoutchouc par les injections iodées.

M. Wurtz, à l'occasion de cette présentation, fait remarquer que la propylamine étant un corps essentiellement instable, n'a pas pu encore entrer à l'état pur dans une formule médicale.

M. Béhier présente en outre, de la part de M. Jaccoud, une brochure intitulée : *La station médicale de Saint-Moritz (Engadine, Suisse)*.

M. Guérard offre en hommage, de la part de M. le docteur Péan, un mémoire imprimé sur l'*Ablation totale et partielle de l'utérus et sur les tumeurs qui peuvent nécessiter cette opération.*

M. Boudet présente une thèse de M. Charles Patrouillat *sur les aconits et l'aconitine.*

Discussion sur l'inspectorat des eaux minérales.

(Voir le Premier-Paris.)

A cinq heures, l'Académie se forme en comité secret pour entendre le rapport de M. Baillarger sur le concours pour le prix Lefèvre.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 5 février 1873 (1). — Présidence de M. Trélat.

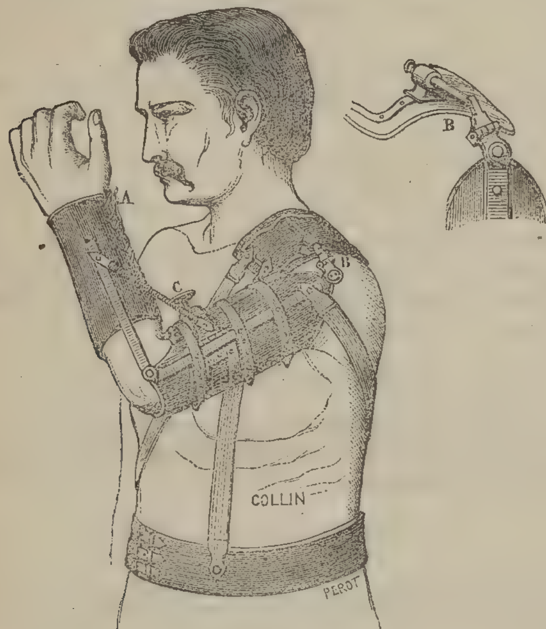
PRÉSENTATION DE MALADE

M. Léon Le Fort. Le malade que je vous présente, au nom de M. Collin, m'est complétement étranger. Soldat en 1870, il a subi,

(1) Fin. — Voir les numéros des 15, 18, 22 et 25 février 1873.

à Pithiviers, la résection du coude, que lui a faite le professeur Langenbeck. C'est un exemple d'insuccès aussi complet que possible, et le résultat contraste étrangement avec ceux que nous avons pu constater sur les opérés de M. Ollier.

L'avant-bras forme avec le bras un véritable fléau, et le blessé ne pourrait se servir de son bras, si l'habileté de M. Collin ne l'avait muni de l'appareil qu'il porte aujourd'hui.



Cet appareil est formé de trois pièces : l'une qui répond à l'épaule, les deux autres au bras et à l'avant-bras. Le mouvement de flexion de l'avant-bras sur le bras est facilité par un mécanisme particulier. En examinant le blessé, M. Collin s'est aperçu que la flexion devenait plus facile lorsque l'on comprimait le biceps sur la face antérieure de l'extrémité sectionnée de l'humérus. Il a donc appliqué, au devant de la pièce brachiale, un arc métallique, muni d'une vis à sa partie moyenne. Cette vis agit sur une plaque de cuir moulé qui comprime le biceps. Le malade vous dira que ce n'est qu'en serrant la vis qu'il peut soulever des poids un peu lourds.

L'extension de l'avant-bras ne peut avoir lieu activement, le triceps ayant été coupé et ne venant plus s'insérer sur le cubitus. Mais, pour que l'avant-bras puisse s'étendre par son propre poids, il faut que le bras soit dans la supination complète, et le malade ne pourrait, sans incliner fortement le corps en dehors et en arrière, opérer ce mouvement, s'il n'était aidé par l'action d'une courroie, qui vient s'insérer, d'une part, sur le haut de la pièce brachiale, et, d'autre part, à une ceinture qui entoure la taille. Cette courroie passe obliquement le long du dos ; elle est tendue par un mouvement imperceptible des épaules et du tronc, et cette tension suffit à compléter la force nécessaire au mouvement de supination, lequel détermine la chute de l'avant-bras en extension complète.

Pour que le mouvement fût possible, il fallait que l'articulation de la pièce brachiale avec la pièce couvrant l'épaule pût permettre la rotation. Il fallait encore laisser libres les mouvements du bras d'avant en arrière, et les mouvements d'adduction et d'abduction. M. Collin a réuni en ce point trois articulations permettant tous ces mouvements ; mais, dans l'abduction complète, la pièce brachiale se rapproche de l'épaulière ; elle devient trop longue en dehors, et la difficulté, amenée par cette particularité, a, jusqu'à présent, empêché de donner à l'abduction au bras toute l'étendue désirable. M. Collin l'a vaincue très-habilement. La pièce d'acier, qui relie le bras à l'épaule, est formée par une tige cylindrique, et vous pouvez voir quelle est l'étendue et la facilité de tous les mouvements.

Au lieu d'un avant-bras inutile, le malade a aujourd'hui un membre tout à fait utile, et il est heureux que l'ingéniosité et l'habileté de M. Collin soient venues réparer les imperfections si graves, les défectuosités si grandes de la résection pratiquée par le plus célèbre chirurgien de l'Allemagne.

M. DESPRÉS. Je ne pense pas que le seul fait d'appliquer le biceps sur l'humérus soit, comme le pense M. Le Fort, ce qui facilite les mouvements du bras du malade. Je remarque que celui-ci, pour fléchir le coude, porte le bras en arrière, de façon à ce que l'avant-bras pende et soit dans un degré marqué de flexion. La contraction du biceps, alors, devient efficace parce qu'elle est secondée par la contraction du triceps distendu, qui applique l'extrémité supérieure de l'avant-bras sur l'extrémité supérieure de l'humérus.

Lorsque le malade veut fléchir l'avant-bras, sans porter en arrière le bras, la contraction du triceps et du biceps tirent l'avant-bras en dedans de l'axe du membre et repoussent l'humérus en dehors.

Ce qui est le plus utile dans l'appareil de M. Collin, ce sont les deux montants et le manchon qui maintiennent le bras et l'avant-bras dans un même axe, et ce sont les deux ressorts en boudin qui maintiennent l'avant-bras dans un léger degré de flexion.

La séance est levée à cinq heures moins dix.

Le vice-secrétaire : DE SAINT-GERMAIN.

NÉCROLOGIE

Ce n'est pas sans une profonde douleur que nous apprenons, au moment de mettre sous presse, la mort de M. le docteur Marchal (de Calvi), enlevé à l'affection de sa famille et de ses innombrables amis, à l'âge de cinquante-sept ans, par une attaque d'apoplexie presque foudroyante. Le nom de notre regrettable confrère est trop connu de tous pour que nous ayons besoin de rappeler ici les titres, les qualités qui lui avaient valu l'affection de presque tous les membres de la grande famille médicale et qui lui mériteront certainement des regrets universels. Nous n'apprendrions rien notamment sur son talent tout spécial de journaliste, qui n'était primé peut-être que par son incomparable talent d'improvisation oratoire, aux anciens abonnés de la *Gazette des Hôpitaux*, pour qui il avait inauguré, dans ce journal même, les revues cliniques hebdomadaires du samedi. Ses collaborateurs n'ont eu qu'à l'imiter pour maintenir à cette partie de la rédaction l'utilité et l'intérêt qu'il a su lui donner dès le début.

On sait la large part que M. Marchal a prise, vers la même époque, à la rédaction d'un recueil de chirurgie de la plus grande valeur, la *Revue chirurgicale française*, qu'il avait concouru à fonder, en collaboration avec Velpeau et Vidal (de Cassis.) Depuis quelques années, M. Marchal a consacré une partie de cette activité dévorante, qui a manifestement abrégé sa vie, à la rédaction de la *Tribune médicale*, où il saisissait toutes les occasions de développer ou d'appliquer les principes de la doctrine, dite holopathique, qui fit de sa part, il y a quelques années, l'objet d'un enseignement spécial, dont on a conservé le souvenir. Dans l'intervalle de ces diverses collaborations, il a publié une œuvre de longue haleine sur le diabète, qui restera un des plus beaux titres scientifiques.

Mais rien ne peut donner à ceux qui ne l'ont connu que par ses œuvres l'idée de l'attrait et du charme qui s'attachaient à toute sa personne et qui lui suscitaient, dès qu'on le voyait et qu'on l'entendait parler surtout, une irrésistible sympathie.

M. Marchal, qui avait eu les débuts les plus brillants dans la carrière de la médecine militaire, où il était arrivé très-jeune encore au grade de médecin principal, avait été, en outre, attaché en qualité d'agrégé à la Faculté de médecine de Paris. L'enseignement semblait être sa vraie vocation ; il l'a quitté, aux

regrets de tous ses amis, pour la pratique et le journalisme, où il a su développer une partie de ses éminentes qualités.

Les obsèques de M. Marchal auront lieu demain jeudi, 27 février, à midi très-précis, à l'église Saint-Honoré (place d'Eylau). On se réunira à l'église.

Dr B...

THÈSES

SOUTENUES A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

PENDANT L'ANNÉE 1872.

458. Joly. Du mal perforant et de son traitement par la compression élastique.

459. Bourgeot. Des déchirures du périnée et du traitement des déchirures incomplètes récentes par les serres-fines.

460. Brun-Buisson. De la ponction aspiratrice comme moyen de réduction dans les hernies étranglées.

461. Rubé. Des procidences de membres comme complication des présentations de l'extrémité céphalique.

462. Klein. De l'influence de l'éclairage sur l'acuité visuelle.

463. Sutils. Contribution à l'étude de la thermométrie clinique.

464. Poiteau. Du traitement de la pleurésie purulente chez les enfants par les ponctions capillaires aspiratrices.

465. Pellat. Influence des milieux sur l'homme au point de vue médical.

466. Mesny. De la diarrhée chronique en Cochinchine et de son traitement par le régime lacté.

467. Du Castel. De la mort par accès de suffocation dans la coqueluche.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Hôpitaux de Montpellier. — Un concours pour deux places d'internes s'ouvrira le 10 mars 1873. Le registre d'inscription sera clos le 8 mars, à cinq heures du soir.

— *Hospice de la Salpêtrière.* — M. le docteur Auguste Voisin reprendra ses conférences cliniques sur les maladies mentales et les affections nerveuses le dimanche 2 mars, à neuf heures du matin, et les continuera les dimanches suivants, à la même heure.

— Clientèle à céder gratuitement, près Paris.—Produit, 9,000 fr.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

L'Année scientifique et industrielle, par Louis Figuier. Seizième année (1872). — 1 fort vol. in-18 jésus. Prix : 3 fr. 50. — L. Hachette et Ce.

La station médicale de Saint-Moritz (Engadine Suisse, par le docteur Jaccoud, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris, etc. — In-8°. Prix : 2 francs. — Paris, Adrien Delahaye.

De l'état du foie chez les femelles en lactation, par le docteur De Sinety. — In-8° avee une planche coloriée. Prix : 2 francs. — Paris, Adrien Delahaye.

De l'unité de la phthisie, par le docteur Granelier, chef du laboratoire d'histologie à l'amphithéâtre des hôpitaux de Paris.— In-8°. Prix : 1 fr. 50. — Paris, Adrien Delahaye.

Le Directeur : Dr E. Le Sourd.

Paris. —Typographie A. Pougin, quai Voltaire .13.

N° 25. — SAMEDI 1er MARS 1873. 46e ANNÉE. SAMEDI 1er MARS 1873. — N° 25.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Bureaux : 57, rue des Saints-Pères, 57
PRÈS L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix d'abonnement doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

On s'abonne hors de Paris dans les bureaux des Messageries et chez les Libraires
Les lettres non affranchies sont refusées.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui n'en peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS		
Trois mois. .	8 fr. 50 c.	POUR L'ÉTRANGER le port en sus suivant les derniers tarifs des Postes.
Six mois. . .	16 —	
Un an. . . .	30 —	

REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE

De la névropathie cérébro-cardiaque.

Toutes les fois qu'on touche à la question des névroses, il semble que l'obscurité, la mobilité et la variété infinie des phénomènes qu'embrasse et que rappelle cette dénomination générale, viennent défier l'esprit d'analyse le plus subtil et dérouter les combinaisons nosologiques les plus ingénieuses. C'est à se demander si, au lieu de réunir les affections nerveuses dans un groupe commun ou sous un certain nombre de groupes secondaires, le mieux ne serait pas de conserver à chaque fait son individualité propre. Telle n'est pas la manière de voir de M. le docteur Krishaber. Cet habile observateur, dans une publication toute récente qui ne peut manquer d'appeler l'attention (1), a essayé de démontrer que de cette masse informe d'accidents nerveux disparates que l'on a groupés sous les diverses dénominations d'état nerveux, de surexcitation nerveuse, de névropathie protéiforme, de nervosisme, il est possible de dégager une entité morbide nettement accusée, affectant un type et une marche invariables qu'il propose de désigner sous le nom de névropathie cérébro-cardiaque.

Ayant eu l'occasion d'observer un certain nombre de cas de névroses dans lesquels il a relevé des phénomènes communs qui l'ont frappé par leur constance au milieu de la confusion des autres symptômes, il en a pris l'occasion de les détacher du fonds commun pour en faire un groupe nosologique spécial, une espèce dans le genre, comme diraient les naturalistes.

L'affection que M. Krishaber désigne sous ce nom serait caractérisée par quatre groupes de symptômes constants : 1° des troubles des sens ; 2° des troubles de locomotion ; 3° des troubles de circulation ; 4° des symptômes secondaires.

Aux troubles des sens se rattachent des conceptions fausses ou perverties, pouvant aller jusqu'à un état analogue à l'ivresse, mais jamais jusqu'au délire réel.

Les troubles de la locomotion consistent le plus souvent dans l'abolition du sentiment d'équilibre, causée par du vertige et par des étourdissements.

Les troubles de la circulation consistent surtout en une irritabilité extrême, se traduisant, sous l'influence des causes les plus légères, par une augmentation considérable du pouls ou de fréquentes palpitations.

Quant aux symptômes secondaires, ils sont infiniment variables, suivant les individus.

La névropathie cérébro-cardiaque affecte deux formes : l'une grave, l'autre légère ; un criterium invariable les distingue : c'est le sommeil. Dans la forme grave, les nuits sont agitées d'insomnies, de cauchemars, de palpitations et d'une grande surexcitation cérébrale. Dans la forme légère, au contraire, les malades dorment à peu près normalement. Entre ces deux formes extrêmes il y a des états intermédiaires.

Voici, à grands traits, l'esquisse que M. Krishaber trace de cette affection.

Un individu est pris au milieu d'une occupation quelconque d'une sensation particulière à la tête, une bouffée, un flot montant ; instantanément il survient de l'obnubilation des sens, des bourdonnements d'oreille, de la photopsie, en même temps qu'une angoisse à la région du cœur, accompagnée de palpitations, d'un malaise excessif et d'une impressionnabilité générale. Simultanément, ou quelques moments après, apparaissent des vertiges, de la titubation et quelquefois de la paraplégie ; le malade tombe alors ; mais il arrive aussi qu'au lieu d'être paralysé, il éprouve une agitation extrême qui le pousse à marcher malgré lui. Quelquefois il se produit, au même moment, de la défaillance ou une syncope.

Les premiers phénomènes, après s'être amendés quelque peu, réapparaissent le même jour ou le lendemain, ou peu de jours après, avec plus de violence. Les accès se répètent ensuite à des distances de moins en moins éloignées, et, au bout de peu de jours, les symptômes deviennent continus.

Pendant toute la durée de la maladie, les accidents du début existent sans jamais laisser place à l'état normal. Ces accidents subissent, dès l'origine, de grandes oscillations. Les moments de recrudescence affectent une forme quasi-périodique.

Dès la première apparition des symptômes, le sommeil se trouble profondément.

M. Krishaber a remarqué que les insomnies se lient plus particulièrement à certains troubles cérébraux qui ne sont pas le vertige, mais bien plutôt la sensation d'ivresse et de rêve, et que les cauchemars sont de préférence en relation directe avec l'intensité des symptômes cardiaques. C'est sur les modifications

(1) *De la névropathie cérébro-cardiaque*, par M. le docteur Krishaber. 1 vol. in-8°. Paris, 1873. Chez G. Masson.

apportées à cette fonction importante, le sommeil, que M. Krishaber fonde, ainsi que nous venons de le dire, la division de la névropathie en deux formes, la forme grave et la forme légère.

De l'ensemble de cet exposé, il ressort que tous les sens sont frappés de perturbations multiples et d'hyperesthésie.

Les individus ainsi torturés sont profondément affectés et plongés dans le découragement et le désespoir ; ils ont des idées de suicide.

Les facultés affectives sont atteintes : indifférence pour les personnes qui étaient le plus chères, impossibilité de s'occuper d'affaires ; irritabilité qui rend les rapports sociaux difficiles.

Les troubles de la respiration ne sont pas très-accusés : un peu de dyspnée provoquée surtout par le décubitus dorsal et par la digestion ; toux nerveuse, asynergie vocale se manifestant par des troubles de la voix très-caractéristiques.

Troubles de la circulation, palpitations, lipothymies.

Fonctions digestives ordinairement peu troublées ; dans quelques cas cependant dysphagie, augmentation d'intensité des accidents nerveux au moment de la digestion.

Brusque dans la forme grave, l'invasion est lente et progressive dans la forme légère. Permanents d'abord, les symptômes plus tard ne se présentent que par accès. En général, les phénomènes ne durent dans leur intensité que pendant deux ans, quelquefois beaucoup moins. Il y a parfois des rechutes.

Malgré l'excessive intensité des troubles et leur multiplicité, la névropathie cérébro-cardiaque suit une marche constante vers la guérison.

Voici comment M. Krishaber résume la physiologie pathologique de cette affection : excitation du système nerveux central, cérébro-spinal et vaso moteur, d'où suractivité morbide ; les nerfs vaso-moteurs produisent la contraction des petits vaisseaux, leur rétrécissement et l'ischémie consécutive de certains départements des centres nerveux, d'où encore nutrition insuffisante et épuisement ; mais l'anémie et l'épuisement engendrent à leur tour l'excitation : le cercle vicieux pathologique se trouve constitué et les accidents deviennent continus, aux oscillations près, qui sont le caractère essentiel de tout trouble fonctionnel.

L'étiologie de la névropathie cérébro-cardiaque se résume dans ces deux faits généraux, qui se reproduisent à peu près constamment dans les observations : antécédents névropathiques, émotions vives, le plus souvent tristes, travaux intellectuels ayant exigé une grande contention d'esprit, quelquefois excès vénériens, abus du tabac, du thé et du café.

La névropathie cérébro-cardiaque tendant naturellement à la guérison, son pronostic n'a en général aucune gravité.

Le régime, l'éloignement des diverses causes accessibles à notre action, l'abstention de l'usage abusif ou inopportun des substances qui ont pu avoir leur part dans le développement de la maladie, constituent les éléments principaux du traitement. Les bains tièdes prolongés, les bains turcs, l'hydrothérapie froide surtout ont été très-utilement mis en usage. Quant aux agents et moyens médicamenteux proprement dits, les anti-spasmodiques seuls, l'assa fœtida, la valériane et l'éther ont donné de bons résultats ; les toniques dits névrosthéniques, tels que le quinquina, le fer, la noix vomique, etc., se sont montrés plutôt nuisibles ; il en a été de même des solanées vireuses, la belladone, la jusquiame, qui augmentent le vertige sans bénéfice pour les autres symptômes. L'opium perd promptement sa puissance, ou, si on en élève les doses, il accroît les troubles sensoriels. Le bromure de potassium et le chloral ont, dans quelques cas, donné de bons résultats.

L'observation répétée des mêmes faits, qui ne peut manquer de se multiplier rapidement, tant ils sont fréquents, surtout dans les grandes villes, et l'expérience également réitérée des mêmes moyens de traitement ne peuvent manquer de nous fixer en peu de temps sur la justesse des observations de M. Krishaber et sur le bien ou mal fondé de la nouvelle entité morbide qu'il s'est proposé d'introduire dans le cadre nosologique.

Simple question. — Les enfants ont-ils des hémorrhoïdes ?

Cette question n'a pas la prétention de nous conduire à l'étude de la physiologie pathologique des hémorrhoïdes, de leur signification clinique et de l'opportunité ou de l'inopportunité de leur guérison. Ce sont là des points qu'il pourrait n'être pas sans intérêt assurément de traiter ici. L'occasion pourra s'en présenter un jour. Notre intention va moins loin aujourd'hui, et notre question n'a qu'un but, celui d'aider à résoudre un simple point de fait : les enfants ont-ils des hémorrhoïdes ?

Voici la circonstance qui nous a amené à la poser.

Assistant à l'une des dernières conférences de M. Lannelongue, à l'hôpital des Cliniques, où il supplée momentanément M. Broca, nous avons entendu le jeune professeur entretenir ses élèves d'un fait qui tendrait à résoudre la question par l'affirmative, ne fût-ce qu'à titre d'exception.

Un malade actuellement dans le service, où il est entré pour une fistule rectale et qui a en même temps un bourrelet hémorrhoïdaire, a affirmé à M. Lannelongue, qui le questionnait à cet égard, que ses hémorrhoïdes dataient de sa première enfance, qu'il les avait toujours eues, et il ajoutait que son père avait été dans le même cas, et qu'enfin son enfant, âgé de cinq ou six ans, avait également des hémorrhoïdes, qu'il portait depuis sa naissance. M. Lannelongue a effectivement constaté l'existence d'hémorrhoïdes externes chez cet enfant ; ce qui donne créance au rapport du malade en ce qui concerne son père et lui-même.

L'existence des hémorrhoïdes chez les enfants, affirmée par quelques auteurs, niée par le plus grand nombre, est encore aujourd'hui l'objet d'un doute pour beaucoup. Voici en quels termes s'exprime à cet égard M. Gosselin dans ses excellentes *Leçons sur les hémorrhoïdes* (1).

« J'ai trouvé dans quelques ouvrages, dit M. Gosselin, l'indication d'hémorrhoïdes chez les enfants. Mais les faits sont trop peu détaillés pour qu'on puisse être sûr qu'il ne s'agissait pas d'autre chose, de polypes du rectum par exemple. Il ne faut pas oublier, en effet, que, jusqu'à nos jours, on a admis l'existence des hémorrhoïdes sans y regarder, et tout simplement parce qu'il était question soit de saignements par l'anus, soit de douleurs pendant la défécation. Je croirai aux hémorrhoïdes externes chez les enfants lorsque j'en aurai vu, ou lorsqu'un observateur sérieux, après un examen bien fait, aura dit en avoir vu. »

S'il s'agissait d'une impossibilité anatomique ou physiologique, nons nous le tiendrions pour dit et nous ne chercherions pas des preuves illusoires ou des témoignages suspects. Mais il n'y a rien de tel. Le fait est rare assurément, puisqu'on en est encore à douter, mais il n'est pas impossible. La question est donc uniquement de savoir s'il est. Or, il y a, il me semble, un moyen bien simple de le savoir et en peu de temps. Que ceux de nos lecteurs qui ont eu l'occasion de constater l'existence

(1) *Leçons sur les hémorrhoïdes*; par L. Gosselin. — Paris, 1866. Adrien Delahaye.

d'hémorrhoïdes chez les enfants veuillent bien nous en faire part, sous la seule condition expresse qu'ils s'en soient bien assurés par eux-mêmes, et nous ne tarderons pas à savoir ce qu'il faut en penser.

MALADIES DE L'OREILLE

Par M. J. Toynbee, F. R. S.

(Traduction de M. Darin.)

INFLAMMATION CHRONIQUE.

Obs. V. — *Inflammation catarrhale chronique du méat dermoïde compliquant la dentition.*

J. A., âgé de 9 mois, pâle et faible, fut admis dans mon service à l'hôpital Sainte-Marie, en novembre 1854, pour un écoulement fétide de l'oreille gauche.

Historique. La mère raconte qu'environ deux mois auparavant, dans un moment où la dentition rendait l'enfant irritable et agité, un écoulement se fit à l'oreille gauche. D'abord modérée, la quantité de la sécrétion augmenta graduellement et elle devint très-fétide.

A l'examen, le méat externe gauche se montra plein d'un produit blanc de lait qui, à la suite des injections, se trouva mêlé avec l'eau, devenue opaque et laiteuse, et dans laquelle flottaient des masses épidermiques; mais aucune trace de mucus. Une fois le conduit débarrassé des produits de sécrétion, on remarqua que son calibre était réduit de moitié par le gonflement du derme dont la surface interne était dépouillée d'épiderme et un peu plus rouge qu'à l'état normal; la couche dermoïde de la M. T. était plate et blanche.

Traitement. Promenades journalières en plein air, huile de foie de morue. Tous les jours, ablutions d'eau tiède sur toute la surface du corps, et injections d'eau chaude dans l'oreille deux fois par jour; pendant la nuit, coton imbibé d'une solution de chlorure de zinc (5 centigrammes pour 31 grammes d'eau) dans le conduit auditif. La santé de l'enfant ne tarda pas à s'améliorer considérablement, l'otorrhée diminua, et au bout de six semaines, elle avait complétement cessé.

Obs. VI. — *Catarrhe du derme des deux oreilles chez un enfant atteint de dysécée.*

Martin E. M., 3 ans 1/2, me fut amené le 6 avril 1855, pour un écoulement des oreilles avec dureté de l'ouïe. Il était pâle et maigre, la santé générale n'était pas bonne, et il était sujet à l'engorgement des glandes cervicales.

Historique. Environ deux ans auparavant, sans cause appréciable, un écoulement s'était produit soudainement dans l'oreille droite; un mois plus tard, l'oreille gauche s'affectait de la même manière, la sécrétion était abondante et d'odeur très-fétide. Elle dura trois ou quatre mois, puis disparut des deux côtés; mais environ un mois avant de me consulter, l'otorrhée était revenue avec les mêmes symptômes que la première fois.

L'examen montra chacun des conduits auditifs rempli d'un produit laiteux et rouge à la surface; la substance du derme gonflée. La couche dermoïde de la M. T. était rouge et épaissie. L'ouïe était tellement affaiblie qu'il fallait parler fortement pour se faire entendre à la distance de 2 mètres. La montre ne s'entendait qu'au contact avec l'oreille droite ou lorsqu'on l'appuyait sur la gauche. Il était évident que l'inflammation avait gagné l'intérieur de la caisse aussi bien que la M. T.

Traitement. Laver les deux oreilles à l'eau tiède trois fois par jour, puis les injecter avec une solution d'acétate de zinc (25 centigrammes pour 31 grammes), appliquer un papier vésicant sur les apophyses mastoïdes, le soir tous les deux jours; deux cueillerées à thé de vin ferrugineux deux fois par jour. Deux mois de ce traitement amenèrent une amélioration considérable, l'écoulement diminua et l'ouïe devint meilleure. Mais le bénéfice ne fut que temporaire; à la fin de l'année, je revis le malade à peu près dans le même état que la première fois. J'appris alors que les injections avaient été très-mal faites, et qu'il restait une portion considérable du produit de sécrétion dans les oreilles après l'opération. Je recommandai l'attention la plus scrupuleuse sur ce point; une solution de nitrate d'argent (30 centigrammes pour 31 grammes) fut appliquée à la surface du derme à l'aide d'un pinceau de poils de chameau, soir et matin; le papier vésicant fut remis en usage, et je prescrivis l'huile de foie de morue. Ce traitement fut poursuivi pendant trois mois : l'otorrhée s'arrêta, bien que l'ouïe ne se rétablit pas complétement.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 12 février 1873. — Présidence de M. Trélat.

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

CORRESPONDANCE

La correspondance comprend :

La *Gazette des Hôpitaux*; — l'*Union médicale*; — la *Gazette hebdomadaire*; — la *France médicale*; — la *Gazette obstétricale*; — le *Journal de médecine et de chirurgie pratiques*; — le *Bordeaux médical*; — le *Bulletin de la Société de médecine pratique*.

M. Larrey offre à la Société les thèses du dernier concours de l'agrégation en chirurgie de Paris en 1872.

M. Giraud-Teulon offre, de la part de l'auteur, une thèse sur *les Mélanodermies*, par le docteur Fabre.

M. Terrier prie la Société de l'inscrire au nombre des candidats à la place de titulaire déclarée vacante le 5 février.

M. Guéniot fait un rapport verbal sur une note présentée par M. L. Carrère et ayant trait à la *contention des fractures de cuisse chez les enfants nouveau-nés.*

Ce travail a été suggéré à l'auteur par la lecture de la communication faite sur ce sujet par M. Guéniot, en janvier 1872. (Voir : *Du traitement des fractures de cuisse chez les enfants nouveau-nés*, in *Bull. gén. de thérap.*, 1872.) Dans les deux observations relatées par M. Carrère, l'appareil à attelles ne pouvant être maintenu au niveau de la fracture, le chirurgien (M. le docteur Carrère père) eut recours à l'immobilisation de la cuisse dans la flexion sur le ventre. De la sorte, les attelles ne glissèrent plus comme auparavant au-dessous de la fracture, et les fragments bien maintenus se réunirent solidement sans causer de difformité.

M. Guéniot reconnaît, avec l'auteur, que des attelles en carton sont plus faciles à se procurer que de la gutta-percha, et que, sur ce point, le procédé de M. le docteur Carrère offre un avantage sur le sien. Mais l'attitude donnée au membre est nécessairement un peu forcée, et les pansements de l'ombilic, de même que l'emmaillottement, peuvent être ainsi moins faciles; tandis que, sous ce triple rapport, le petit appareil en gutta-percha ne laisse rien à désirer.

Le procédé de M. Carrère n'en reste pas moins une ressource ingénieuse et utile qui mérite d'être connue. Aussi M. le rapporteur propose-t-il : 1° d'adresser des remercîments à l'auteur pour son intéressante communication; 2° de publier son observation dans les bulletins. (Adopté.)

Observation. — **M. Carrère** (d'Esternay). « Le 5 mars 1846 je fus appelé près de la femme R..., primipare, pour terminer un accouchement anormal. La jambe gauche était sortie; la jambe droite (le fémur étant arcbouté contre le pubis) ne pouvait céder à la traction exercée sur le pied, ni être refoulée. Ayant fait appeler un confrère très-expérimenté, qui ne fut pas plus heureux, on décida que la fracture du fémur était indispensable, et elle fut pratiquée aussitôt à l'aide du crochet mousse du forceps. Immédiatement, l'accouchement eut lieu sans

autre difficulté; l'enfant était bien constitué. La fracture existait au tiers supérieur du fémur. J'enveloppai la cuisse d'un linge et d'une bande roulée et l'assujettis avec des attelles en carton. Le lendemain, tout l'appareil était descendu au-dessous de la fracture. Tous les moyens tentés pour le maintenir, bretelles, ceintures, furent impuissants. Le quatrième jour, je m'aventurai à utiliser la tendance de la cuisse à se fléchir sur le bassin; je la fixai solidement sur l'abdomen par plusieurs tours de bande, après avoir assujetti la fracture par des attelles de carton. L'enfant supporta cette position sans aucun inconvénient. On put le porter, le promener, le laver et maintenir la propreté la plus complète.

« Pour préserver l'appareil de toute souillure, je faisais porter et coucher l'enfant sur le côté opposé à la fracture, une pièce de taffetas ciré le garantissait du contact de l'urine. Le vingtième jour, le membre mis à découvert, la fracture se trouva parfaitement consolidée sans aucune difformité. Le sujet, aujourd'hui soldat très-robuste et bien développé, ne laisse percevoir aucune différence entre les deux membres.

« J'ai employé le même appareil en 1864 sur un enfant de deux mois, fils d'un ouvrier porcelainier à Esternay-Retourneloup (Marne), pour une fracture résultant d'une chute sur la cuisse gauche, et j'ai obtenu le même résultat. »

M. GUÉRIN. Dans une précédente séance, après avoir décrit l'hyperplasie de toutes les parties qui constituent les parois du rectum, et après avoir insisté sur la densité de ces tissus dans la période des accidents tardifs de la syphilis, qui précède le rétrécissement syphilitique, j'ai appelé votre attention sur un accident de la même période, qui se manifeste à l'isthme du gosier. Permettez-moi, à l'occasion de deux malades que je vais avoir l'honneur de vous présenter, d'insister sur l'évolution du rétrécissement de cette partie du canal alimentaire.

Souvent, sans que le malade en ait conscience, le voile du palais s'épaissit et perd son exquise sensibilité, à une époque variable de l'infection syphilitique. En même temps, les piliers du voile du palais s'hypertrophient, et si, à ce moment, on examine l'arrière-bouche, on s'aperçoit que cette membrane, composée d'éléments variables, n'est plus aussi mobile qu'à l'état normal. On ne voit point encore de trace d'ulcération; il n'y a qu'hyperplasie sous la membrane muqueuse et dans l'interstice des fibres musculaires.

Bientôt, le malade se plaint de moucher des matières muqueuses abondantes et d'une couleur jaunâtre. Si, alors, on porte le doigt derrière le voile du palais, il n'est pas rare de ramener quelques taches de sang. C'est qu'à l'hyperplasie succède la période d'ulcération, mais l'ulcération siége ordinairement sur la face pharyngienne des parties malades.

On ne tarde pas aussi à reconnaître que l'isthme est sensiblement rétréci et le rétrécissement augmentera incessamment, mettant un temps variable à se compléter.

A mesure que le rétrécissement se produit, on voit les piliers postérieurs se rapprocher l'un de l'autre et bientôt se réunir sur la ligne médiane à la manière de deux rideaux baissés, et peu à peu le voile du palais tout entier tend à s'unir à la paroi postérieure du pharynx, de façon à diviser à la manière d'un diaphragme le conduit pharyngien en deux parties qui, à un moment donné, peuvent cesser de communiquer l'une avec l'autre.

Je me propose de vous montrer deux malades qui offrent l'exemple de cette maladie à deux périodes très-différentes : un homme n'ayant encore que l'hyperplasie, qui coïncide avec la première période du rétrécissement; une femme ayant déjà un rétrécissement très-caractérisé.

Le malade est un exemple incontestable d'une éruption syphilitique. Il avoue avoir eu une ulcération du frein de la verge, et postérieurement des ulcérations des orteils qui étaient manifestement des plaques muqueuses. Aujourd'hui, il a, en outre de l'hyperplasie du voile et des piliers du palais, une ulcération provenant d'une gomme. La femme, au contraire, nie les antécédents syphilitiques. Elle pourrait donc être considérée comme affectée d'angine strumeuse, et je ne doute pas que sa maladie ne fût jugée telle si l'on ne tenait compte de son histoire exacte. Bien qu'elle nie l'origine syphilitique, il y a dans ses antécédents des faits qui sont de nature à fixer le diagnostic. Ainsi, elle a eu deux grossesses, et elle a accouché de deux enfants morts. On n'observe pas cette issue funeste des grossesses chez les femmes scrofuleuses.

Le traitement par l'iodure de potassium, qu'elle a subi dans mon service et qui a mis un terme à ses douleurs, corrobore encore le diagnostic.

Il m'a paru très-intéressant de rapprocher ces deux malades, parce qu'ils présentent deux périodes très-différentes de l'angine syphilitique. L'une est au début, l'autre a déjà amené un rétrécissement très-caractérisé de l'isthme du gosier.

M. DESPRÉS. Je désire faire constater que l'un des malades présentés par M. J. Guérin accuse des antécédents scrofuleux.

Discussion sur les rétrécissements du rectum.

M. PANAS. La question opératoire me semble avoir été épuisée dans les séances précédentes. Je n'y reviendrai donc pas. L'anatomie pathologique des rétrécissements du rectum a été abordée ensuite à cette tribune, et c'est à ce sujet que je désire présenter quelques réflexions.

Et d'abord, y a-t-il des rétrécissements syphilitiques du rectum? C'est une question difficile à résoudre, car il faudrait pouvoir comparer la fréquence des rétrécissements survenus chez les sujets syphilitiques et chez ceux qui ne le sont pas. C'est cependant une opinion généralement admise par les praticiens, sans que toutefois la proportionnalité ait pu être établie. Les renseignements puisés auprès du malade suffisent rarement à prouver l'origine syphilitique, et la pierre de touche du traitement spécifique, si utile dans certains cas, n'a que peu de valeur dans celui-ci, car l'intervention doit toujours être directe pour amener la guérison. Aussi a-t-on pensé que les rétrécissements du rectum étaient des manifestations vénériennes; c'est ce que paraissent avoir constaté MM. Gosselin et Després, mais on a rarement pu suivre la continuité du chancre phagédénique de l'anus dans le rectum; je n'ai pu le faire, du moins, pendant un assez long séjour à l'hôpital de Lourcine.

L'anatomie pathologique proprement dite peut-elle nous fournir des renseignements? Cette anatomie n'est pas très-avancée; cependant on a pu constater que le rétrécissement n'est pas le résultat de brides cicatricielles siégeant à la surface de la muqueuse rectale, mais bien d'une hyperplasie de la paroi rectale s'étendant jusque dans l'excavation du sacrum. M. Broca nous a montré ici ces produits néo-plasiques. On a vu que la lésion ne porte pas sur la muqueuse, mais bien sur le tissu sous-muqueux, et en particulier sur les fibres musculaires qui ont subi une hypertrophie énorme. Ce ne sont donc pas des cicatrices analogues à celles que produiraient les brûlures qui déterminent les rétrécissements du rectum. C'est du reste ce qui a été déjà démontré pour les rétrécissements de l'urèthre. On conçoit dès lors pourquoi la rectotomie ne doit pas être superficielle, mais au contraire profonde et dépasser les limites de la paroi rectale.

M. Verneuil a dit un mot des rétrécissements valvulaires ou musculaires. M. Nélaton les avait déjà signalés. Il en existe un très-bel exemple au musée de Saint-Bartholony, à Londres. Ces rétrécissements musculaires accompagnent très-souvent les rétrécissements organiques et sont occasionnés par les efforts de contraction intestinale que nécessitent ces derniers.

M. DESPRÉS. Il y a dans les mémoires relatifs aux rétrécissements du rectum, soixante dix-huit observations environ et qui ont été recueillies çà et là. En y joignant les observations communiquées par nos collègues, on arrive à un chiffre respectable. Je veux tirer de ces observations les preuves de ce que j'ai avancé devant la Société. Ces observations peuvent être divisées en trois classes : 1° les observations sans détails destinées à prouver l'efficacité d'un traitement; 2° les observations où, quoique l'origne du rétrécissement soit indiquée, il n'est fait aucune mention *du début du rétré-*

cissement ; 3° enfin celles où il est noté à quel moment les malades ont ressenti les premières atteintes de leur mal.

Je laisse de côté la première série de faits, sur lesquels il est impossible de raisonner.

La deuxième série contient quinze cas où les auteurs ont attribué le rétrécissement à une lésion ancienne, sans donner aucun détail sur le début du rétrécissement.

Les voici :

— Une femme de vingt-six ans a la syphilis; des traitements multiples sont faits. Vingt ans après on constate une fistule recto-vaginale et un rétrécissement du rectum. (Desault, *Œuvres chir.*, t. II, p. 422.)

— Trois observations de rétrécissements du rectum, sans indication du début, chez des malades qui sont mortes tuberculeuses. (Gosselin, *Mém. sur le rétrécissement du rectum, Arch. de médecine*, 1854.)

— Un fait d'un homme ayant un rétrécissement et des fistules à l'anus et soupçonné syphilitique. Pas de détails sur le début du rétrécissement. (Gosselin, Liouville, *Bull. Soc. anat.*, 1867.)

— Deux faits de M. Trélat exposés ici à la Société de chirurgie, sans détails sur le début du rétrécissement. (*Bull. Soc. de chir.*, 1872.)

— Quatre faits de M. Verneuil, sans antécédents et sans détails touchant les premières phases du rétrécissement. (*Bull. Soc. de chir.*, 1872.)

— Un fait emprunté à la pratique de M. Verneuil. Femme de soixante ans ; pas de détails sur le début. (Pinguet, *Thèse de Paris*, 1872, *Des rétrécissements du rectum*.

— Une femme reconnue syphilitique. Pas d'antécédents relatifs au début du rétrécissement. (Ledentu, Pinguet, *loc. cit.*)

— Un rétrécissement consécutif à une dysentérie. Sans détails. (Ledentu, Pinguet, *loc. cit.*)

— Un cas douteux. Rétrécissement valvulaire pouvant être rapporté à une rectite. (Després, *Chancres phagédéniques du rectum. Arch. de méd.*, 1868.)

Total, quinze.

Il y a dix-sept observations où les antécédents sont marqués, et j'ajouterai quatre observations personnelles nouvelles. Dans ces observations, trois groupes doivent être faits :

1° *Chancres à l'anus évidents* :

— Homme de trente-cinq ans. Écorchure à la verge. Quelque temps après, *petite gerçure à la marge de l'anus*, rétrécissement constaté l'année suivante. (*Bull. Soc. de chir.*, 1872.)

— Femme de vingt-deux ans. *Difficulté d'aller à la selle* après une grossesse, traitée par Velpeau par des mèches dans l'anus et une liqueur qui déchaussa les dents (sans doute de la liqueur de Van Swieten, Velpeau traitait ainsi les rhagades à l'anus). Rétrécissement constaté sept ans après. (Robert et Nélaton, Perret, *Rétrécissement du rectum, Thèse de Paris*, 1855.)

— Femme de vingt-six ans. Ulcération à la fourchette ; fistule recto-vulvaire chancreuse, puis constipation. L'année suivante, nouvel ulcère à la vulve (chancre de réinoculation sans doute). Rétrécissement constaté plus d'une année après. A l'autopsie, mamelons et ulcères sur la muqueuse rectale. M. Verneuil, qui fait l'examen microscopique, trouve dans le rétrécissement du tissu fibro-plastique et des fibres musculaires hypertrophiées. (Provent, *Bull. Soc. anat.* 1855, *Rétrécissement du rectum.*)

— Femme de dix-neuf ans environ, ulcération des grandes lèvres, difficultés d'aller à la selle. Abcès à la marge de l'anus à vingt-quatre ans. Angine deux ans après. Le rétrécissement est constaté seulement sept ans après, au moment où il a été traité. (Perret, *Thèse citée.*)

— Femme de vingt-sept ans. Chancre utérin. L'année suivante, roséole et plaques muqueuses. Entre les accidents chancreux et les syphilides, une fistule anale est opérée *et récidive*, ce qui signifie qu'elle était chancreuse. A vingt neuf ans, récidive de plaques muqueuses. A trente ans, le rétrécissement du rectum est constaté. (Pillon et Perret, *Thèse citée.*)

— Femme de vingt-quatre ans. Chancre phagédénique de la vulve et chancre anal. A vingt-six ans, rétrécissement constaté en voie de formation. Morte par suite de tubercules pulmonaires. (Després, *loc. cit.*)

— Femme de vingt-trois ans. Bouton à l'anus. Trois ans après, douleurs en allant à la selle, *fistule anale franchement chancreuse*. A trente ans, condylomes. Rétrécissement constaté deux ans après.

(Obs. personnelle, Registre statistique à l'hôpital Saint-Louis et à Lourcine.)

— Femme de quarante ans, catarrhe utérin et chancre anal traité à l'hôpital de Lourcine. A quarante-deux ans, nouveau chancre anal et condylomes. A quarante-trois ans, opérée à Saint-Louis par M. Trélat pour une fistule à l'anus qui est restée chancreuse. Entrée à Lourcine en 1868 avec chancre rectal, se transformant en rétrécissement sous mes yeux. (Obs. personnelle, registres cités).

— Une femme, dont l'histoire est rapportée plus loin.

Voici donc neuf faits où le rétrécissement a été précédé d'un chancre évident ; quatre fois il y a eu une fistule chancreuse avant la constatation du rétrécissement. Ces observations ont une grande valeur, provenant de sources très-différentes.

Voyons maintenant les faits de chancres probables, c'est-à-dire ceux où il y a les caractères accessoires de l'ulcération chancreuse, c'est-à-dire des condylomes et des fistules et un début du rétrécissement voisin du moment où une fistule est constatée.

— Homme de vingt-quatre ans, fistule anale après abcès de la marge de l'anus, puis le rétrécissement constaté. La fistule suppurait beaucoup et était le siége de poussées inflammatoires fréquentes (la fistule était probablement chancreuse). — Verneuil, *Bull. Soc. de chir.*, 1872).

— Femme de vingt-quatre ans, accident du côté de l'anus, selles sanguines, diarrhée alternant avec de la constipation, rétrécissement constaté dix ans après. *Condylomes* à la marge de l'anus. (Gosselin, Perret, *Thèse citée.*)

— Femme de vingt-cinq ans, constipation alternant avec la diarrhée, fistule recto-vaginale, examen au moment où se produit la fistule l'année suivante ; le rétrécissement est constaté à ce moment. (Verneuil, *Thèse de Puignet.*)

— Femme de quarante ans, ayant eu un rétrécissement dont l'origine est attribuée à une syphilis ancienne. Mais la malade porte des cicatrices très-marquées à la vulve (suite de chancres, sans aucun doute, car les syphilides de la vulve ne laissent pas de cicatrices). (Trélat, *Bull. Soc. de chir.*, 1872.)

— Femme de quarante-cinq ans, à l'autopsie de laquelle on trouve un rétrécissement du rectum, des *cicatrices* d'anciennes ulcérations autour de l'anus, fistule anale, ulcères cicatrisés à l'entrée du vagin (Henry, *Thèse de Perret, loc. cit.*) La malade avait un nodus sur le tibia et des tubercules pulmonaires.

— Homme adulte ; avait été soumis à des cautérisations énergiques de l'anus trois ans avant la constatation du rétrécissement. Bien que ce fait ne soit pas clair, on peut supposer qu'il y avait un ulcère à la marge de l'anus. (Blanchet, Perret, *Thèse citée.*)

— Enfin une femme de trente-cinq ans, que j'ai actuellement dans mon service, a eu, en avril 1870, des boutons à la vulve. En juillet 1872, elle entre dans mon service avec des condylomes à l'anus et un abcès à la marge de l'anus, qui se transforme en une fistule chancreuse. La muqueuse du rectum est ulcérée et le rétrécissement se produit sous mes yeux. Pour moi, l'origine chancreuse est évidente, mais j'ai voulu apporter une rigueur absolue. En classant ce fait, je l'ai mis dans le groupe des chancres probables.

Voici sept faits de chancres probables au début du rétrécissement.

Le troisième groupe, que j'appelle le groupe des rétrécissements dus à des plaques muqueuses ulcérées du rectum, est le moins nombreux. Mais ici, avant d'aller plus loin, j'ai besoin de m'entendre avec M. Verneuil. Nous n'appelons pas la même chose sous le nom de plaque muqueuse ulcérée. M. Verneuil appelle plaques muqueuses ulcérées les plaques qui suintent et se recouvrent de pus, cela n'est pas la plaque ulcérée. Celle-ci est une ulcération à l'emporte-pièce, résultat de la destruction de toute la partie saillante de la plaque muqueuse qui s'est sphacélée. M. Verneuil a raison de dire que les plaques muqueuses simples ne donnent pas lieu à la formation de cicatrices, mais il ne peut pas croire qu'un ulcère qui a détruit une plaque muqueuse ne donne pas de cicatrice.

Voici les faits :

— Femme, à l'âge de vingt-cinq ans ayant eu la syphilis, et ayant été traitée comme syphilitique, a eu, environ cinq ou six ans plus tard, les signes d'un rétrécissement du rectum. (Panas, *Bull. Soc. de chir.*, 1872.)

— Femme de vingt-trois ans, plaques muqueuses vulvaires ; un an après, fistule recto-vaginale ; deux ans après, récidive de plaques muqueuses. L'année suivante, le rétrécissement est constaté. (Perret, *Thèse citée.*)

— Une femme, dix-huit mois après le début de la syphilis caractérisée par des plaques muqueuses et des boutons à l'anus, a un abcès à la marge de l'anus qui se termine par une fistule. Le rétrécissement est constaté neuf ans après le début de la syphilis. (Lannelongue, Pinguet, *Thèse citée.*)

— Femme de vingt ans, éruption de boutons aux parties génitales. Un an après, elle a un écoulement purulent et sanguinolent par l'anus. Quatre ans après, difficulté pour aller à la selle. Huit ans après, le rétrécissement est constaté. (Panas, *Bull. Soc. de chir.*, 1872). La malade avait des condylomes étendus à l'anus.

— Femme de trente-deux ans ; syphilis traitée à Lourcine par M. A. Guérin ; trois ans après, récidive, abcès et fistule recto-vaginale ; pas de guérison. Rétrécissement constaté trois ans après ; condylomes à l'anus. La malade a succombé à une péritonite tuberculeuse. (Després, *Chancre phagédénique du rectum ; Arch. de méd.*, 1868, et *Revue phot. des hôpitaux*, 1869.)

Voilà cinq cas où le mal débute au moment où il existe des plaques muqueuses, où la syphilis n'est pas douteuse ; et, quoique le rétrécissement soit constaté beaucoup plus tard, on voit manifestement que le mal a eu pour origine quelques-unes de ces plaques muqueuses ulcérées de l'anus, qui forment des rhagades ou fissures remontant dans le rectum et telles que je les ai décrites dans le mémoire que j'ai publié dans les *Archives*. Il y a eu aussi des fistules et des condylomes à l'anus.

Remarquez, messieurs, la valeur de ces faits. Tous montrent que le mal a débuté dans tous les cas moins de cinq ans après le premier accident vénérien ou syphilitique du côté de l'anus. Dans la plupart des cas, c'est à la deuxième année qu'ils ont été constatés.

Dans la moitié des faits (onze fois), il y a une fistule anale ou une fistule recto-vaginale, qui existe avant que le rétrécissement ait été constaté par les malades et le chirurgien. Il est évident que l'ulcération creusant à la fois en surface et en profondeur, par une sorte de phagédénisme térébrant, occasionne la fistule avant la production de la cicatrice, c'est-à-dire du rétrécissement. Cette fistule a un caractère spécial : elle a des bords calleux et suppure beaucoup ; elle récidive ; quelquefois elle a l'aspect chancreux.

Laissez-moi répondre encore à quelques objections. Si vous tenez à la rigueur dans l'observation, ne vous arrêtez pas à cette objection, qu'un rétrécissement constaté à la neuvième année qui suit les premiers accidents de la syphilis est un accident reculé de la syphilis ; le rétrécissement est plus vieux que vous ne le supposez. M. Trélat voit des cicatrices à la vulve, constate un rétrécissement, et il dit : Ces cicatrices sont les traces de la syphilis ancienne. Mais est-il sûr que le rétrécissement n'est point une cicatrice de la même époque que celle qui est à la vulve ? Les observations bien prises ne montrent-elles pas que des malades ont eu des signes de rétrécissement rectal six et sept ans avant qu'eux-mêmes et le chirurgien les constatent ? D'ailleurs, ce fait même n'est-il pas explicable ? La défécation fait ce que ferait le chirurgien s'il était consulté au début du rétrécissement. Le bol fécal fait la dilatation temporaire. On sait quels muscles puissants concourent à la défécation ; l'obstacle formé par le rétrécissement, au début, ne résiste pas à l'effort dans la défécation. Joignez à cela que les malades se croyant constipés prennent force lavements, et font, sans en avoir conscience, un traitement utile.

M. Verneuil ne conçoit pas la rétraction de la cicatrice d'un chancre phagédénique, et tire cette conclusion que la cicatrice d'un chancre du rectum ne peut produire un rétrécissement. J'avoue que, sans avoir l'expérience de M. Verneuil sur le tissu de cicatrice, j'ai vu des chancres phagédéniques larges comme la main, et dont la cicatrice n'avait que la largeur du doigt. La cicatrice s'est donc rétractée comme toute cicatrice intéressant toute la peau et toute la muqueuse, lorsqu'elles ont subi une perte de substance.

M. Panas dit que le rétrécissement n'est point constitué par du tissu de cicatrice, mais par les fibres musculaires hypertrophiées. Il a fourni un seul examen microscopique : j'y oppose celui de M. Verneuil et les miens. M. Verneuil a trouvé dans un rétrécissement des éléments fibro-plastiques, comme dans toute cicatrice jeune. J'ai vu moi-même du tissu fibreux et conjonctif. L'illusion de l'examen microscopique cité par M. Panas vient de ce que l'on a envisagé seulement ce qui était en plus grand nombre dans le tissu du rétrécissement. Oui, les fibres musculaires existent dans le rétrécissement ; mais cela tient à ce qu'ils sont emprisonnés dans le tissu de cicatrice. La structure du rectum nous en donne le motif. Lorsqu'un ulcère a détruit la muqueuse, la couche musculaire est mise à nu ; il n'y a point de membrane fibreuse, point de gaîne entre la muqueuse et les fibres musculaires. La cicatrice comprend donc les muscles, et c'est entre les fibres musculaires que se trouve le tissu de cicatrice, le tissu fibreux et conjonctif.

Telles sont, messieurs, les observations connues jusqu'à ce jour, et où les antécédents du rétrécissement ont été étudiés. Vous voyez que toutes les fois qu'on a eu soin de chercher, on a trouvé que le rétrécissement pouvait être rattaché à une des lésions des premiers âges de la syphilis ou des antécédents vénériens. Tels sont les faits sur lesquels je voulais appuyer mes propositions précédentes.

Les opérations de rectotomie, proposées par MM. Verneuil et Panas, sont, je l'ai dit, des opérations palliatives ne donnant pas de meilleurs résultats que la dilatation temporaire. Voici un fait destiné à le prouver.

Il y a onze ans, j'ai vu une femme de vingt-cinq ans qui, depuis deux ans avait de la constipation, puis, disait-elle, des hémorrhoïdes, à la suite desquelles son médecin avait reconnu une *fente* et une petite *fistule*, pour laquelle elle entra à la Maison de santé, où M. Demarquay l'opéra. Après l'opération, la malade rendait du sang et des mucosités par les selles.

La malade, au moment où je la vis, avait un rétrécissement situé à la partie inférieure du rectum, et qui formait un anneau circulaire. Plein des idées de Velpeau dont je venais d'être l'interne, je fis des sections sur trois points, et je dilatai avec une canule. Six mois après, le rétrécissement se resserrait, et je reconnus que la section du rétrécissement ne faisait pas plus que la dilatation, car, dès que la malade avait cessé la dilatation, le rétrécissement se resserrait. Je prescrivis la dilatation, tantôt avec les mèches, tantôt avec la canule. Depuis 1863, la malade continue ce traitement ; elle prend de fréquents lavements et entretient la dilatation.

J'ai revu la malade en 1868 : elle avait déjà eu trois enfants bien vivants ; elle n'avait point souffert pendant ses grossesses, et continuait à rendre des matières moulées. Elle ne cessait de dilater de temps en temps et de prendre des lavements. Dans les premiers jours du mois de février de cette année, j'ai été voir la malade : je

l'ai trouvée en bonne santé. Depuis 1868, elle avait fait deux fausses couches, en 1870 et en 1871, et elle est actuellement sur le point d'accoucher de son sixième enfant. Elle ne dilate plus que de temps en temps, mais elle boit de la tisane de graine de lin, et prend un lavement chaque fois qu'elle sent le besoin d'aller à la selle. Quelquefois, quand elle a rendu des matières dures, elle évacue quelques glaires, mais ses matières sont toujours moulées. Le rétrécissement laisse pénétrer le doigt indicateur ; il forme une virole résistante, d'une largeur d'environ 0m,01.

Ainsi, voilà un rétrécissement supportable qui, cependant, n'est pas continuellement dilaté et qui laisse vivre la malade onze ans sans accident, grâce à une dilatation intermittente et des soins hygiéniques. Lorsque la rectotomie, quel que soit le procédé, aura mieux fait, je dirai qu'on peut l'accepter.

(A suivre.)

VARIÉTÉS

Dictionnaire de chimie pure et appliquée (1).

Par M. A. Wurtz.

Le quatrième fascicule du deuxième volume vient de paraître. Il est digne de la direction qui préside à cette publication. Nous signalerons quelques articles qui intéressent particulièrement le médecin (Morphine, Mucus, Muscles, Narcéine, Narcotine, Névrine, Nicotine, Nitre). C'est encore dans ce même fascicule que nous trouvons l'article Nomenclature. Il suffit à lui seul pour faire comprendre non-seulement l'utilité, mais la nécessité d'un *Dictionnaire de chimie* à une époque où les progrès de la science donnent lieu à des noms tels que *l'hydrate de triméthylhydroxéthylène-ammonium*, ou encore tels que *ditoluylène-phénylène-triéthyl-triamine*. Tout longs et incommodes que soient de tels noms, ils sont clairs pour le chimiste; mais ceux qui sont peu chimistes sauront apprécier cet article consacré à la nomenclature.

THÈSES

SOUTENUES A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

PENDANT L'ANNÉE 1872.

468. Petit-Bregnat. Du facies considéré comme élément de diagnostic.

(1) In-8°. Parait par fascicules. Prix : 3 fr. 50. Paris, Hachette et Cie.

469. Deschamps. De l'hémorrhagie pulmonaire.

470. Tartenson. De l'emploi du collodion dans le traitement de certaines maladies inflammatoires des yeux.

471. Potel. Comparaison des symptômes de l'hydrocèle et de l'hématocèle de la tunique vaginale et du cancer encéphaloïde du testicule.

472. Grandgury. De la mort subite dans la pleurésie.

473. Morer. Du délire dans les maladies aiguës ; fréquence, pathogénie et valeur pronostique de ce symptôme dans quelques maladies aiguës du poumon.

474. Sostrat. Étude sur la gangrène morbilleuse chez les enfants.

475. Savoye. Une observation d'ostéophytes costaux pleurétiques.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Hôpitaux de Paris. — Un concours public pour la nomination à deux places de chirurgiens au Bureau central sera ouvert le lundi 28 avril 1873, à quatre heures, à l'Hôtel-Dieu.

Le registre d'inscription des candidats sera ouvert le lundi 31 mars 1873, de midi à trois heures, et sera clos le samedi 12 avril, à trois heures.

— L'Association française contre l'abus des boissons alcooliques tiendra sa première séance générale de l'année 1873, sous la présidence de M. Hippolyte Passy, dimanche 2 mars, à quatre heures, au siége de la Société d'encouragement, 17, rue de l'Abbaye.

L'ordre du jour porte : 1° Lecture de M. Pujos sur les législations anciennes relatives à l'ivresse ; 2° communication de M. Lunier sur la production et la consommation des boissons.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Pathologie et clinique chirurgicales, contenant la manière d'examiner le malade, les maladies spéciales des dents, des oreilles, des voies urinaires et des yeux, un Manuel de médecine opératoire, de bandages et d'embaumement. 2e édition, corrigée et considérablement augmentée, par le docteur Fort, ancien interne des hôpitaux, professeur libre d'anatomie à l'École pratique. 2 beaux volumes in-8°, avec 542 figures dans le texte. — Prix : 25 francs *franco*.

Le Directeur : Dr E. Le Sourd.

Paris. — Typographie A. Pougin, quai Voltaire, 13.

BIÈRE FANTA
HYGIÉNIQUE ET NUTRITIVE
BUREAU DES COMMANDES : 18, *Boulevard des Italiens.*

La bière, bien fabriquée, est d'une influence utile sur le développement des systèmes musculaire et osseux ; elle a une grande valeur nutritive. Ces puissantes raisons l'ont fait conseiller par les médecins et les hygiénistes aux mères pendant la grossesse et aux nourrices pendant l'allaitement. Elle est préférable pour elles à toute autre boisson. Elle est très-utile aux convalescents. Les soins minutieux apportés dans le choix des substances et dans la fabrication de la **Bière Fanta**, et les succès obtenus par son usage journalier lui ont valu la préférence d'un grand nombre de médecins français et étrangers.

SIROP ET VIN DE DUSART
Au lacto-phosphate de chaux
DIGESTIFS ET RECONSTITUANTS PHYSIOLOGIQUES

Développent **l'Appétit**, et assurent les digestions dans la **Convalescence** et les **Dyspepsies.** Employés comme reconstituants dans le **Rachitisme**, la *Scrofule*, la *Phthisie*, les affections de **l'Enfance**, et toutes les **Cachexies.**

Le **SIROP FERRUGINEUX DE DUSART** réunit les deux agents les plus puissamment reconstituants : **Fer et Phosphate de chaux.**

Pharmacie, 113, faubourg Saint-Honoré.

AFFECTIONS DE POITRINE, RHUMES, ETC.

« J'ai prescrit plusieurs fois le **SIROP** antiphlogistique de **M. BRIANT** ; il m'a paru remplir parfaitement l'effet qu'on doit en attendre.

« *Signé :* GUERSANT,

« 28 novembre 1828. « Professeur à la Faculté de médecine, Membre de l'Académie. »

Pharmacie BRIANT, 150, rue de Rivoli, Paris.

EMULSION DE GOUDRON VÉGÉTAL DE LE BEUF
Seule préparation contenant le Goudron ni altéré, ni modifié.

M. ADRIAN, dans un travail très-intéressant publié en 1867 (*Bull. de thérap.*, t. LXXII, p. 407), a montré que les *alcalis*, comme les acides, modifient le *goudron* au point de *dénaturer* presque complétement la nature du médicament; il s'ensuit que toutes les *liqueurs concentrées* qui se sont mutuellement copiées, et qui ne sont que des solutés de savon de goudron avec un excès de carbonate de soude, n'offrent plus, comme dit le docteur GUBLER (1), certaines qualités de l'*eau de goudron*, et ne sauraient, par conséquent, remplacer facilement celle-ci dans tous ses usages.

Pour ce motif, le GOUDRON LE BEUF, obtenu par l'intermédiaire d'un corps complétement *neutre*, la Saponine (2), donne un produit qui offre sur tous les autres l'avantage énorme et *absolument indispensable*, de présenter la substance médicamenteuse *ni altérée*, *ni modifiée*, et possédant toutes les propriétés thérapeutiques qui caractérisent le *goudron naturel*.

Doses : *une cuillerée à café* pour un verre d'eau, ou *une cuillerée à bouche* par litre.

Dépôt à Paris, 25, rue Réaumur (ancien 3), et dans toutes les pharmacies.

(1) *Commentaires thérap. du Codex*, par A. GUBLER.— Article GOUDRON VÉGÉTAL, page 143. Paris, 1868.
(2) Principe immédiat contenu dans la *Saponaire* et auquel cette plante doit ses vertus dépuratives et rafraîchissantes. Mais la *Saponine*, corps neutre comme la gomme et le sucre, se trouve en si petite proportion dans cette émulsion (2 millièmes), qu'on peut négliger son action sur l'économie.

Le vrai sirop dépuratif anti-scorbutique du docteur PORTAL se prépare spécialement et exclusivement à la pharmacie SAGE-DANZEL, rue de Buci, n° 7, à Paris.

« Cher Monsieur James,

« Ayez la bonté de m'envoyer, pour l'usage de « mes enfants, un litre de votre excellent sirop « anti-scorbutique, dont j'ai pu bien souvent con- « stater la bonne préparation.

« Dr FODÉRÉ. »

Dans la même pharmacie se trouve tout préparé le Quinquina jaune Royal, pour faire le vin soi-même et instantanément; préparation également très-appréciée. — 1 fr. 15 la dose pour un litre.

DRAGÉES ET ÉLIXIR
AU PROTOCHLORURE DE FER
Du Docteur RABUTEAU
LAURÉAT DE L'INSTITUT (Académie des sciences).

Ces préparations, les plus rationnelles et les plus efficaces, puisqu'il est maintenant prouvé que le fer, pour être assimilé, doit être transformé en protochlorure dans l'estomac, ne produisent pas de constipation et sont tolérées par les personnes les plus délicates.

Vente en gros chez CLIN et Ce, 14, rue Racine Paris). — Détail dans toutes les pharmacies.

ÉLIXIR ET VIN DE COCA
De Joseph BAIN, pharm. inventeur.

Tonique et fortifiant, stimulant énergique, puissant réparateur des forces épuisées. — Convient merveilleusement, en raison de ses *propriétés alibiles*, là où le quinquina est impuissant.

Pastilles digestives de Coca, feuilles de Coca, 56, rue d'Anjou-Saint-Honoré.

CONSOMPTION
PHTHISIE, DIARRHÉE CHRONIQUE
RACHITISME, DIABÈTE au dernier degré.
Traitement par l'ÉLIXIR alimentaire de DUCRO.

VIANDE CRUE ET ALCOOL

très-utiles dans les convalescences, l'anémie, l'épuisement. Prix : 3 fr. 50 à la Pharmacie, 82, rue Rambuteau.—**Gros**, 8, rue Neuve St-Augustin, **Paris.**

SIROP DÉPURATIF
D'ÉCORCES D'ORANGES AMÈRES
A L'IODURE DE POTASSIUM
Préparé par J.-P. LAROZE, pharmacien.
2, *rue des Lions-Saint-Paul, à Paris.*

Les médecins les plus célèbres, spécialement M. le docteur Ph. Ricord et M. le professeur Nélaton, ont choisi pour excipient de l'iodure de potassium le Sirop d'écorces d'oranges amères bien préparé. L'expérience prouve qu'uni à ce sirop, l'iodure de potassium perd sa propriété irritante sur la membrane muqueuse de l'estomac; que jamais il ne détermine d'accès gastralgiques, qu'il s'assimile facilement et que l'intégrité des fonctions est toujours sauvegardée. Comme la cuillerée à bouche, pesant 20 grammes, contient exactement 40 centigrammes d'iodure, et la cuillerée à café, pesant 5 grammes, en contient 10 centigrammes, on arrive, soit d'emblée, soit graduellement, aux doses adoptées par les thérapeutistes.

Dépôt à Paris, rue Neuve-des-Petits-Champs, 26.

NÉVRALGIES calmées à l'instant même par les pilules antinévralgiques du Dr CRONIER.— Dépôt, M. LEVASSEUR, pharm., rue de la Monnaie, 19, Paris. 3 fr. la boîte.

EPILEPSIE
HYSTERIE — NEVROSES

Le SIROP DE HENRY MURE, **au bromure de potassium** (exempt d'iodure), dont l'usage est aujourd'hui universellement répandu, a déterminé un nombre considérable de guérisons publiées dans les recueils scientifiques.

Chaque cuillerée de SIROP DE HENRY MURE contient 2 grammes de **bromure de potassium** d'une pureté chimique irréprochable.

PRIX DU FLACON : 5 francs.

Vente au détail. — A Paris, 16, rue de Richelieu, pharmacie LEBROU.

Vente en gros.— S'adresser à M. HENRY MURE, pharmacien, à Pont-Saint-Esprit (Gard).

PILULES DE HOGG

1° *Pilules nutrimentives à la pepsine acidifiée*, dyspepsie, digestion difficile, diarrhée, vomissements, etc.

2° *Pilules à la pepsine unie au fer réduit par l'hydrogène*, en vue des maladies chroniques et des affections qui en dépendent (pertes blanches, pâles couleurs, menstruation difficile), et de fortifier les tempéraments débilités.

3° *Pilules à la pepsine unie au proto-iodure ferreux inaltérable*, en vue des maladies scrofuleuses, lymphatiques et syphilitiques, la phthisie, la cachexie chlorotique et les affections atoniques générales de l'économie.

On emploie la pepsine Boudault dans ces trois préparations.

Ces pilules ne se vendent qu'en flacons triangulaires chez HOGG, pharmacien-chimiste, rue Castiglione, 2, à Paris, et dans toutes les pharmacies. — Envoi *franco* par la poste.

Aménorrhée, Dysménorrhée.—L'observation médicale confirme chaque jour les propriétés véritablement spécifiques de l'APIOL des docteurs JORET et HOMOLLE comme emménagogues, et sa supériorité bien marquée sur les agents thérapeutiques de la même classe. Le succès est assuré quand l'aménorrhée ou la dysménorrhée est indépendante d'un état anatomique ou d'une lésion organique, mais se rattache à un trouble de l'innervation vaso-motrice de l'utérus et des ovaires. *Il provoque les règles, prévient les coliques, dissipe les douleurs des reins et les tranchées* qui accompagnent souvent les *Epoques*, sans qu'on ait jamais à redouter aucun accident de son emploi, même dans le cas de grossesse.

Le seul moment opportun pour administrer l'APIOL est celui qui correspond à l'époque présumée des règles ou la précède immédiatement. — Dose, une capsule matin et soir pendant six jours.

Dépôt général, pharmacie BRIANT, 150, rue de Rivoli.

GRANULES ANTIMONIAUX
Antimonio ferreux
et antimonio-ferreux au bismuth.
DU DOCTEUR PAPILLAUD

Rapport favorable de l'Académie de médecine de Paris dans ses séances des 8, 15, 22 novembre et 6 décembre 1870.

Nouvelle médication à base d'arséniate d'antimoine.

Granules antimoniaux contre les maladies du cœur, l'asthme, le catarrhe et la phthisie à ses débuts.

Granules antimonio ferreux contre l'anémie, la chlorose, les névralgies et névroses, les maladies scrofuleuses.

Granules antimonio-ferreux au bismuth contre les maladies nerveuses des voies digestives (dyspepsies, etc).

Pharmacie E. MOUSNIER, à Saujon (Charente-Inférieure) et dans toutes les pharmacies en France et à l'étranger. A Paris, aux pharmacies : 141, rue Montmartre ; 86, rue du Bac ; 1, rue des Tournelles ; 1, rue Bourdaloue.

EAU PURGATIVE DE MONTMIRAIL
Près Vacqueyras (Vaucluse)

Sulfatée sodo-magnésique, 17 gr. 30 cent. par litre,
Laxative à un verre.
Purgative à la dose de trois à quatre verres.
Établissement thermal ouvert de juin en octobre.
DÉPOT. — PHARMACIE CENTRALE DE FRANCE,
Rue de Jouy, 7, Paris.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Bureaux : 57, rue des Saints-Pères, 57
PRÈS L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix d'abonnement doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

On s'abonne hors de Paris dans les bureaux des Messageries et chez les Libraires. Les lettres non affranchies sont refusées.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui n'en peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS : Trois mois. 8 fr. 50 c. Six mois. 16 — Un an. 30 —

POUR L'ÉTRANGER le port en sus suivant les derniers tarifs des Postes.

Paris, le 3 mars 1873.

INTÉRÊTS PROFESSIONNELS

Plusieurs de nos confrères qui, pendant les événements de 1870-1871, ont reçu la croix de la Légion d'honneur, viennent de consulter la *Gazette des Hôpitaux* sur la question de savoir si, d'après le décret du Gouvernement de la défense nationale, qui a aboli la décoration pour les services civils, ils n'étaient pas en droit de réclamer le traitement accordé par la loi aux légionnaires *militaires* ? Nous comprenons combien cette question intéresse les médecins qui ont donné sans réserve leur concours à la patrie en deuil et qui ont reçu une distinction dignement méritée et parfois chèrement acquise ; aussi, avons-nous dû, pour leur répondre, puiser à bonne source un grand nombre d'informations.

Le grand Chancelier et le Conseil de l'Ordre ont récemment décidé, sur l'avis préalable du ministre de la guerre, que le traitement de la Légion d'honneur ne serait accordé qu'aux médecins requis, proposés par le médecin en chef de l'armée et nommés par l'intendance militaire, que ces médecins requis aient été attachés à des hôpitaux militaires, à des corps de troupes en campagne (armée régulière, garde mobile ou garde nationale mobilisée) ou au service des secteurs, mais à la condition que la date de la promotion ou de la nomination dans l'ordre ne soit pas postérieure au 31 décembre 1871. On a également fait rentrer, paraît-il, dans cette catégorie privilégiée de légionnaires rémunérés, plusieurs médecins des bataillons de la garde nationale de la Seine, officiellement nommés par un décret du Gouvernement de la défense nationale, sur la proposition du général commandant supérieur, et qui, à l'occasion de plusieurs combats sous les murs de Paris, ont été décorés pour services rendus sur le champ de bataille.

On a dû nécessairement écarter un certain nombre de médecins qui, en dehors du service militaire proprement dit et du contrôle permanent du corps de l'intendance, ont rendu de grands services dans les ambulances de Paris ou dans les ambulances volantes, et qui, s'ils ont reçu une distinction honorablement gagnée, n'ont pu cependant être considérés que comme des collaborateurs dévoués, mais officieux et un peu indépendants des services organisés de l'armée. Le rôle utile de ces médecins auxiliaires n'a point été méconnu un seul instant, puisqu'il a été, au contraire, largement récompensé, mais le mandat extra-militaire des médecins de cette catégorie et l'absence de toute hiérarchie régulière n'ont pas pu permettre une assimilation franche et appeler sur ce groupe de légionnaires les bénéfices d'une dispositon nettement prévue.

La Chancellerie n'a pas pu, faute d'une somme suffisante inscrite au budget de l'État, régulariser en 1872 la position spéciale de beaucoup de nos confrères qui avaient été décorés en remplissant leurs fonctions de médecins requis, mais elle est en mesure aujourd'hui, grâce à une allocation supplémentaire votée en décembre dernier par l'Assemblée nationale, de faire toucher le traitement et les arrérages à tous les ayants droits ; et, pour n'en citer qu'un exemple, nous dirons que les anciens médecins requis de l'hôpital militaire des varioleux de Bicêtre sont entrés récemment en jouissance de ce qui leur était dû, à partir du jour de leur nomination dans l'ordre.

Enfin, nous croyons savoir que la Chancellerie de la Légion d'honneur ne statue définitivement sur les demandes qui lui sont adressées, que lorsque le pétitionnaire a produit sa commission militaire et son ancien livret de solde.

SÉANCE DE L'ACADÉMIE DES SCIENCES

M. Dumas présente le compte rendu fort intéressant d'un ouvrage de M. Fayrer, professeur au collége médical de Calcutta, intitulé : *Histoire des serpents venimeux de l'Inde.* Il résulte de la statistique établie par le savant professeur de l'Inde que, en 1869, *onze mille quatre cent seize* personnes ont succombé à la suite des morsures de serpents. Cette statistique a été recueillie sur une population de 120,972,263 âmes. Le *Cobra* est le plus dangereux des serpents : « quand un *Cobra*, dit M. Dumas, un *Hamadryas*, un *Bungarus* ou un *Daboia* bien portants ont inoculé leur venin, il y a très-peu de chances, si même il en existe, de sauver la personne mordue. »

Le venin produit ses effets délétères soit en paralysant plus ou moins complétement les centres nerveux, soit en empoisonnant le sang. Lorsque la morsure a été faite par un *Cobra*, le

sang se coagule immédiatement; il reste liquide si c'est un Daboia qui a fait la blessure.

Il résulte de l'analyse faite par M. Henry Armstrong à Londres, que le poison du *Cobra* est constitué chimiquement par des produits albumineux. « D'après cela, dit M. Dumas, on serait disposé à rapprocher les venins de ce genre des ferments proprement dits, ainsi qu'on l'a déjà fait pour le virus du vaccin dans ces derniers temps. Mais nous savons bien peu de chose sur ce sujet si digne d'intérêt; il réclame des expériences directes, que l'on pourrait effectuer au moyen du venin de la vipère, comme je m'en suis assuré, autrefois, par des expériences que les circonstances m'obligèrent à interrompre. » Dans tous les cas, ce sujet est digne de fixer l'attention des physiologistes, et M. le secrétaire perpétuel a été bien inspiré en recommandant de telles recherches aux expérimentateurs.

— Dans une nouvelle note, M. Ranvier expose la suite de ses expériences, sur la *régénération* des nerfs sectionnés (1). Depuis les belles expériences de Haller, il est un fait acquis à la science, c'est que les nerfs sectionnés dégénèrent dans un sens déterminé et qu'ils recouvrent leurs propriétés physiologiques spéciales à mesure qu'à cette dégénérescence succède une organisation nouvelle. Là-dessus tout le monde est d'accord; mais il est un point sur lequel les opinions ne sont pas conformes, c'est celui qui touche aux modifications histologiques qui surviennent dans le nerf dégénéré. Haller, par exemple, admettait que les fibres du bout périphérique dégénèrent d'une manière complète, et que les fibres nouvelles qui apparaissent lors de la régénération partent du bout central, et sont formées de toutes pièces à côté des anciennes et sans la participation de celles-ci.

Contrairement à cette opinion, MM. Schiff, Vulpian et Philippeaux, soutinrent que les fibres nouvelles sont formées aux dépens des anciennes, dont la myéline seule aurait disparu et qui, par conséquent, auraient conservé leur membrane de Schwann et leur cylindre d'axe.

En présence de ces opinions contradictoires, M. Ranvier a institué de nouvelles expériences sur le pneumo-gastrique du lapin. Deux ou trois mois après la section, M. Ranvier constatait que le bout central et le bout périphérique présentaient un moignon, ce dernier plus petit que le premier. Entre ces deux moignons, dont la distance a varié de 4 millimètres à 2 centimètres dans les diverses expériences, il existait un filament cicatriciel rectiligne qui, à ses deux extrémités, se confondait avec les bourgeons. Après avoir disséqué et enlevé ces diverses parties, M. Ranvier les a soumises à une macération de vingt-quatre heures dans une solution d'acide osmique au centième, et après cela il les a successivement étudiées avec le microscope.

Dans le bout périphérique, M. Ranvier a constaté que le cylindre-axe disparaissait par le fait de la dégénérescence, et que des fibres nouvelles se formaient soit dans l'intérieur des anciens tubes, soit dans l'intervalle de ces derniers. Ces fibres sont de formation entièrement nouvelle et possèdent chacune une membrane de Schwann propre, bien caractérisée par l'existence des étranglements annulaires et des noyaux qui occupent le milieu des segments. L'épaisseur de ces tubes varie de 2 millièmes de millimètre à 10 millièmes de millimètre de diamètre.

Le bout central a présenté des particularités auxquelles M. Ranvier accorde beaucoup d'importance : « De quelques-uns des gros tubes, dit-il, non dégénérés du bout central et au niveau du dernier étranglement annulaire de ce tube, naissent quatre, cinq ou un plus grand nombre de fibres nerveuses de nouvelle formation qui constituent un petit faisceau nerveux dont l'origine est ainsi dans un seul tube. L'enveloppe de ce petit faisceau est la membrane de Schwann de l'ancien tube conservé. »

Ce sont ces faisceaux provenant de l'extrémité du bout central qui progressent entre les deux surfaces de section et constituent, par leur agglomération, le filament cicatriciel rectiligne dont nous avons parlé plus haut.

Il résulterait de ces observations intéressantes que la régénération du nerf coupé serait due à la procréation de fibres nouvelles par l'extrémité du bout central. Ces fibres constitueraient d'abord le filament cicatriciel et pénétreraient ensuite dans le bout périphérique pour remplacer les fibres dégénérées.

(1) Voir *Gazette des Hôpitaux*, 7 janvier 1873.

HOPITAL DES ENFANTS-MALADES. — M. Bouchut.

Ophthalmoscopie médicale. — Revue cérébroscopique pendant l'année 1872.

Voir dans le fond de l'œil ce qui se passe dans le cerveau malade et donner la signification des phénomènes morbides de la papille, de la rétine, de la choroïde et des vaisseaux rétiniens dans les maladies cérébro-spinales, tel est le but de la *Cérébroscopie*. Depuis 1862, dans la *Gazette des Hôpitaux*, et ensuite dans mon *Traité de diagnostic des maladies du système nerveux par l'ophthalmoscope*, je me suis efforcé d'établir, par de nombreuses observations cliniques, et par l'histologie, les avantages de cette méthode nouvelle, qui est pour le système nerveux ce que l'auscultation et la percussion sont pour l'examen des maladies cardiaques et pulmonaires. Des recherches de même nature, publiées soit en France, soit en Allemagne par Roth, Grohe, Berlin, soit surtout en Angleterre, confirment toutes mes affirmations. Dans ce dernier pays, l'exploration ophthalmoscopique dans les maladies cérébro-spinales est devenue chose classique, et les journaux anglais sont remplis d'observations qui montrent le rapport à établir entre les lésions organiques de l'encéphale et certaines lésions névro-rétiniennes. — Cette année même, en octobre et en novembre seulement, j'y trouve quatre observations des plus intéressantes, que M. le docteur Dubrisay a bien voulu traduire pour moi.

CHARING-CROSS HOSPITAL. — Dr Silver.

Paralysie irrégulière des membres, de la face, du nerf moteur oculaire commun. — Soupçon d'une tumeur cérébrale. — Pas d'autopsie.

Examen des yeux. — Papille droite notablement pâle. — Pas d'atrophie des vaisseaux. (*Medical Times and Gaz.*, 26 octobre 1872.)

LONDON HOSPITAL. — Dr Hughlings-Jackson.

Tumeur et kyste du lobe droit du cervelet chez une fille de vingt ans.

Durée très-longue de la maladie : de mars 1871 au 10 octobre 1871. — Violents maux de tête intermittents. — Vomissements. — Intégrité, puis altération de la vue. — Paralysie des deux muscles droits externes. — Jamais de paralysie des jambes. — Mort subite.

Examen des yeux. — Double névrite optique. — Œil droit : papille soulevée et tuméfiée; le bord confondu avec les parties environnantes; pas de suffusions sanguines; les veines tuméfiées et noirâtres; les artères peu marquées. — Œil gauche : même état; de plus, sur la papille, des taches petites, blanchâtres, non brillantes, de formes irrégulières.

L'auteur insiste sur ce point que la malade a présenté une double névrite optique, bien qu'elle pût encore lire les caractères les plus

fins. Ce fait a déjà été signalé par lui (London, *Ophthalmic Hospital reports*, t. IV. 1865). Dans ce cas, la double névrite est d'une importance extrême au point de vue de la nature de la lésion ; mais elle n'a jamais aucune importance au point de vue du siége de l'affection. (*Medical Times and Gaz.*, 16 novembre 1872.)

LONDON HOSPITAL. — Dr HUGHLINGS-JACKSON.

Tubercule siégeant dans la troisième circonvolution frontale, chez un homme de vingt-deux ans.

(Malade suivi et examiné également par les docteurs Stephen Mackensie et Ambroise Kibbler.)

Convulsions épileptiques, ayant pour point de départ un tremblement dans le pouce de la main gauche.

Le diagnostic de la maladie fut d'abord incertain : on ne crut pas à l'existence d'un produit étranger. Les yeux, examinés à l'ophthalmoscope, par la méthode indirecte, avaient paru sains. Mais, en les examinant de nouveau par la méthode directe, le docteur Kibbler constata sur la papille, le long des vaisseaux, des traînées blanches : sur l'un des yeux, au point de convergence des vaisseaux, il y avait un dépôt de substance blanche. On se demanda si cette substance blanche était une production syphilitique ou un gliôme, ou un tubercule.

L'existence de tubercules dans les poumons trancha la question.

Dans ce cas encore, il n'y a pas eu altération de la vue. (*Medic. Times and. Gaz.*, 30 novembre 1872.)

LONDON HOSPITAL. — Dr HUGHLINGS-JACKSON

(Avec le concours des docteurs Hutchinson, Hearndin et Brudenill Carter).

Syphilis cérébrale chez un homme de trente-neuf ans.

Attaques épileptiformes, ayant leur point de départ dans la joue gauche. — Hémiplégie épileptique. — Perte de la parole à la suite d'une attaque. — Guérison à la suite d'un traitement par l'iodure de potassium.

Dans ce cas, troubles de la vue, de la perception des couleurs.

A l'examen ophthalmoscopique, par la méthode indirecte et la méthode directe, double névrite : boursouflements des papilles ; bords moins nets ; veines larges et tortueuses ; traînées blanches irrégulières; traces d'hémorrhagies récentes ; taches sanguines disséminées.

Quand la vue s'améliore, quand le malade peut lire plus distinctement, l'état anatomique du fond de l'œil s'améliore également. A l'examen indirect, pour un observateur inattentif, il serait normal; mais, à l'examen direct, on voit encore quelques traînées blanchâtres le long des vaisseaux. Les bords de la papille ne sont pas complétement nets ; il y a encore un léger dépôt de matière argentée au niveau de l'entrée des vaisseaux dans la papille. (*Medic. Tims and Gaz.*, 7 décembre 1872.)

Ces faits, publiés en Angleterre, dont il me serait facile de multiplier le nombre, attestent toute l'utilité de la nouvelle méthode dont j'ai proposé l'emploi, et je vais, pour en montrer plus directement les avantages, passer en revue quelques-uns des cas qui ont été observés cette année dans mon service.

1. *Kyste du troisième ventricule et hydrocéphalie.* — Atrophie des deux nerfs optiques. (Observation publiée dans la *Gazette des Hôpitaux*, — mars 1872.)

2. *Sclérose cérébro-spinale.* — Atrophie choroïdienne pointillée ; atrophie de la papille et des vaisseaux. — Cécile Handaye, vingt-deux mois : contracture des quatre membres.

6. *Hémiplégie.* — Œil gauche : exsudat péripapillaire, surtout marqué à la partie inférieure et externe, qui est vague, diffuse et obscure. — Œil droit : atrophie centrale commune de la papille. — Magdeleine Lefèvre, huit ans (19 juin — 10 septembre, Sainte-Catherine, n° 50).

7. *Méningite tuberculeuse.* — Papille diffuse ; névrite et périnévrite optiques; thrombose des veines rétiniennes. — Victoire Avoine, deux ans (7 octobre, Sainte-Catherine, n° 49).

3. *Sclérose cérébro-spinale.* — Atrophie très-marquée des deux papilles ; atrophie et sclérose du nerf et des bandelettes optiques. — Henriette Guillard, trois ans (17 août — 21 août, n° 37).

8. *Méningite.* — Œdème et diffusion péripapillaire ; deux ou trois thromboses dans la veine inférieure ; déviation conjuguée des yeux et de la tête. — Marie Poussier, huit ans (16 avril — 28 avril, Sainte-Catherine, n° 19).

4. *Sclérose cérébro-spinale; hémiplégie incomplète ; contractures partielles.* — Œil gauche : papille aplatie ne présentant plus ses trois disques concentriques ; atrophie commençante.—Œil droit : névrite optique très-caractérisée. — Émilie Domney, huit ans (29 janvier — 6 février, Sainte-Catherine, n° 23).

9. *Idiotie.* — Hyperémie rétinienne. — Marie-Louise Montagne, dix ans (1er juin — 10 juin, Sainte-Catherine, n° 12).

10. *Myélite.* — Papilles aplaties, petites, d'un rouge uniforme, manifestement voilées par l'injection capillaire ; pas d'oblitération des vaisseaux de la rétine ni de la choroïde (observation publiée). — Fanny Schlumberger, quatre ans (18 mars — 28 mars, Sainte-Catherine, n° 46) ; guérison.

5. *Sclérose cérébro-spinale; microcéphalie; rougeole et broncho-pneumonies intercurrentes.* — Œil gauche : suffusion sanguine de la rétine. — Œil droit : atrophie papillaire en croissant. — Jeanne Loisy, deux ans et demi (27 mai — 13 juin, Sainte-Catherine, n° 36); mort.

11. *Hystéro épilepsie.* — En dedans de la papille et à gauche, petite granulation ressemblant à un tubercule de la choroïde ou à un petit point d'atrophie choroïdienne. — Élisa Guibert, quatorze ans (8 juillet — 1er août, Sainte-Catherine, n° 56).

12. *Tétanie.* — Névrite optique; papille rosée à bords un peu confus. — Maria Clerc, onze ans (20 août — 13 septembre, Sainte-Catherine, n° 14) ; guérison.

13. *Hystéro-épilepsie.* — Hyperémie du nerf optique, plus marquée à droite qu'à gauche; guérison par le bromure de potassium. —Marie Blanchette, treize-ans et demi (8 juillet—10 août, Sainte-Catherine, n° 29) ; guérison.

14. *Épilepsie.* — Papille petite, irrégulière, présentant un commencement d'atrophie à gauche, tandis qu'à droite la papille paraît saine. — Examen ophthalmologique pendant une attaque : dilatation des veines rétiniennes, turgescentes et pseudo-variqueuses ; anémie générale du champ choroïdien. — Justine Prunet, treize ans et demi (12 juillet — 12 août, Sainte-Catherine, n° 27).

15. *Névropathie hystérique.* — Champ rétinien de teinte rosée ; veines émergentes de la papille, flexueuse et dilatées. — Élise Jacquen, onze ans (17—29 juin, Sainte-Catherine, n° 52).

(*A suivre.*)

LUXATION INCOMPLÈTE DU GENOU DROIT EN DEHORS

GUÉRISON (1)

Par M. SONRIER, médecin principal.

8e jour. — Très-bon sommeil, un peu de fièvre le soir; pouls à 100, développé; fluctuation plus évidente encore, surtout au bord interne de la rotule, où la peau paraît amincie, tendue. On redoute cette terminaison, qui assombrit le pronostic et on regrette de ne pouvoir, par l'aspirateur, soutirer cet épanchement séro-purulent.

Recouvrir le genou de plusieurs couches de collodion riciné pour fortifier la peau : compression modérée et glace.

9e jour. — Obligé de quitter Jouy, l'observation est continuée par mon aide-major, M. Liénard, qui a prodigué les soins les plus

---

(1) Fin. — Voir le numéro du 25 février 1873.

intelligents à notre intéressant malade. Voici ce qu'il m'écrit : Journée d'hier assez bonne, insomnie presque complète, agitation, rêves pénibles, céphalalgie intense, 120 pulsations; genou tendu avec fluctuation plus manifeste. Badigeonnage collodionné ; glace sur genou. Bouillon, eau rougie.

10e jour. — Grande agitation hier soir, insomnie une partie de la nuit, genou toujours énorme avec chaleur et fluctuation, qui devient plus superficielle.

3e couche de collodion. On supprime la glace. L'aspiration pneumatique n'a pu être pratiquée faute d'instrument.

11e jour. — État général excellent, bon sommeil, 104 pulsations développées, zone érysipélateuse de 5 à 6 centimètres au-dessus du genou. Fluctuation toujours semblable. Collodion; bouillon, côtelette.

12e jour. — Journée et nuit bonnes; la bande érysipélateuse n'a été qu'éphémère, pouls à 96. Sentiment de bien-être. En face de cet état général relativement satisfaisant, on ajourne encore la ponction sous-cutanée; d'ailleurs, sous la couche de collodion, il semble que la peau du genou est moins tendue, et la fluctuation ne paraît pas avoir marché vers la surface, et cependant le compas d'épaisseur mesure toujours la même tuméfaction. Chiendent nitré : 3 grammes.

13e jour. — État satisfaisant, nuit assez bonne, moins de tension dans le genou ; une selle, diurèse abondante. 2 pilules purgatives; chiendent nitré.

14e jour. — Pouls à 90. Nuit calme réparatrice. Cinq selles et diurèse copieuse. Tuméfaction du genou un peu moindre, fluctuation plus obtuse. Bouillons; diurétiques et purgatifs continués. Collodion.

15 et 16e jours. — Même état; 90 pulsations; 8 selles, fluctuation superficielle. A cette date, « j'écris à M. Liénard que, malgré un peu d'amélioration, je doute fort que la résorption puisse être obtenue, et si j'insiste sur ma première proposition, c'est que je considère comme tout à fait indemne et souveraine l'aspiration pneumatique ; si la résorption doit se faire, cette opération, si innocente, n'aura rien compromis; dans le cas contraire, elle enlève le mal, empêche les conséquences d'une rupture cutanée, met plus de chances de guérison de notre côté; c'est énorme. Je ne sors donc pas de ce dilemne, où se trouve enfermée la vie de notre petit Prosper. Essayez encore les vésicatoires. Teinture d'iode. »

17e jour. — On enlève la couche de collodion, la tuméfaction n'a pas diminué, fluctuation plus obtuse, moins superficielle, vésicatoire au-dessous du genou. Purgatifs diurétiques.

18e jour. — Même état. Un nouveau vésicatoire au-dessous de la rotule.

19-20e jours. — Même état. Bouillon, viandes rôties. 2 vésicatoires péri-rotuliens.

Du 21 au 28e jour. — Rien à signaler. Pas de changement dans la situation du malade, bon appétit, bon sommeil et nulle douleur. Même régime.

29e jour. — Les vésicatoires ont produit une diminution notable dans le genou. Appareil silicaté s'étendant des orteils au tiers supérieur de la cuisse. Le membre est replacé dans la boîte Baudens, où il se trouve bien.

30 et 33e jours. — Quelques accès de fièvre erratique. On augmente son régime.

38e jour. — Ouverture de l'appareil, plus de trace de fluctuation dans le genou, qui mesure 36 centimètres et demi, l'autre 35. L'épanchement se résorbe avec rapidité : on réapplique l'appareil, renforcé par cinq courroies. A partir de ce jour, le jeune Prosper se lève et essaye de marcher avec des béquilles; l'état général est très-satisfaisant. Huit jours après, on enlève l'appareil, la tuméfaction résorbée ne mesure plus que 35 centimètres et demi. On commence à imprimer au membre quelques mouvements passifs, qui permettent d'arriver à une flexion de 12 degrés. La maladie, ajoute M. Liénard, a marché mieux et plus vite qu'on n'eût osé l'espérer; l'ankylose elle-même, si elle existe, ne sera pas complète. J'ai peut-être précipité les périodes de traitement, c'est que l'amélioration ne s'est pas démentie un seul jour, et il m'a semblé possible et utile de prévenir de bonne heure les suites de l'immobilité articulaire.

50e jour. — Les mouvements de flexion et d'extension continués, ne donnent pas lieu à trop de souffrances, mais on éprouve de la résistance au delà de 20 degrés. Quelques jours après, la flexion passive est portée à 25 degrés, non sans quelques douleurs supportables cependant, avec chaleur à la jointure et gonflement consécutif de 2 à 3 centimètres. Vésicatoire à l'attache du tendon rotulien. On laisse reposer le membre quelques jours.

Enfin, 67 jours après l'accident, je trouve notre malade dans un état très-satisfaisant, teint fleuri et embonpoint prononcé; le genou, qui mesure encore 36 centimètres et demi (l'autre 35), n'a pas recouvré, il est vrai, ses formes anatomiques avec reliefs et méplats, il a même un aspect globuleux ; mais la guérison est prochaine; pas d'engorgements ni fourmillements dans le pied, même dans la station prolongée. A la place de l'épanchement disparu, on sent, au niveau du tendon rotulien, un empâtement élastique formé d'exsudats plastiques en voie de résorption. Il ne nous reste plus qu'à briser cette ankylose; mais n'allons-nous pas réveiller une arthrite redoutable, à peine assoupie, et qu'il nous sera peut-être difficile de refréner? Ne vaut-il pas mieux agir lentement, avec prudence, comme nous l'avons fait autrefois avec succès dans un cas semblable (*Gazette des Hôpitaux*, 1867, nº 80)? D'un autre côté, trop attendre, ce serait laisser à l'ankylose le temps de se reproduire. On commence donc à faire de légers mouvements, la flexion arrive à 25 degrés, qu'on ne peut dépasser sans réveiller de suite des douleurs vives, et sans rencontrer une résistance qui proteste par des craquements sourds, vous avertissant qu'il faut s'arrêter. Il faut donc doser la quantité de mouvements qu'on doit administrer, tâter la susceptibilité de la jointure, car la réaction qui suit est toujours en raison directe de l'amplitude qu'on fait décrire au membre et de la durée de la flexion, à tel point que d'avance, nous pouvons dire à quel degré va monter la phlogose consécutive. En général, nous préférons une force manuelle intelligente graduée, sur l'état d'acuité ou d'indolence de la lésion, aux machines brutales et aveugles, qui n'ont pas conscience du bien qu'elles peuvent faire et du mal qu'il faut éviter.

On fait donc tous les jours des flexions modérées, qui sont toujours suivies d'un peu de douleur et d'inflammation, mais aussi d'amélioration progressive, au point qu'après quinze jours de manœuvres, la jambe se fléchit à 60 degrés, et la marche, avec une canne, a lieu sans trop de claudication et sans trop de fatigue. Douches froides, teinture d'iode.

Enfin, trois mois après l'accident, l'amélioration s'accentue encore davantage, et la jambe arrive au voisinage de l'angle droit, 85 degrés; il peut faire deux lieues à pied, marche sans boîter, peut même courir, monte et descend un escalier, et n'éprouve aucune faiblesse dans le genou. La guérison est donc définitive : continuera les douches froides et teinture d'iode.

Quand on se rappelle les dispositions anatomiques de cette vaste articulation, où la nature a prodigué les moyens les plus énergiques de solidité, on comprend que les chirurgiens les plus autorisés aient proposé l'amputation de la cuisse. Nous avons essayé à l'amphithéâtre de reproduire cette luxation, et malgré le coefficient énorme de forces déployées par cinq hommes, nous n'avons réussi qu'à déchirer l'attache supérieure du ligament interne. Nul doute par conséquent que, s'il nous avait été donné de faire l'autopsie de cette jointure, nous n'eussions trouvé des désordres considérables, tels que déchirure des ligaments latéraux et croisés, rupture de la capsule articulaire, contusion des surfaces osseuses, épanchement hématique, enfin tous les éléments étiologiques d'une arthrite suraiguë.

On a épuisé les médications les plus diverses, disons les plus rationnelles, avec énergie, insistance, opiniâtreté même. Est-ce

à dire qu'il faille leur attribuer exclusivement le mérite de la guérison ? Nos prétentions sont plus modestes. Je sais bien que les antiphlogistiques au début ont pu modérer le mouvement fluxionnaire; que la glace, en soutirant le calorique, a pu éteindre l'inflammation, les diurétiques, purgatifs, vésicatoires, dériver l'épanchement; que la peau elle-même, dont la rupture eût été fatale, a été fortifiée par ce blindage collodioné; mais pensez-vous que les mêmes moyens employés chez un homme âgé eussent été couronnés par un succès aussi éclatant? Non; avouons donc que c'est sa jeune et forte constitution qui a donné raison à notre chirurgie conservatrice; que son jeune âge lui a valu le bénéfice des circonstances atténuantes; que sa jeunesse a été, comme toujours, un prétexte de guérison; et qu'en définitive, si nous l'avons un peu pansé, Dieu l'a beaucoup guéri.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Séance du 19 juillet 1872 (1). — Présidence de M. Gros.

M. DUROZIEZ, au nom d'une commission composée de MM. Lagneau, Chausit et Duroziez, rapporteur, donne lecture du rapport suivant sur les travaux scientifiques de M. le docteur Sentex, candidat au titre de membre correspondant.

RAPPORT

De M. Duroziez sur la candidature de M. Sentex au titre de membre correspondant.

Messieurs, M. le docteur Sentex se porte comme candidat à la place de membre correspondant de la Société de médecine de Paris. Vous avez nommé une commission composée de MM. Lagneau, Chausit et Duroziez, rapporteur, pour vous rendre compte de ses travaux. Vous l'accueillerez avec empressement, j'en ai pour garants les ouvrages dont je dois vous rendre compte.

Un mémoire est intitulé : *Recherches expérimentales sur l'absorption des liquides à la surface et dans la profondeur des voies respiratoires.* Concours de physiologie 1867. Mémoire couronné par l'Académie des sciences, belles-lettres et arts de Bordeaux, le 23 avril 1868, par M. Paul Delmas et M. Louis Sentex.

M. Louis Sentex, plein de confiance et d'ardeur, entrevoit le jour où la voie respiratoire sera seule utilisée par le médecin pour l'absorption des médicaments, la voie hypodermique délaissée, la seringue de Pravaz vaincue par le pulvérisateur de Sales-Girons, tant l'absorption par les poumons est complète. 3 centigrammes d'extrait de noix vomique injectés dans les bronches tuent un chien dans l'espace de deux minutes : 10 centigrammes introduits dans l'estomac ne produisent aucun effet.

Il est indispensable de n'employer qu'à très-petites doses les médicaments auxquels on fait suivre la voie respiratoire, tellement est exquise la sensibilité du poumon. Des solutions de nitrate d'argent et de perchlorure de fer, nullement dangereuses pour l'estomac, tuent rapidement les animaux qui les reçoivent dans les bronches. C'est que l'atome médicament est mis en contact immédiat avec le globule sanguin au moment de sa régénération par l'oxygène.

La solution de perchlorure de fer à 30° à la dose de 2 grammes pour 100 d'eau a provoqué une autopsie intéressante. Les quatre cavités de l'organe étaient complétement remplies par du sang dur, concrété, intriqué dans les plus fines mailles, assez adhérent pour qu'on eût de la peine à l'arracher. Ces caillots se prolongeaient dans les veines et artères pulmonaires et bronchiques. M. Sentex propose l'injection à l'aide du pulvérisateur dans les hémorrhagies graves incoërcibles.

Le nitrate d'argent doit être banni en raison des accidents qu'il détermine jusque dans les dernières ramifications bronchiques.

L'absorption de l'iodure de potassium par la voie pulmonaire est extrêmement rapide, et bien supérieure sous ce rapport à celle que donne la voie digestive. Les traces, douteuses au bout d'une minute dans le sang artériel, sont certaines au bout de deux minutes. Aucun expérimentateur n'avait donné des chiffres aussi précis.

L'intensité de la réaction va croissant pendant cinq minutes, puis n'augmente plus ou diminue. C'est là une remarque nouvelle.

Au bout d'une heure, il n'y a plus trace du médicament dans le sang veineux, où il a apparu trois minutes après l'injection. Aucun auteur n'a constaté la présence de l'iodure de potassium dans le sang veineux après un aussi court espace de temps.

Injecté dans l'estomac, l'iodure passe moins vite dans le sang.

L'expérience à l'aide du sulfate de quinine n'a pas donné de résultat à M. Sentex.

M. Ancelon de Dieuze a pourtant coupé des accès rebelles, ainsi que M. Bujeon.

M. Georges s'est servi avec succès de la solution de chlorhydrate de narcéine dans du suc de citron; la quantité de sommeil était en rapport avec la quantité de solution pulvérisée.

Réveil a montré que les eaux calciques ou sulfhydriques perdent 66 p. 100 de leur principe sulfuré par la pulvérisation.

Les eaux sodo-calciques des Eaux-Bonnes perdent de 33 à 53 p. 100. Les eaux sulfurées sodiques, telles que Baréges, César et La Raillière, à Cauterets, perdent 2 à 3 seulement.

L'eau des Espagnols, à Cauterets, a un degré sulfuro-métrique plus élevé après la pulvérisation, ce qui s'explique par la concentration de l'eau pendant sa division.

Ce qui fait la perte, c'est la proportion de l'acide sulphydrique, rapidement détruit par l'oxygène.

Les eaux sulfurées sodiques les plus stables perdent 50 p. 100 de leurs principes sulfureux au bout d'une heure de séjour dans une baignoire. L'injection dans les bronches de 300 grammes d'une solution de sulfure de potasse à 10 grammes pour 1000 ne détermine aucun accident.

Il n'en est pas moins vrai que l'eau pulvérisée pénètre jusque dans les vésicules pulmonaires; les expériences faites ou rappelées par M. Sentex le démontrent. Je vous citerai encore les injections d'eau simple faites dans la trachée par M. Sentex pour démontrer leur innocuité.

Première expérience : injection de 300 grammes. Tolérance parfaite.

Deuxième expérience : injection de 810 grammes en cinq fois. Mort par piqûre du bulbe rachidien cinq minutes après la dernière injection. L'estomac contient 300 grammes d'eau. On ne trouve plus une goutte d'eau dans les poumons.

Il vous vient, comme à moi, l'idée de demander si ces 300 grammes représentent bien toute l'eau qui a reflué des poumons dans l'estomac.

Troisième expérience : injection de 875 grammes en deux fois. Mort par piqûre du bulbe au bout de cinq minutes.

On trouve 170 grammes d'eau dans l'estomac. Les voies respiratoires sont absolument vides.

Même réflexion que pour le cas précédent.

Sans doute Goodwin montre que des chats peuvent supporter l'injection de 60 grammes d'eau dans les poumons sans succomber; Ségalas, Mayer répètent ces expériences; Gohier ne tue un cheval, qui avait supporté déjà plusieurs litres d'eau, que par l'introduction rapide de 32 litres d'eau, sans qu'on en trouve une goutte dans les poumons; Béclard affirme qu'il faut injecter d'un seul coup 40 litres de liquide pour asphyxier un cheval.

Je ne puis pas établir la quantité d'eau qui passe dans l'estomac, mais je crois que pour installer une conviction inébranlable dans les esprits, il faudrait lier l'œsophage, et malheureusement l'expérience se compliquerait.

M. Sentex insiste sur le mode opératoire et est étonné de la facilité avec laquelle le larynx supporte la sonde qui sert à injecter le

(1) Suite. — Voir les numéros des 11, 21 janvier, 4 et 11 février 1873.

liquide. Il rappelle les expériences faites par MM. Guinier et Burguet sur eux-mêmes pour montrer comment les liquides peuvent arriver sur les cordes vocales sans provoquer la toux, expériences qui sont acceptées par MM. Moura, Bourouillon.

L'injection ne peut être qu'un procédé expérimental. La pulvérisation est le moyen thérapeutique énergiquement défendu par M. Sales-Girons, qui a établi les conditions auxquelles le liquide pulvérisé peut pénétrer jusque dans le poumon.

(*A suivre.*)

VARIÉTÉS

—

Les hôpitaux de Londres.

Les hôpitaux de Londres se divisent naturellement en deux classes, l'une ayant pour objet le traitement des cas généraux et l'autre destinée à recevoir les personnes atteintes de maladies spéciales, de difformités, d'accidents. A ces établissements il faut encore ajouter la liste des dispensaires qui suppléent aux besoins immédiats des pauvres dans les différentes localités.

Voici la liste des hôpitaux généraux avec la date de leur fondation : Saint-Bartholomew, 1547; Saint-Thomas, 1563; Westminster, 1719; Guy, 1721; Saint-George, 1733; de Londres, 1740; Charing Cross, 1818; Royal Free, 1828; du Nord de Londres ou de l'Université, 1833; Metropolitan Free, 1836; de Middlessex, 1836; King's College, 1836; Sainte-Marie 1851; Great Northern, 1856. En tout, quinze hôpitaux généraux.

L'hôpital Saint-Bartholomew (Saint-Barthélemy), qui figure le premier sur la liste, a été établi sur l'emplacement d'un ancien prieuré. Il est intéressant de noter que cet établissement se conforme aux intentions de son ancien fondateur Rahere, qui avait consacré ses biens « au soulagement de cent malades. » Cet hôpital a été rétabli en 1857 en vertu d'une charte royale.

Depuis ce temps, il a dignement rempli son rôle en ne se bornant pas à recevoir les malades amenés à ses portes, mais en ouvrant une école pour l'étude pratique de la médecine. L'hôpital contient 676 lits, 400 pour les cas chirurgicaux, 26 pour les malades atteints d'ophthalmie et 250 pour les femmes. Chaque quartier est sous la direction d'une « sœur », assistée d'aides nombreux, formant ensemble environ 120 assistants pour les médecins. 6,000 malades, en moyenne, y sont admis chaque année, ce qui fait un peu plus de 16,4 par jour, pendant que 100,000 malades, cas médicaux ou de chirurgie, c'est-à-dire 273,9 par jour, reçoivent des soins à domicile. Dans beaucoup de cas, les malades reçoivent des secours en argent à leur sortie de l'hôpital. Le revenu, en moyenne, de cet établissement est de 40,000 livres sterling.

L'hôpital Saint-Thomas a été fondé six ans seulement après le rétablissement du précédent. Ses nouveaux bâtiments sont situés sur le quai de la Tamise. Il contient actuellement plus de 600 lits. Le nombre des malades internes ne s'élève pas encore à plus du tiers des malades reçus dans le précédent, quoique les revenus soient à peu près les mêmes.

En traversant la période d'un siècle et demi, nous arrivons à l'hôpital de Westminster, fondé en 1719. Il a été construit sur une moindre échelle que les deux précédents et ne peut recevoir que 191 malades. Le nombre moyen des malades en traitement est de 146. L'année dernière, 26,657 malades, ou 73 par jour, ont été secourus, parmi lesquels 1,756, ou 4.8 par jour seulement, dans l'hôpital. La dépense pour l'année a été de 7,381 livres sterling. Ce qui forme le caractère spécial de cet établissement, c'est le fonds de secours pour les malades qui sont renvoyés comme incurables et qui, par conséquent, n'ont pas un traitement à continuer, quoiqu'ils aient d'autant plus besoin d'assistance que leurs maux ne peuvent être que soulagés, sans guérison définitive.

L'hôpital de Guy (Guy's hospital), le seul qui ait pris sa dénomination du nom de son fondateur, a été établi en 1721 par Thomas Guy. D'après sa situation, il est le refuge des pauvres qui habitent la rive méridionale de la Tamise. Il contient en moyenne 510 malades, le nombre des malades internes pendant l'année étant environ de 5,000 ou 13.7 par jour, et des malades à domicile de 70,000 ou 181.7 par jour. Le revenu annuel de cet établissement est de 30,000 livres sterling.

A l'hôpital de Londres (London hospital), situé à l'extrémité de la grande cité, dans Whitechapel road, il y a 590 lits; 190 sont réservés pour les cas provenant d'accidents, si fréquents dans une grande population ouvrière. Le nombre des malades internes en 1870 a été de 5,213, ou 14.2 par jour, et des malades à l'extérieur de 63,736, ou 174.6 par jour. La dépense annuelle a été de 33,342 livres sterling.

Par leur position centrale, les hôpitaux de Charing-Cross et de King's College sont les plus importants de tout le surplus des établissements hospitaliers. Il est remarquable que les revenus assurés de King's College ne s'élèvent qu'au tiers de ses dépenses; son administration ne mérite que plus d'éloges pour l'emploi qu'elle sait en faire.

Sous la dénomination d'hospices, infirmeries, sociétés chirurgicales, nous trouvons ensuite plus de 90 établissements distincts, parmi lesquels 10 pour les enfants, 9 pour les femmes en couches, 6 pour les maladies de poitrine, 5 pour les maladies des yeux, 5 pour les maladies de peau, 5 pour les maladies de consomption, 3 pour l'épilepsie et la paralysie, 3 pour les maladies des pieds. Les autres sont consacrés aux blessures par accidents, à diverses maladies ou infirmités, le cancer, les fistules, les fièvres intermittentes, les maladies de cœur, de l'oreille, des dents, de la gorge, l'anévrysme, la petite vérole, la pierre, les maladies de la colonne vertébrale.

Viennent ensuite les hospices pour différentes catégories de personnes, tels que l'hospice des soldats, à Woolwich, et l'hospice des Juifs. Les homœopathes et les mesméristes ont aussi des établissements conduits d'après leur système ; il existe de plus un établissement galvanique.

Les hospices pour les enfants méritent surtout d'être recommandés. Leur nombre augmente d'année en année. L'un des plus récemment établis est l'*Hospice Évelina*, dans Southward-bridge road, fondé en 1869 par le baron Ferdinand de Rothschild, en mémoire de sa femme, dont il lui a donné le nom. Il contient 300 lits.

Des dispensaires pour la distribution des médicaments, et, dans certains cas, pour le traitement des malades pauvres à domicile, se sont établis dans chaque quartier de la métropole et dans les faubourgs. La plus grande partie de ces excellentes institutions sont soutenues par des cotisations volontaires. Dans quelques cas, les malades payent une faible rétribution pour le traitement et les médicaments; dans un ou deux cas, ils subviennent à leurs dépenses. Il y a environ cinquante dispensaires dans Londres et les faubourgs; les habitants de la localité y sont seuls admis.

Immédiatement après les hôpitaux, les hospices et les dispensaires, viennent les établissements de convalescence. Quand le médecin ou le chirurgien ont terminé leur traitement, le malade n'est que trop exposé à une rechute, à cause de sa faiblesse, du manque d'une nourriture convenable ou du meilleur des toniques que nous donne la nature : le changement d'air. C'est à ce moment que l'asile de convalescence s'ouvre à lui pour deux ou trois semaines, dans la campagne ou au bord de la mer.

En 1857, il n'existait, paraît-il, que deux asiles de convalescence. Le nombre s'en est, depuis, élevé au delà de vingt.

Il existe cinq institutions pour les incurables, dont les plus importantes sont le *Royal Hospital*, à Putney Heath, et le *British Home*, à Clampham Prise.

Le premier a été fondé en 1850; il reçoit 137 pensionnaires et fait une pension de 20 livres sterling à 277 autres personnes. Les pensionnaires appartiennent à une classe plus élevée que celle des indigents et sortent ordinairement des hôpitaux. Le British Home a été fondé en 1861 et fonctionne d'après le même système; il reçoit environ 80 pensionnaires et donne des pensions à 147 personnes.

La dernière catégorie d'institutions charitables est celle qui a pour

objet de former des infirmières. C'est à miss Florence Nightingale, dont on ne doit pas oublier les services pendant la guerre de Crimée, qu'en est dû l'établissement. Une souscription que la reconnaissance publique avait ouverte à son profit s'était élevée à 50,000 livres sterling, elle refusa de l'accepter, si ce n'est à la condition que le montant en serait déposé entre les mains de *Trustees* et employés à former des infirmières. Cette institution fut établie à l'hôpital de Saint-Thomas, où 22 ou 23 femmes reçoivent l'instruction spéciale pour ce service. C'est à elles qu'on s'adresse pour tous les hôpitaux.

L'Eglise d'Angleterre a fondé queques institutions analogues, qui en diffèrent cependant jusqu'à un certain point pour leur règle, aussi bien que pour le costume des « sœurs », comme on les appelle; ces institutions sont dirigées d'après les mêmes principes. Une des plus anciennes est celle des « sœurs infirmières » de Devonshire square Bishopgate, fondée en 1840. Environ 100 « sœurs » y sont employées outre les aspirantes. Elles reçoivent une rémunération annuelle de 25 à 30 livres, plus les vêtements, et sont entretenues dans l'établissement quand elles sont inoccupées. Après douze ans de servicc, elles ont droit à une pension de retraite de 20 livres.

L'institution des *Diaconesses diocésaines de Londres*, établie en 1861, présente un caractère plus ecclésiastique, et tend à faire revivre le diaconat des femmes dans l'Église. Dans cette institution, la plupart des infirmières sont des dames qui donnent leurs services quand elles sont appelées par le clergé ou par l'administration des hôpitaux.

Nous terminerons cette énumération en indiquant encore 109 asiles ou maisons de charité pour les vieillards; la plupart remontant, par la date de leur fondation, à une époque antérieure à 1800.

THÈSES

SOUTENUES A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

PENDANT L'ANNÉE 1872.

476. Testevin. Du tarentisme du quatorzième au dix-septième siècle.

477. Landriau. Du délire nerveux traumatique.

478. Cathelotte. Contribution à l'étude des abcès urineux du périnée.

479. Carivenc. De l'allongement pathologique des os et de ses applications à la chirurgie pratique.

480. Frémy. Étude critique de la trophonévrose faciale (physiologie pathologique).

481. Huret. Tribut à l'histoire de l'embolie des artères vertébrales.

PETITE CORRESPONDANCE

M. le docteur L..., à Amélie-les-Bains. — Gigon (Pierre-Fabien). Essai sur la fécondation artificielle chez la femme dans certains cas de stérilité. — Thèse de Paris, 1871 (n° 162). — Épuisée.

Le Directeur : Dr E. Le Sourd.

Paris. — Typographie A. Pougin, quai Voltaire, 13.

Eaux minérales de Vals acidules.

Gazeuses, Bicarbonatées, Sodiques, analysées par. O. Henri.

Thermalit 13°	Saint-Jean	Rigolette	Précieuse	Désirée	Magdeleine
Acide carbonique libre...	1.425	2.095	2.218	2.145	2.050
Bicarbonate de soude....	1.480	5.800	5.940	6.040	6.280
— de potasse...	0.040	0.263	0.230	0.263	0.255
— de chaux....	0.310	0.259	0.630	0.571	0.520
— de magnésie.	0.120		0.750	0.900	0.672
— fer et mang.	0.006	0.024	0.010	0.010	0.029
Chlorure de sodium......	0.060	1.200	1.080	1.100	0.169
Sulfate de soude et chaux.	0.054	0.220	1.185	0.200	0.235
Silicate et silice, alumine..	0.080	0.060	0.060	0.058	0.097
Iodure alcal. arsenic lit..	indice	traces	indice	indice	traces
	2.151	7.826	8.885	9.142	9.248

Ces eaux sont *très-agréables* à boire à table, pures ou coupées avec du vin. Un excès d'acide carbonique et la proportion heureuse des bicarbonates calciques-magnésiens en font, malgré la plus riche minéralisation qui soit connue en France, des eaux *légères, douces*, essentiellement *digestives*. Dose ordinaire, une bouteille par jour. (*Indiquer autant que possible la source que l'on entend prescrire.*) *Emplois spéciaux* : SAINT-JEAN, maladie des organes digestifs ; — PRECIEUSE, maladies de l'appareil biliaire ; — DESIREE, maladies de l'appareil urinaire ; — RIGOLETTE, chlorose, anémie ; — MAGDELEINE, maladies de l'appareil sexuel.

SOURCE FERRO-ARSENICALE DE LA DOMINIQUE

Acide sulfurique libre..................		1.33
Silicate acide	sesqui-oxyde de fer	0.44
Arséniate »		
Phosphate »		
Sulfate »		
— de chaux..................		
Chlorure de sodium..................		
Matières organiques..................		

Cette eau est arsenicale; elle n'a aucune analogie avec les précédentes. Fièvres intermittentes, cachexies, dyspnée, maladies de la peau, scrofule, maladies organiques, etc.

Les eaux de ces sources se transportent et se conservent sans altération ; elles se trouvent dans les principales pharmacies de France, au prix de 0,80 c. la bouteille en verre noir, revêtue d'une étiquette et coiffée d'une capsule en étain indiquant la source où elle a été puisée.

Apiol des docteurs Joret et Homolle

Médaille à l'Exposition univ. de Londres 1862.

Le commerce délivre sous le nom d'Apiol une liqueur verdâtre, d'une odeur térébinthacée. C'est une imitation très-infidèle de ce puissant emménagogue. Son emploi n'offre aucune des garanties d'efficacité que possède l'Apiol pur, préparé d'après les procédés des docteurs Joret et Homolle, le seul que de savants et consciencieux observateurs ont expérimenté dans les hôpitaux de Paris, le seul qui a été l'objet de rapports favorables.

L'*Apiol pur*, ainsi que le constate un rapport fait à la Société de pharmacie de Paris, *est un liquide huileux, de couleur ambrée, non volatil, plus dense que l'eau*... Toute préparation ne présentant pas ces caractères principaux ne saurait mériter la confiance du corps médical.

Exiger sur le flacon les cachets Joret et Pujol. *Dépôt général*, pharm. Briant, 150, r. de Rivoli.

HÉMATOSINE

De **TABOURIN**, chev. de la Légion d'honneur et **LEMAIRE**, chimiste.

FERRUGINEUX PHYSIOLOGIQUE, ASSIMILABLE

L'Hématosine assure une guérison complète et prompte de toutes les maladies causées par l'appauvrissement du sang.

Chlorose, anémie, scrofule, lymphatisme des enfants, leucorrhée(*flueurs blanches*)**, aménorrhée, maigreur excessive, faiblesse générale, épuisement, convalescences longues et difficiles, etc., etc.**

L'Hématosine est parfaitement supportée par les estomacs les plus délicats ; elle ne constipe pas ; elle passe très-bien sans amener ni fatigue, ni dégoût, ni accidents d'aucune sorte.

Vente en gros chez DESNOIX et Ce, 22, rue du Temple, à Paris. Au détail, chez tous les pharmes.

PILULES DE HOGG

1° *Pilules nutrimentives à la pepsine acidifiée*, dyspepsie, digestion difficile, diarrhée, vomissements, etc.

2° *Pilules à la pepsine unie au fer réduit par l'hydrogène*, en vue des maladies chroniques et des affections qui en dépendent (pertes blanches, pâles couleurs, menstruation difficile), et de fortifier les tempéraments débilités.

3° *Pilules à la pepsine unie au proto-iodure ferreux inaltérable*, en vue des maladies scrofuleuses, lymphatiques et syphilitiques, la phthisie, la cachexie chlorotique et les affections atoniques générales de l'économie.

On emploie la pepsine Boudault dans ces trois préparations.

Ces pilules ne se vendent qu'en flacons triangulaires chez HOGG, pharmacien-chimiste, rue Castiglione, 2, à Paris, et dans toutes les pharmacies. — Envoi *franco* par la poste.

MÉDAILLE D'**OR** ET PRIX DE **16,600** FRANCS

QUINA LAROCHE ÉLIXIR

TONIQUE, RECONSTITUANT et FÉBRIFUGE

Extrait complet des 3 sortes de quinquina (jaune, gris et rouge).

Paris, *rue Drouot, 22, et dans toutes les pharmacies.*

Laroche

GRAND Établissement hydrothérapique

des bains de l'Arve. — Maison de santé, de convalescence et de repos. — *Plainpalais*, Genève (Suisse). — Propriétaire et directrice : Mme RENARD, maîtresse sage-femme, professeur d'accouchement, élève de la Faculté de médecine et des hôpitaux de Paris. — Bains russes. — Turcs. — Fumigations aromatiques. — Maillot. — Piscine d'immersion. — Électricité, etc., etc. — Traitement des maladies des dames, par Mme Renard, dont les succès sont constants depuis 1813. L'étendue de l'établissement permet d'y recevoir les pensionnaires dans toutes les positions de fortune. Les malades peuvent recevoir les soins du médecin de leur choix. Les consultations de Mme Renard ont lieu tous les jours, de 8 heures à midi et de 2 heures à 8 heures du soir. — Un pavillon séparé est réservé aux dames enceintes.

Piano, bibliothèque, journaux, bateaux pour la promenade.

EPILEPSIE

HYSTERIE — NEVROSES

Le Sirop de Henry Mure, **au bromure de potassium** (exempt d'iodure), dont l'usage est aujourd'hui universellement répandu, a déterminé un nombre considérable de guérisons publiées dans les recueils scientifiques.

Chaque cuillerée de Sirop de Henry Mure contient 2 grammes de **bromure de potassium** d'une pureté chimique irréprochable.

PRIX DU FLACON : 5 francs.

Vente au détail. — A Paris, 16, rue de Richelieu, pharmacie Lebrou.

Vente en gros. — S'adresser à M. Henry Mure, pharmacien, à Pont-Saint-Esprit (Gard).

DRAGÉES DE PROTO-IODURE DE FER ET DE MANNE

DE L. FOUCHER (d'Orléans)

Ces dragées ont sur tous les autres ferrugineux l'incomparable avantage d'être aussitôt dissoutes qu'arrivées dans l'estomac, et, en outre, celui non moins important de ne jamais constiper. — 3 fr. le flacon de 100 dragées.

DRAGÉES D'IODURE DE POTASSIUM

(20 CENTIGRAMMES DE SEL PAR DRAGÉE)

DE L. FOUCHER (d'Orléans)

Ces dragées remplacent la saveur désagréable de la solution par le goût agréable d'un bonbon; le dosage est des plus commodes, puisque cinq dragées représentent un gramme d'iodure. Enfin la fidélité du médicament est constante, puisqu'au lieu d'être décomposé comme avec la solution, l'Iodure de Potassium arrive dans l'estomac sans avoir subi la moindre altération. — 4 francs en flacon de 100 dragées.

MALADIES DES VOIES RESPIRATOIRES ET DE LA PEAU

GRANULES ET BAINS

SULFUREUX, DITS SULFO-ACIDULES

DE THOMMERET-GÉLIS

remplaçant les eaux **sulfureuses naturelles** pour boisson et bains de **Baréges**. Un granule représente un verre d'eau *sulfureuse*. — Pharm., 32, *faub. Montmartre*. Dépôt du **SHERRY-KINA**

BIÈRE FANTA

HYGIÉNIQUE ET NUTRITIVE

BUREAU DES COMMANDES : 18, *Boulevard des Italiens*.

La bière, bien fabriquée, est d'une influence utile sur le développement des systèmes musculaire et osseux ; elle a une grande valeur nutritive. Ces puissantes raisons l'ont fait conseiller par les médecins et les hygiénistes aux mères pendant la grossesse et aux nourrices pendant l'allaitement. Elle est préférable pour elles à toute autre boisson. Elle est très-utile aux convalescents. Les soins minutieux apportés dans le choix des substances et dans la fabrication de la **Bière Fanta**, et les succès obtenus par son usage journalier lui ont valu la préférence d'un grand nombre de médecins français et étrangers.

PANCRÉATINE DEFRESNE

ET LES PRODUITS QUI EN DÉRIVENT

EMPLOYÉS DANS LES HOPITAUX DE PARIS

(Voir le Mémoire présenté à l'Académie de médecine.)

La **Pancréatine Defresne** perd un tiers de sa force dans l'estomac, mais continue son action dans le duodenum en présence de la bile alcaline. Elle rend assimilable, 15 fois son poids de corps gras; elle digère 50 fois son poids de fibrine; 140 gr. d'empois ou 8,90 d'amidon.

ELLE RÉUSSIT BIEN DANS LES

DYSPEPSIES, GASTRITES, GASTRALGIES ET AUTRES AFFECTIONS DES ORGANES DIGESTIFS.

L'HUILE DE FOIE DE MORUE DEFRESNE

émulsionnée par la **Pancréatine**, est inappréciable dans les maladies de poitrine.

La Pancréatine, l'Huile de foie de morue pancréatique, l'Émulsion pancréatique, les Pilules, le Vin et l'Élixir pancréatiques, se trouvent à la pharmacie Defresne, rue des Lombards, 2 et 4, et dans toutes les autres pharmacies. — ON Y TROUVE AUSSI LE

GOUDRON DEFRESNE

Liqueur préparée physiologiquement à l'aide de l'acide cholique et ayant tout l'arome et toutes les propriétés du goudron.

N° 27. — JEUDI 6 MARS 1873. 46e ANNÉE. JEUDI 6 MARS 1873. — N° 27.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Bureaux : 57, rue des Saints-Pères, 57
PRÈS L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix d'abonnement doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

On s'abonne hors de Paris dans les bureaux des Messageries et chez les Libraires. Les lettres non affranchies sont refusées.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1858 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui n'en peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS : Trois mois. . 8 fr. 50 c. — Six mois. . . 16 — — Un an. . . . 30 —

POUR L'ÉTRANGER le port en sus suivant les derniers tarifs des Postes.

Paris, le 5 mars 1873.

SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

Après la lecture du rapport de M. Jolly pour le prix Civrieux — lecture faite au milieu des conversations peu respectueuses des membres de l'Académie — la parole a été donnée à M. Hardy sur la question de l'inspectorat des eaux minérales.

On verra plus loin que M. Hardy soutient l'inspecteur, demande l'abolition de l'inspecteur adjoint, réclame une double présentation pour la place d'inspecteur et par l'Académie et par le comité consultatif d'hygiène.

Tout en rendant justice au sentiment de conciliation qui anime M. Hardy, il nous est impossible de soutenir son programme. Pour être mitigés, les inconvénients si graves relevés par la majorité — pour ne pas dire la presque unanimité — de la presse n'en restent pas moins dans tout ce qu'ils ont de blessant, d'injuste et de peu digne pour le corps médical.

HOPITAL DES ENFANTS-MALADES. — M. BOUCHUT.

Ophthalmoscopie médicale. — Revue cérébroscopique pendant l'année 1872 (1).

16. *Épilepsie.* — Hémi-névrite optique à droite, caractérisée par la déformation de la papille, qui est plus ovale et plus petite qu'à gauche. Toute la moitié externe est rouge et diffuse ; la moitié interne est globuleuse, bleuâtre, nacrée et beaucoup moins vasculaire. — Œil gauche : papille normale avec les cercles concentriques naturels. — Léontine Viats, treize ans (5 septembre — 11 octobre, Sainte-Catherine, n° 30).

17. *Pseudo-épilepsie.* — Perinévrite optique; œdème péripapillaire. Infiltration grisâtre demi-transparente, voilant la papille. Les vaisseaux sont flexueux; on ne voit que les anses; l'exsudation en cache le fond ; vaisseaux rétiniens flexueux. — Marie Cornillon, trois ans (9 août — 1er septembre, Sainte-Catherine, n° 24).

(1) Fin. — Voir le dernier numéro.

18. *Fièvre typhoïde et méningite typhoïde.* — Papille diffuse ; ne se reconnaît qu'aux vaisseaux qui en émanent et qui sont normaux. Le fond de la papille est rouge hyperémié à vaisseaux nombreux, sans thrombose. — Eugénie Cornu, douze ans (30 septembre — 19 octobre, Sainte-Catherine, n° 17).

19. *Fièvre typhoïde et méningite typhoïde.* — Œil droit : œdème péripapillaire sur la moitié externe ; vaisseaux dilatés dans le champ rétinien et dans la zone péripapillaire. Au niveau de la papille, les vaisseaux sont un peu moins volumineux que dans le reste de leur parcours. — Œil gauche : pinceau vasculaire abondant émergeant de la papille, formé de quatre grosses veinules rouge noirâtre. — Aline Geoffroy, sept ans (19 août — 5 septembre, Sainte-Catherine, n° 23).

20. *Fièvre typhoïde et méningite typhoïde; mort.* — Congestion de la papille et de la rétine des deux yeux. — Amélie Bagaerts, quatorze ans (2 — 14 octobre, Sainte-Catherine, n° 4).

21. *Fièvre typhoïde et méningite typhoïde; mort.* — Dilatation pseudo-variqueuse des veines rétiniennes ; hémi-hyperhémie de la papille. — Joséphine Cordonnet, onze ans (28 septembre — 10 octobre, Saint-Catherine, n° 11).

22. *Fièvre typhoïde et méningite typhoïde; guérison.* — Œdème papillaire double, caractérisé par une diffusion légère qui laisse entrevoir la papille voilée comme à travers un nuage. Amélie Rouge, douze ans (15 février — 20 mars, Sainte-Catherine, n° 8).

23. *Scarlatine, mal de Pott cervical et myélite.* — Périnévrite optique avec augmentation de volume des vaisseaux rétiniens. — Marie Van Ghelem, 5 ans (28 octobre — 4 novembre, Sainte-Catherine, n° 3).

24. *Angine couenneuse et leucocyte; mort.* — Champ rétinien gris rosé, très-pâle. Décoloration de la région péripapillaire (rétinite leucémique commençante ? ou œdème rétinien ?). — Estelle Lubuard, six ans (16 juillet — 18 juillet, Sainte-Catherine, n° 4).

25. *Diphthérie cutanée, néphrite parenchymateuse (convulsions utérines); mort.* — Examen ophthalmoscopique pendant l'attaque : Phlébectasie rétinienne ; œdème péripapillaire; opalescence du champ rétinien. — Suzanne Grandin, deux ans (13 — 21 juillet, Sainte-Catherine, n° 48).

26. *Épilepsie.* — Valentine Mathurin, neuf ans (13 mai 1872 — 30 décembre 1872) ayant une double névrite, et, pendant les attaques, resserrement des vaisseaux rétiniens, tandis que, pendant le repos ou l'intervalle des convulsions et dans le sommeil, ils étaient fort dilatés. Ces alternatives de dilatation et de resserrement des vaisseaux ont pu être observés plusieurs fois dans le cours d'une crise.

27. *Épilepsie.* — Marie Taysse, 9 ans (7 juin 1872), périnévrite exsudative de l'œil gauche et névrite simple de l'œil droit.

28. *Hémiplégie.* — Gruelle, quatre ans, entrée le 16 septembre 1872. — Hémiplégie droite datant de deux mois ; névrite et périnévrite exsudative.

29. *Méningite et tubercule du cervelet.* — Marie Vivien, quatre ans. — Tubercule énorme du cervelet : 5 centimètres sur 3; double névro-rétinite plus marquée à gauche qu'à droite.

30. *Tubercule de la protubérance.* — Émilie Dubersan, quatre ans. — Énorme tubercule de la protubérance; mort par la scarlatine intercurrente; atrophie papillaire incomplète du côté droit.

31. *Méningite tuberculeuse.* — Burel, six ans (19 octobre 1872). — Double périnévrite bien caractérisée; tromboses phlébo-rétiniennes; large exsudat rétinien à droite.

33. *Hémiplégie à droite.* — Froideval, cinq ans (23 septembre 1872).—Double névrite optique très-caractérisée; vaisseaux propres du nerf optique très-nombreux. Pas d'exsudat péripapillaire.

34. *Méningite tuberculeuse.*— Mahieur (22 juillet 1872), onze ans. — Méningo-encéphalite tuberculeuse; double névrite optique; thromboses phlébo-rétiniennes; quatorze tubercules de la choroïde.

35. *Méningite tuberculeuse.* — Bernou, trois ans (22 mai 1872). — Double névrite optique; exsudat péripapillaire; thromboses phlébo-rétiniennes; nombreux tubercules.

36. *Méningite tuberculeuse.* — Mabille, sept ans (14 maï 1872). — Névro-rétinite double, bien plus marquée à droite qu'à gauche.

37. *Méningite tuberculeuse.* — Hambert, treize ans (9 février 1872. — Névro-rétinite avec thromboses à droite, et l'autopsie montre que c'est de ce côté que se trouvent surtout les lésions de la méningite.

38. *Méningite tuberculeuse.* — Maljeux, douze ans (22 juillet 1872). — Double névro-rétinite très-caractérisée ; innombrables granulations tuberculeuses de la choroïde.

39. *Méningite aiguë.* — Lacombe, onze ans (22 mai 1872). — Névro-rétinite gauche; choroïdite exsudative ayant perdu l'œil droit. Guérison.

40. *Paralysie diphthéritique.* — Descheyver, neuf ans. Entrée le 20 juilet 1872. — Angine couenneuse suivie de paralysie du voile du palais et d'amblyopie; névrite optique avec exsudat autour de la papille gauche.

41. *Tétanie.* — Des R..., onze ans. — Affecté de contracture des extrémités depuis un mois; double hyperémie très-caractérisée du nerf otique.

42. *Mort réelle et mort apparente.* — Plusieurs enfants ayant succombé avant ou pendant ma visite, j'ai pu faire constater la possibilité du diagnostic immédiat et certain de la mort. — A l'instant même, décoloration de la choroïde par viduité du réseau capillaire ; — disparition progressive de la papille, qui a presque la même teinte que la choroïde décolorée ; — disparition des artères de la rétine qui sont vides de sang ; disparition de la plupart des veines rétiniennes, également vides, et, dans celles qui conservent du sang, interruption de la colonne sanguine.

Je citerai enfin de nombreux cas de chorée violente, dans lesquels l'ophthalmoscope m'a permis de découvrir une hyperémie papillaire si accentuée, que j'ai dû la considérer comme étant de nature pathologique et l'attribuer à une paralysie vaso-motrice provoquée par l'irritation spinale transmise au nerf grand sympathique.

Dans cette revue, nous trouvons la plupart des maladies des méninges, du cerveau et de la moelle épinière ayant produit des lésions du nerf optique, de la choroïde, de la rétine et des vaisseaux rétiniens. Il n'est donc pas impossible au médecin, la coïncidence de ces lésions étant bien établie, de remonter de ces lésions à celles de l'appareil cérébro-spinal, et c'est bien là chercher à voir dans le fond de l'œil ce qui se passe dans le cerveau malade. Tel est le but de la *cérébroscopie.*

Dans les faits que je viens de résumer, il s'agit de méningites simples, de méningites tuberculeuses et de méningites typhoïdes, —de tubercules du cervelet et de la protubérance, —d'hydrocéphalie,—de kyste du troisième ventricule,—de scléroses cérébro-spinales,—d'hémiplégies,—de myélite,—de paralysie diphthéritique, — d'épilepsies, — de chorées, — de contracture des extrémités ou tétanie, etc. Eh bien, dans tous ces cas, j'ai montré qu'il existait, dans le fond de l'œil, sur le nerf optique seul (névrite optique), sur le nerf optique et sur la rétine (névro-rétinite), sur la choroïde (choroïdite tuberculeuse), sur la rétine enfin, des lésions qui révélaient le véritable caractère des symptômes observés chez les malades. C'est là un fait considérable, et à mesure que nous avancerons dans cette recherche, nous en comprendrons de plus en plus l'importance.

Il ne m'a pas suffi d'établir le fait de cette coïncidence des lésions névro-rétiniennes avec les maladies cérébro-spinales, j'ai essayé d'en découvrir les lois, et voici les résultats auxquels je suis arrivé. Ils font parfaitement comprendre le mode d'action des maladies du cerveau et de la moelle épinière sur le développement des lésions intra-oculaires.

1° Toute composition extérieure ou intérieure du cerveau (hémorrhagie méningée, hydrocéphalie aiguë ou chronique, thrombose des sinus de la dure-mère gênant la circulation de l'encéphale, tumeur cérébrale ou crânienne comprimant les sinus, etc.), empêche le retour du sang veineux de l'œil dans le crâne et produit la dilatation, la varicosité, la thrombose des veines rétiniennes et l'œdème péripapillaire.

2° Toute inflammation des méninges et de la substance du cerveau se propage aux nerfs optiques, soit directement par le tissu du nerf, soit, comme l'a montré le professeur Key, par l'espace sous-arachnoïdien, qui s'étend sur le nerf optique jusques à la sclérotique et la suffusion séreuse, vient comprimer le nerf à l'endroit de son épanouissement ;

3° Toute maladie de la moelle épinière peut, en raison des communications de cet organe avec le grand sympathique, agir sur l'œil comme le fait une irritation de ce nerf au cou et produire l'hyperémie, la névrite et l'atrophie optique.

Ainsi se produit, au début de l'atonie locomotrice, cette hyperémie optique que j'ai signalée, dont j'ai présenté des exemples à la Société de biologie, et qui conduit à l'amaurose par atrophie du nerf optique que connaissent tous les médecins.

Trois causes différentes peuvent donc expliquer le développement des lésions intra-oculaires dans les maladies cérébro-spinales ; — 1° *L'action mécanique*, quelle qu'en soit la nature, qui empêche le sang veineux de rentrer librement dans le crâne et détermine l'hyperémie, l'œdème, et avec le temps des altérations de nutrition pouvant aller jusqu'à l'atrophie optique ; — 2° *L'irritation inflammatoire descendant du cerveau dans l'œil* par le nerf optique, qui produit d'abord l'hyperémie, puis les différents exsudats, et enfin l'atrophie ; — 3° Enfin, *l'action reflexe du grand sympathique* qui, dans les maladies spinales détermine l'hyperémie par atonie vaso-motrice, et plus tard aussi l'atrophie, car il n'y a pas d'hyperémie prolongée qui ne produise d'altération trophique dans les parties hyperémiées.

RECHERCHES SUR LA CONSERVATION TEMPORAIRE DES CADAVRES (1)

Par M. le docteur Ch. Leprieur.

D'une consciencieuse étude sur les substances antiputrides, il résulte que, pour la conservation temporaire des cadavres, on peut

(1) In-8°. Paris, 1873. — Adrien Delahaye.

faire usage du mélange aqueux d'acide phénique, d'acide arsénieux, d'acétate de soude et de glycérine.

Tout en conservant parfaitement le cadavre, pendant la période de dissection, ce mélange ne change en aucune façon l'aspect normal des tissus et ne les modifie pas comme les solutions de chlorure ou de sulfate de zinc et même de sulfite de soude. Il n'émousse pas le tranchant des scalpels, n'offre aucun danger, laisse aux tissus un aspect plus normal que ne le font les solutions Brissand et Laskowski; il est, enfin, d'un prix bien inférieur à ces dernières.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 4 mars 1873. — Présidence de M. Depaul.

CORRESPONDANCE OFFICIELLE

M. le ministre de l'instruction publique adresse l'ampliation du décret rendu sur sa proposition, par lequel l'élection que l'Académie de médecine a faite de M. le docteur Moutard-Martin dans la section de thérapeutique est approuvée.

Après lecture du décret, M. le président invite M. Moutard-Martin à prendre place parmi ses collègues.

M. le ministre de l'agriculture et du commerce adresse le rapport de M. le docteur Gubian, médecin-inspecteur des eaux minérales de la Motte, sur le service médical de cet établissement pendant l'année 1871 (commission des eaux minérales).

CORRESPONDANCE MANUSCRITE

M. Pécholier, secrétaire général de l'Association de prévoyance et de secours mutuels des médecins du département de l'Hérault, transmet à l'Académie la formule suivante d'un vœu qu'elle a adressé au ministre de l'agriculture et du commerce : « L'Association de prévoyance et de secours mutuels des médecins du département de l'Hérault, convaincue qu'il existe des abus dans le mode de fonctionnement actuel de l'inspectorat des eaux minérales, appelle sur ces abus l'attention du Gouvernement à l'occasion du nouveau projet de loi préparé sur cette matière. »

M. Descamps, chirurgien-dentiste à Constantinople, adresse un travail sur le manuel pratique du vulcanisateur à action directe et de l'articulateur pour la prothèse dentaire.

M. Bérenger-Féraud, médecin en chef de la marine au Sénégal, adresse un mémoire sur la fièvre bilieuse mélanurique (bilieuse dite hématurique des pays chauds) (commission des épidémies).

M. Lucien Papillaud informe l'Académie qu'il se présente comme candidat au titre de membre correspondant national, et il adresse à l'appui de sa candidature la liste de ses travaux.

M. Guibert adresse une notice sur l'anthrax et son traitement (comm.: M. Verneuil).

PRÉSENTATIONS

M. Larrey présente : 1° de la part de M. le docteur Armand, un ouvrage intitulé : *Traité de climatologie générale du globe;*

2° Au nom de M. Charles-Alex. Gordon (de Londres), un ouvrage intitulé : *Leçons sur l'hygiène et la chirurgie pendant la guerre franco-prussienne.*

M. Jules Guérin offre en hommage à l'Académie le compte rendu de la quatrième séance annuelle de l'Association française contre l'abus du tabac et des boissons alcooliques.

Ce compte rendu comprend, entre autres travaux, le discours prononcé par M. Jules Guérin en qualité de président.

— M. le Président annonce que l'Académie se formera en comité secret à quatre heures et demie, pour entendre la lecture du rapport de M. Bernutz au nom de la section de pathologie médicale sur les candidats à la place vacante dans cette section.

RAPPORTS

M. Jolly, au nom de la commission du prix Civrieux, donne lecture du rapport sur le concours du prix Civrieux pour l'année 1872.

Les conclusions de ce rapport seront discutées et votées en comité secret.

L'ordre du jour appelle la suite de la discussion sur l'inspectorat des eaux minérales.

La parole est à M. Hardy.

Discussion sur l'inspectorat des eaux minérales.

M. Hardy s'excuse de prolonger la discussion, mais il croit la question importante pour l'Académie, qui peut donner un avis impartial et éclairé aux pouvoirs publics appelés à décider en dernier ressort sur la constitution des établissements d'eaux minérales; elle est également très-importante pour les médecins qui pratiquent auprès des sources thermales. C'est une question d'hygiène publique d'un grand intérêt professionnel.

Il est évident qu'en dehors de l'Académie une certaine agitation, un certain courant se sont élevés contre la constitution qui régit depuis de longues années les établissements d'eaux minérales; il est indispensable de savoir ce que veulent les adversaires du régime actuel et sur quelles raisons ils s'appuient pour blâmer ce qui existe et en demander le changement. Sous ce rapport, M. Jules Guérin a rendu un véritable service en se faisant l'éloquent interprète des ennemis de l'état actuel. Il a formulé des plaintes très-vives, il a appuyé ses accusations d'arguments variés, que je demande la permission d'examiner.

Je m'intéresse beaucoup à cette question, à laquelle je crois n'être pas étranger, ayant visité la plus grande partie des établissements thermaux en France et à l'étranger.

Je crois les partisans de la liberté absolue de l'exploitation des eaux minérales trop peu nombreux ici pour qu'il soit nécessaire de s'arrêter à discuter ces détails. Ce serait surtout la liberté de mal faire. Personne ne la réclame. S'il n'y a pas liberté, il y a nécessité de surveiller l'administration des eaux, de s'assurer si les eaux livrées aux malades sont pures de tout mélange, si les prescriptions faites sont scrupuleusement exécutées; il faut également s'efforcer d'améliorer graduellement tout ce qui a trait à l'administration des eaux sous le rapport de la quantité, de la pureté, etc. Il faut veiller à ce que les lois de l'hygiène soient observées dans les divers endroits où l'eau est employée en boissons, en bains, en douches, etc. Tout le monde est à peu près d'accord ici que ces fonctions de surveillance et d'amélioration doivent être exercées par des médecins; seulement, et c'est ici que commence la divergence d'opinion, les uns sont d'avis que ce médecin, surveillant de l'exploitation, directeur des améliorations, doit toujours être le même, qu'il doit être nommé par le Gouvernement, que ce doit être un fonctionnaire public; les autres, au contraire, pensent que ces fonctions de contrôle et de direction doivent être exercées par des médecins sans aucune attache avec le Gouvernement, puis par des médecins libres.

Examinons la question.

On dit d'abord, et M. Jules Guérin a insisté sur ce point, que l'institution des inspecteurs officiels blesse les sentiments d'égalité? Cette raison est-elle bien sérieuse? Est-il bien possible de faire passer tous les médecins, même ceux qui pratiquent autour d'une source d'eaux thermales, sous ce niveau égalitaire? Encore bien qu'il n'existera plus d'inspecteurs, n'y aura-t-il pas toujours des différences, des distinctions qui établissent des inégalités entre les uns et les autres? L'égalité professionnelle n'existe pas et n'existera jamais, parce que là, pas plus qu'ailleurs, l'égalité n'est ni dans nos mœurs ni même dans la nature.

Le privilége, le monopole en faveur de l'inspecteur que l'on a mis en avant, sont de bien gros mots pour de bien petites choses. Il n'y a là, à proprement parler, ni privilége, ni monopole. Tous les médecins libres peuvent voir des malades, comme l'inspecteur.

Dans beaucoup de stations, l'inspecteur n'est pas celui qui a le plus de malades, et quand nous envoyons nos clients aux eaux, en les adressant à un médecin, nous ne regardons pas s'il est inspecteur.

Quant aux faits de personnes qui, allant aux eaux et n'ayant pas de médecin désigné, s'adressent à l'inspecteur parce que ce titre le désigne à leur choix, est-ce là un fait fâcheux? Il est dans l'intérêt des malades qui, en s'adressant à l'inspecteur, ont plus de chances de trouver un médecin capable.

Il en est des fonctions de l'inspectorat comme de toutes les positions médicales qui donnent de la considération, et il ne viendra à personne l'idée de supprimer les médecins des hôpitaux, les professeurs des Facultés, voire même les membres de cette Académie, parce que le titre dont ils sont pourvus peut leur donner une clientèle plus choisie. L'essentiel, pour moi, n'est pas de supprimer les fonctions d'inspecteur, mais de chercher à ce qu'elles soient confiées aux plus capables et aux plus dignes.

On a a parlé de l'intérêt général, de l'intérêt du pays dans lequel se trouvent les eaux minérales. On a cité les conseils municipaux, les conseils généraux demandant la suppression de l'inspectorat.

Pour connaître la valeur de cet argument, il est indispensable de se rendre compte de leur composition. Dans les conseils municipaux des villes d'eaux figurent, comme membres influents, des médecins de la localité qui ne sont pas partisans de l'inspectorat parce qu'ils n'ont pas son nom, et qui s'élèvent contre cette fonction parce qu'ils ne la possèdent pas. Ils sont d'autant mieux écoutés, que dans ce conseil il y a souvent des régisseurs, des employés des établissements thermaux qui n'aiment pas l'inspecteur uniquement parce qu'il est leur surveillant, leur chef. Dans le pays même, l'inspecteur n'a pas l'auréole dont l'a entouré M. Guérin; bien au contraire, il est envié, suspecté; on lui en veut par cette seule raison qu'il n'est pas du pays. C'est un étranger qui n'est le parent, ni le voisin, ni le compatriote de personne; et c'est là une qualité précieuse d'indépendance pour le service de contrôle dont il est chargé.

Une chose qui paraît plus sérieuse, c'est l'adresse des médecins de Lyon. Mais là encore il faut rendre aux faits leur physionomie. Des explications que M. Hardy donne sur ce fait, il résulterait à ses yeux que c'est parce que la promesse faite par le Gouvernement français, lors de l'annexion de la Savoie, de maintenir le régime de la commission médicale, ne put pas être tenue comme contraire à la loi, et peut-être aussi par un sentiment d'opposition, que fut prise la décision citée.

Après avoir ainsi examiné les principaux arguments des adversaires de l'inspectorat, M. Hardy, passant à l'examen de ce qu'ils veulent mettre à la place, apprécie en ces termes le système des commissions dont feraient partie tous les médecins exerçant à une station.

Si le président élu par ses confrères pour remplir les fonctions de l'inspectorat est élu plusieurs fois de suite, il devient le véritable chef de la corporation, c'est un privilégié qui a tous les inconvénients de l'inspecteur; c'est un inspecteur élu au lieu d'être nommé par le gouvernement; il blesse également les droits de l'égalité.

Dans une autre hypothèse, chaque médecin arrive à son tour président; mais alors n'est-il pas à craindre que, pendant certaines années, le président ne possède pas toutes les conditions de capacité, d'indépendance et d'honorabilité voulues?

Et d'ailleurs, toutes ces questions de commission ne sont applicables qu'à un nombre restreint de stations. Dans certaines stations, il n'y a qu'un ou deux médecins, et s'il n'y avait pas d'inspecteur, il y aurait souvent des médecins au-dessous de leur tâche.

Je crois donc, pour ma part, qu'on doit conserver les inspecteurs: je crois qu'on trouvera en eux plus d'indépendance, plus de capacité, plus de responsabilité que dans un médecin élu. Mais, pour que ces fonctions soient respectées, pour que ces conditions de capacité scientifique, d'honorabilité professionnelle, soient remplies, je demanderai un nouveau mode de recrutement des inspecteurs.

Je voudrais que les inspecteurs fussent nommés par le Gouvernement et choisis parmi les candidats figurant sur une double liste présentée, d'une part, par le comité supérieur d'hygiène, et, d'autre part, par l'Académie de médecine. Cette ingérence de l'Académie dans la nomination des inspecteurs me paraît justifiée par ses rapports avec le Gouvernement, par sa mission d'indiquer les améliorations à opérer dans le régime des établissements thermaux.

Je demande également que les attributions de l'inspecteur soient augmentées; je voudrais notamment qu'ils eussent le droit de révoquer les employés indociles ou incapables. Je désirerais également qu'on ne pût faire aucun aménagement nouveau des eaux, aucun changement sans demander l'avis de l'inspecteur.

Je serais encore d'avis de supprimer les inspecteurs adjoints, qui sont inutiles et font une concurrence fâcheuse aux médecins libres, sans aucune compensation pour l'intérêt public.

M. Hardy termine en exprimant le désir, si ses propositions étaient admises, qu'elles fussent insérées dans le prochain rapport général de l'Académie sur les eaux minérales.

M. J. GUÉRIN n'a que des éloges à donner à l'argumentation de M. Hardy. Cependant il croit devoir donner quelques éclaircissements sur quelques points de cette argumentation. Je ne vois pas que l'on ait bien saisi ce que j'ai dit touchant l'inconvénient qu'il y a, à mon avis, à réunir, dans un même homme, les fonctions d'inspecteur délégué de l'administration et de médecin faisant tourner à son profit la position. On a cru que je voulais par là niveler les situations et on m'a opposé les inégalités naturelles. Je n'ai pas la prétention de vouloir niveler. Chacun cherche à faire valoir comme il peut ses qualités, et c'est l'inégalité de ces qualités ou de ces mérites personnels qui fait l'inégalité des positions; mais il n'en résulte pas qu'il soit bon de maintenir un privilége en faveur d'un individu. Je crois, pour ma part, que l'on concilierait tout par la constitution d'inspecteurs régionaux.

M. J. Guérin défend en quelques mots les conseils municipaux, les conseils généraux et le corps médical de Lyon contre l'espèce de suspicion injuste dont ils lui paraissent avoir été l'objet de la part de M. Hardy.

La suite de la discussion est renvoyée à mardi prochain.

A quatre heures et demie, l'Académie se forme en comité secret pour entendre le rapport de la section de pathologie médicale sur les candidats à la place vacante dans cette section.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Séance du 19 juillet 1872 (1). — Présidence de M. GROS.

M. Sentex appuie solidement M. Sales-Girons, et donne toutes les preuves de la pénétration des liquides pulvérisés; malheureusement, il n'en fournit pas qui lui soient propres. La lutte a été vive, la résistance acharnée, mais l'attaque, bien conduite par notre regretté ami Réveil, a fini par triompher des obstacles, et la pulvérisation règne en maîtresse incontestée dans tous nos établissements d'eaux sulfureuses; je ne serai pas contredit par notre distingué collègue, directeur des eaux d'Enghien, M. Gillebert-d'Hercourt.

M. Sentex a été chef de clinique d'accouchements de l'École de médecine de Bordeaux, et a profité des matériaux qu'il a recueillis pour concourir au prix Capuron. Son mémoire a été couronné; il est intitulé: *Étude statistique et clinique sur les positions occipito postérieures.*

On se rappelle la discussion qui s'est établie entre MM. Depaul et Blot d'un côté, et M. Villeneuve (de Marseille) de l'autre, au sujet

(1) Suite. — Voir les numéros des 11, 21 janvier, 4, 11 février et 1 mars 1873.

de l'application du forceps dans ces cas : nous verrons plus loin de quel côté se range M. Sentex.

Examinant les causes des présentations du sommet, M. Sentex accepte avec Cazeaux que le fœtus renfermé dans un vase clos, sans cesse agité par des mouvements, doit, non pas instinctivement, mais mécaniquement, être placé dans la position où les parties les plus volumineuses correspondent aux points les plus spacieux de l'organe.

Il est un point sur lequel on n'a pas assez insisté, c'est la forme de la circulation, qui permet au fœtus de rester la tête en bas. La tête reçoit à cette époque peu de sang, ou du moins est alimentée par l'aorte qui ne prend tout son volume qu'après l'abouchement du canal artériel.

N'y a-t-il pas dans ce renversement de la circulation une des nombreuses causes de la faiblesse et de la mort des enfants qui se présentent par les pieds?

N'y aurait-il pas à examiner le trou de Botal et le canal artériel dans ce cas, et voir si leur ouverture ne s'est pas modifiée de manière à envoyer une plus grande quantité de sang à la tête?

Je suis étonné de ne pas voir traiter ce point de vue par les accoucheurs.

Pour M. Sentex, comme pour Nægele, Stolz et Dubois, le nombre des positions occipito-postérieures gauches (1 p. 100) est inférieur à celui des occipito-postérieures droites (2 p. 100); mais, contrairement à l'opinion de ces accoucheurs, les occipito-postérieures droites (2 p. 100) sont moins fréquentes que les antérieures du même côté (13 p. 100).

L'étiologie des positions occipito-postérieures est encore à faire tout entière.

Souvent les occipito-postérieures se transforment ; on les divise en persistantes et non persistantes.

Les non persistantes peuvent se transformer en présentations de la face ou en positions occipito-antérieures, ce qui est beaucoup plus fréquent.

Pour les persistantes, ou bien l'occiput se place dans la concavité du sacrum, ou, ce qui arrive quelquefois, le sommet conserve dans l'excavation la position oblique qu'il avait primitivement au détroit supérieur, et ne subit aucun mouvement de rotation ni en avant ni en arrière.

La transformation des occipito-postérieures en antérieures du même côté se produit 90 fois sur 100.

Pour Nægele, tous les accouchements terminés en position occipito-antérieure droite, n'étaient que des exemples de postérieure droite transformée.

La transformation s'observe plus fréquemment pour la droite que pour la gauche ; mais jamais M. Sentex n'a vu une occipito-postérieure droite se transformer en occipito-antérieure gauche.

Sur 42 réductions spontanées observées par M. Sentex, l'accouchement s'est terminé 33 fois sans aucun secours consécutif.

M. Sentex rapporte une observation de transformation spontanée en présentation de la face, dont il a été témoin. Cazeaux cite un cas analogue. Guillemot est allé jusqu'à dire qu'on s'éloignerait peu de la vérité en soutenant que, sur trois positions occipito-postérieures, il y en a une qui se convertit en présentation de la face.

M. Sentex est convaincu que cette conversion, tout en gardant un caractère exceptionnel, manifeste, se produit cependant assez souvent pour que des examens attentifs puissent en faire recueillir quelques cas par les accoucheurs dont l'attention sera éveillée. Cette transformation n'est pas indiquée, dit M. Sentex, dans les traités d'accouchements les plus nouveaux et les mieux faits. Elle peut n'être que passagère, et ce n'est que dans les cas tout à fait exceptionnels que l'on observe la transformation complète.

Dans un excellent mémoire qui date de 1836, M. Villeneuve (de Marseille) cite 16 observations d'occipito-postérieure non réduites ; 13 fois l'accouchement s'est terminé spontanément, et 3 fois seulement l'accoucheur a dû intervenir; sur ces trois cas, il y avait deux fois rétrécissement du bassin.

M. Sentex, sur 14 occipito-postérieures persistantes, n'a vu que quatre fois l'accouchement se terminer seul. Il y a eu 1 mort sur les 4 cas.

Sur 59 observations de position occipito-postérieure réduite ou non, 37 fois l'accouchement a été naturel et 20 fois il a fallu intervenir. Tandis que Dugès admet 1 accouchement artificiel sur 12 occipito-postérieures, Capuron veut qu'on applique le forceps dans tous les cas.

M. Sentex pense qu'on ne doit pas attendre pour appliquer le forceps que les femmes aient dépensé la somme de forces qu'elles peuvent fournir sans danger.

Il ne paraît pas que l'application ait répondu au précepte.

Obs. 42. — Les contractions deviennent rares et faibles, la femme est épuisée, l'enfant commence à souffrir. On applique le forceps. (On ne dit pas depuis combien de temps la dilatation est suffisante.)

Obs. 43. — Dès que la dilatation a été suffisante, on a terminé l'accouchement en faisant une application directe du forceps.

Obs. 44. — Les eaux s'écoulèrent vers une heure de l'après-midi ; l'action de l'utérus se soutint jusqu'à trois heures. La tête était descendue dans l'excavation et avait exécuté presque complétement son mouvement de rotation en arrière.

On fait une application directe du forceps à six heures et demie du soir.

Obs. 45. — A sept heures et demie du matin, la dilatation est complète ; on rompt la poche des eaux. Le travail est activé et la tête arrive au détroit inférieur sans avoir terminé sa rotation d'arrière en avant. On introduit la main droite pour compléter le mouvement. L'accouchement se termine à une heure.

Obs. 46. — La poche des eaux se rompt à quatre heures du soir. On introduisit la main. L'accouchement se termina à huit heures.

La malade meurt le neuvième jour.

Obs. 47. — Douleurs fortes depuis six heures du matin. Rupture de la poche des eaux à deux heures. Application de forceps à 10 heures. La femme meurt le 12e jour.

Obs. 48. — Rupture de la poche à 4 heures du matin. Version à 11 heures du matin.

Obs. 50. — Le travail débute à dix heures du matin; les douleurs sont rapprochées et très-fortes, mais portent mal. Application de forceps à minuit et demi. La femme reste à l'hôpital du 12 décembre au 9 février.

Obs. 51. — Dilatation complète à sept heures du soir. Application de forceps à dix heures du soir. Meurt 17 jours après.

Obs. 52. — Éclampsie. On cherche à dilater le col et on applique le forceps aussitôt que possible. La malade succombe le 3e jour.

Obs. 53. — Le travail s'arrête à quatre heures du soir. Application de forceps à huit heures.

Obs. 55. — A dix heures du soir, après 18 heures de travail, le col ne mesure qu'une pièce de 5 francs. Seigle ergoté. Application de forceps à trois heures et demie du matin. Quelques accidents légers.

Obs. 56. — Dilatation presque complète à trois heures du soir. On rompt la poche. Application du forceps à six heures du soir.

Obs. 57. — Premières douleurs à six heures du matin. Il survient une inertie complète, qui existait encore à huit heures du soir. Application du forceps.

Obs. 58. — 19 heures après le début du travail, on se décide à faire une application de forceps.

Obs. 59. — Application de forceps après 17 heures de travail.

Obs. 60. — Application de forceps aussitôt que le col est assez dilatable. Éclampsie. Mort cinq jours après.

Obs. 61. — Rupture de la poche à quatre heures du soir. Le col est à peine dilaté comme une pièce de 1 franc à dix heures du soir. Le surlendemain, à midi, même état ; le col n'est pas complétement dilaté. Application de forceps à trois heures.

Je n'ai rapproché ces faits que dans le but de montrer que les opérations n'ont pas été faites aussitôt que la dilatation du col les rendait possibles. Y aurait-il avantage à intervenir plus promptement? Je ne saurais le dire; j'en appelle à notre habile collègue, M. le docteur Charrier. Doit-on chercher à ramener la tête en avant?

MM. Depaul et Blot le soutiennent et veulent qu'on termine l'accouchement sans retirer le forceps.

M. Sentex rappelle deux observations de M. Bailly, qui défend la même cause; mais il pense que, dans ces deux cas, l'accouchement pouvait se terminer seul.

Cazeaux, dont il rapporte une observation remarquable de réduction en avant par le forceps, est opposé d'une manière générale à la méthode de la rotation céphalique en avant.

Villeneuve y est également opposé. M. Sentex partage entièrement les idées du savant professeur de Marseille.

De plus, il n'admet pas qu'on évite davantage par cette méthode les lésions du périnée, et dit le prouver à l'aide des observations qui lui sont personnelles.

Il redoute la torsion du cou, les épaules opposant une résistance parfois invincible.

Il recommande l'emploi de la main quand c'est possible, et les pressions extérieures à l'imitation de Guillemot. La version doit être employée dans les cas urgents et quand la tête est encore au détroit supérieur.

Quant au levier, il le rejette.

Il termine en disant qu'il ne faut pratiquer les opérations, que lorsque l'impuissance des efforts de la nature est bien constatée; mais malheureusement c'est cette impuissance absolue qu'il est bien difficile de prévoir.

M. Sentex vous a envoyé un troisième travail, intitulé : *Considérations sur l'amniotite*. Il publie une observation remarquable, qu'il rapproche de celles de Mercier, de Dance, de Cruveilhier et d'Ollivier. Un des signes les plus remarquables, comme on sait, est l'augmentation subite du ventre, jointe à de la douleur et à de la fièvre. Je ne puis qu'accepter ses conclusions. Cazeaux, du reste, à l'article *Hydramnios*, rappelle l'origine parfois inflammatoire de cette lésion.

M. le docteur Sentex ne vous a envoyé, messieurs, qu'une partie des nombreux travaux qu'il a produits; vous êtes à même d'apprécier l'acquisition que fera notre Société en acceptant M. Sentex comme membre correspondant, ainsi que le propose votre commission.

Le rapporteur : DUROZIEZ.

Le vote sur les candidatures de M. Reliquet et Sentex aura lieu dans la prochaine séance.

M. DUCHENNE (de Boulogne) présente à la Société un petit malade âgé de 7 ans, atteint d'un commencement de paralysie pseudo-hypertrophique.

Ce malade offre de l'intérêt à plusieurs points de vue.

Je vous ai plusieurs fois entretenus, dit M. Duchenne, de l'enfant G..., qui, atteint de paralysie hypertrophique vers l'âge de 7 ans, était complétement privé de tout mouvement à l'âge de 13 ans, par suite de la généralisation de la maladie, et qui est mort phthisique à l'âge de 15 ans.

L'enfant que j'ai l'honneur de vous faire examiner aujourd'hui, se nomme B..., c'est le frère du jeune G..., mais de mère seulement. Plusieurs membres de la famille dans la branche maternelle sont menacés de la même maladie. J'avais dit à cette femme de surveiller l'enfant et de me l'amener aussitôt qu'elle s'apercevrait de quelques déformations analogues à celles que nous avions observées chez son premier enfant. Trois frères de cette femme sont morts de la même maladie vers l'âge de 6 à 8 ans; et elle-même, qui y a échappé, l'a transmise à ses enfants.

C'est pour la première fois aujourd'hui que je vois l'enfant. Cet enfant a marché à l'âge de dix-huit mois; actuellement il ne marche pas d'aplomb, il est maigre, d'une constitution délicate et d'un tempérament lymphatique; il est âgé de 7 ans et a l'apparence d'un enfant chétif de cinq ans.

Les membres supérieurs représentent l'état normal des muscles; les pectoraux ne sont pas altérés, mais les spinaux lombaires et les muscles des membres inférieurs sont développés démesurément. En pressant à travers la peau les muscles gastrocnémiens, on les sent d'une dureté remarquable.

Je crois avoir deux fois arrêté la marche de la maladie; mais avant de commencer le traitement chez le jeune B...., je voulais vous faire voir cet enfant, dont j'aurai probablement occasion de vous entretenir plus tard.

(A suivre.)

THÈSES

SOUTENUES A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

PENDANT L'ANNÉE 1872.

482. Billot. Des difficultés du diagnostic dans quelques cas de kystes de l'ovaire.
483. Cadot. Des fistules salivaires de la parotide et du canal de Sténon.
484. Augey. Étude historique et critique de la taille médiane.
485. Davezac. De l'extraction immédiate des esquilles dans les fractures de membres par armes à feu.
486. Marty. Contribution à l'étude de l'alcoolisme.
487. Ader. De la luxation sus-acromiale de la clavicule.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Faculté de médecine de Paris. — M. Lorain est nommé professeur d'histoire de la médecine et de chirurgie.

M. Le Fort est nommé professeur d'opérations et appareils.

M. Charcot est nommé professeur d'anatomie pathologique.

— *Faculté de médecine de Montpellier.* — M. Estor est nommé officier d'Académie.

— *Faculté de médecine de Nancy.* — MM. Hecht, Morel et Parisot, sont nommés officiers d'Académie.

— *Faculté des sciences de Dijon.* — M. Jobert, docteur ès sciences naturelles, docteur en médecine, est chargé du cours de zoologie et de physiologie animale, en remplacement de M. Brullé, décédé.

— *Faculté des sciences de Montpellier.* — M. Pichard, bachelier ès lettres et ès sciences, est nommé préparateur d'histoire naturelle, en remplacement de M. Traverse, admis à faire valoir ses droits à la retraite.

— *École de médecine d'Arras.* — M. Bremard est nommé officier de l'instruction publique.

— *École de médecine de Bordeaux.* — M. Métadier est nommé officier d'Académie.

— *École de médecine de Caen.* — MM. Lepetit et Roulland sont nommés officiers de l'instruction publique.

La démission de M. Faucon-Duquesnay, professeur adjoint de clinique interne, est acceptée. M. Faucon-Duquesnay est nommé professeur honoraire.

— *École de médecine de Lyon.* — MM. Glénard et Pétrequin sont nommés officiers de l'instruction publique.

— *École de médecine de Lille.* — M. Wintrebert, suppléant, est nommé professeur adjoint.

— *École de médecine de Nantes.* — M. Pihan-Dufeillay est nommé officier de l'instruction publique; M. Chenantais est nommé officier d'Académie.

M. Dupas, aide d'anatomie, est nommé prosecteur, en remplacement de M. Gafé, dont la démission est acceptée.

M. Lebec est nommé aide d'anatomie, en remplacement de M. Dupas.

— *École de médecine de Reims.* — M. Galliet, professeur, et M. Luton, professeur suppléant, sont nommés officiers d'Académie.

— *École de médecine de Rouen.* — M. Blanche est nommé officier d'Académie.

M. Méry-Delabost, suppléant pour les chaires de pathologie externe et de clinique chirurgicale, est nommé professeur de pathologie externe, en remplacement de M. Godefroy, admis à la retraite.

M. Thierry est nommé suppléant pour les chaires de pathologie externe et de clinique chirurgicale, en remplacement de M. Méry-Delabost.

M. Hélot est nommé suppléant pour les chaires d'accouchements.

— *École de médecine de Tours.* — M. Herpin, professeur de pathologie externe, est nommé professeur de clinique externe, en remplacement de M. Thomas, admis à la retraite.

M. Courbon, suppléant pour les chaires de chirurgie et chef des travaux anatomiques, est nommé professeur de pathologie externe, en remplacement de M. Herpin.

M. Thomas, suppléant pour les chaires d'anatomie et de chirurgie, est nommé chef des travaux anatomiques, en remplacement de M. Courbon.

— *École de pharmacie de Nancy.* — M. Schlagdenhauffen, docteur ès sciences physiques et docteur en médecine, professeur adjoint de toxicologie et de physique, est nommé professeur titulaire de cette chaire.

— La Société de médecine de Paris tiendra sa prochaine séance le samedi 8 mars, dans la salle des séances de la Société de chirurgie, à trois heures et demie très-précises, 3, rue de l'Abbaye.

Ordre du jour : 1° Lecture du procès-verbal de la précédente séance; 2° Note sur la candidature de M. le docteur Bédoin au titre de membre correspondant; 3° Discussion sur la syphilis vaccinale (rapport de M. Aimé Martin); 4° Corps étrangers du lobule de l'oreille, par M. Saint-Germain; 5° Communication de M. Duroziez.

— La Société des médecins des bureaux de bienfaisance tiendra sa prochaine séance mercredi 12 mars, à huit heures précises du soir, à la mairie du Louvre, place Saint-Germain-l'Auxerrois.

Ordre du jour : 1° Rapport du trésorier; 2° Rapport de M. Verrier sur la candidature de M. Moreau; — 3° Suite de la discussion sur les projets de réforme du service médical à domicile proposés par M. Boinet.

— M. le docteur Dally ouvrira le mardi 11 mars, à quatre heures et demie, un cours public sur les difficultés de l'appareil locomoteur. Ce cours sera continué les vendredis et mardis suivants, à la même heure.

— M. le docteur Verrier recommencera son cours d'accouchements, répétition des manœuvres (cinquième examen de doctorat) le lundi 10 mars 1873, à trois heures, 37, rue de l'École-de-Médecine. Leçons tous les jours. Le mercredi toucher, spéculum. Policlinique complémentaire.

On s'inscrit de une à deux heures, 44, rue du Cherche-Midi.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Des naissances multiples, de leurs causes, de leur fréquence relative, par le docteur Albert PUECH. Paris, 1873. Grand in-8° de 92 pages. — Prix : 2 fr. 50. — F. Savy.

Précis des maladies intra-oculaires, et méthode nouvelle pour les reconnaître sans le secours d'aucun instrument, par le docteur E. GRANDCLÉMENT. Paris, 1873. Gr. in-8° de 50 pages. — Prix : 2 francs. — F. Savy.

Le Directeur : Dr E. LE SOURD.

Paris. — Typographie A. POUGIN, quai Voltaire, 13.

N° 28. — SAMEDI 8 MARS 1873. 46e ANNÉE. SAMEDI 8 MARS 1873. — N° 28.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Bureaux : 57, rue des Saints-Pères, 57
PRÈS L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

Le prix d'abonnement
doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne hors de Paris
dans les bureaux des Messageries et chez les Libraires
Les lettres non affranchies sont refusées.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1858 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui n'en peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS

Trois mois. .	8 fr. 50 c.
Six mois. . .	16 —
Un an. . . .	30 —

POUR L'ÉTRANGER le port en sus suivant les derniers tarifs des Postes.

REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE

Hystéro-Épilepsie.

Une question de nosologie, dont l'importance ressort assez de la fréquence et de la gravité des affections qui en font l'objet, a été soulevée par M. le professeur Sée dans une de ses dernières leçons cliniques, à l'occasion d'une jeune femme amenée la veille dans son service, et qui serait atteinte, d'après tous les renseignements qu'on a pu recueillir sur son compte, d'une affection épileptique non douteuse, en même temps qu'elle présentait quelques phénomènes d'hystérie.

Existe-t-il une affection que l'on soit fondé à appeler hystéro-épilepsie? Telle est la question posée par M. Sée, qui, pour le dire tout d'abord, la résout négativement. Cependant un grand nombre de médecins, notamment parmi ceux qui ont étudié plus spécialement les grandes névroses, admettent que l'hystérie peut coexister chez un même malade avec l'épilepsie. On a même admis deux formes distinctes d'hystéro-épilepsie, l'une dans laquelle il y a tantôt des accès d'hystérie et tantôt des accès d'épilepsie; une seconde dans laquelle les accès se composent en même temps de symptômes hystériques et de symptômes épileptiques réunis. A ces deux formes-types, on a encore ajouté un groupe d'hystériques qui ressentent quelques-unes des manifestations non convulsives de l'épilepsie (vertige, absence) et un groupe d'épileptiques qui présentent quelques symptômes de l'hystérie non convulsive.

Nous avons tenu à relire quelques observations publiées comme exemples ou types de cette affection mixte, qui tiendrait à la fois de l'épilepsie et de l'hystérie. Dans la plupart d'entre elles, il s'agit beaucoup plus d'accidents, de phénomènes épileptiformes ou de ces cas d'épilepsies symptomatiques, qui cèdent et disparaissent avec la cause qui leur a donné naissance, que d'épilepsie véritable. Tels sont, en particulier, le fait si curieux d'ailleurs d'hystéro-épilepsie déterminé chez un enfant par la présence de larves vivantes dans les sinus frontaux, publié en 1855, par M. Legrand du Saulle, et l'observation d'accidents complexes hystéro-épileptiformes produits chez une jeune fille de onze ans par la présence d'ascarides lombricoïdes, recueillie par M. Louis Monod dans le service de M. Barthez à l'hôpital Sainte-Eugénie, et publiée dans la *Gazette des Hôpitaux* des 24 et 26 février 1870.

Nous croyons que beaucoup d'observations publiées sous ce même titre se rapprochent plus ou moins de ces deux faits. Cependant, il en est quelques-unes qui ne permettent pas de méconnaître la coexistence bien caractérisée de ces deux modes morbides. Tel, par exemple, le fait rapporté par Landouzy, dans son *Traité de l'hystérie*, de cette jeune fille qui, après avoir été prise, à l'âge de quinze ans, d'accès épileptiques sans mélange de phénomènes hystériques, présenta, un an après, les symptômes non équivoques d'hystérie, et eut ainsi, alternativement depuis cette époque, tantôt des phénomènes hystériques se mêlant complétement aux phénomènes épileptiques, tantôt des phénomènes hystériques distincts et constituant des accès séparés.

Voici en quelques mots l'histoire de la malade actuellement dans le service de M. Sée, et qui est le sujet de ces réflexions. C'est une jeune femme de vingt-sept ans, qui, au moment où elle a été portée à l'hôpital, venait d'être ramassée dans la rue sans connaissance. Cette jeune femme a déclaré elle-même que, depuis deux ans, il lui arrive très-souvent de tomber ainsi inopinément, avec perte complète de connaissance, et en quelque lieu qu'elle se trouve. Elle tient de sa mère que, dans sa première enfance, elle a eu des convulsions très-répétées et très-graves. Vers l'âge de sept à huit ans, ajoute-t-elle, elle a été prise d'une raideur convulsive, avec renversement des mains, probablement une contracture ou convulsion tonique essentielle des muscles extenseurs de la main. Enfin, questionnée pour savoir si avant l'époque où elle a commencé à tomber, c'est-à dire en remontant au delà de deux années, elle ne se rappelle pas avoir éprouvé quelque chose de particulier, elle accuse un troisième ordre de phénomènes; elle dit que, depuis plus de quinze ans, elle éprouvait souvent des malaises particuliers, se trouvant mal, mais sans syncopes proprement dites, sans perte de connaissance, sans chute, elle avait des vertiges.

Ainsi, pour résumer ces antécédents, on trouve chez cette femme : des convulsions graves et répétées dans sa première enfance; puis des contractures ou sortes de convulsions toniques, puis des vertiges, et puis enfin des chutes avec perte complète de connaissance depuis deux ans.

A moins d'avoir été témoin d'une attaque, il est difficile de réunir des témoignages plus univoques d'une affection épileptique vraie.

Nous ne répéterons pas le tableau comparatif saisissant que M. Sée a fait, à cette occasion, des deux affections, l'épilepsie et l'hystérie, et des différences capitales qui les distinguent.

Mais pour compléter l'histoire de cette maladie, ajoutons qu'un examen attentif a fait découvrir chez elle quelques phénomènes qui sont également caractéristiques de l'hystérie, la sensation de boule et de l'anesthésie de tout le côté droit.

C'est ici que se posait la question d'hystéro-épilepsie. Pour M. Sée, il n'y aurait même pas lieu de poser la question ; il n'admet pas ces sortes de métissages pathologiques. Il y a épilepsie ou hystérie ; c'est au médecin à en faire le diagnostic exact et à ne point confondre ce que la nature ne confond pas.

Pour nous, nous croyons devoir maintenir la question. Parfaitement d'accord avec M. Sée sur les limites profondément tranchées qu'il y a lieu d'établir entre ces deux modalités morbides, si parfaitement distinctes, nous restons sur la réserve relativement à la question de leur complication possible. Il nous a paru que la présence de cette malade dans les salles de clinique de la Charité, où elle est soumise à l'observation, serait une occasion favorable d'étudier cette question. C'est ce que nous ferons.

Des hémorrhoïdes chez les enfants.

La *Gazette des Hôpitaux* demandait l'autre jour s'il y avait des hémorrhoïdes chez les enfants. Voici la réponse que nous adresse à ce sujet notre collaborateur et ami M. le docteur Bouchut.

Non, les enfants n'ont pas plus d'hémorrhoïdes qu'ils n'ont de varices. Depuis vingt ans, on m'a présenté des enfants de trois à douze ans qui avaient, dit-on, des hémorrhoïdes, parce qu'ils rendaient du sang après la défécation et aussi quelquefois parce qu'ils offraient une petite tumeur anale. Tous les cas de ce genre qui m'ont été présentés ne reposaient que sur des erreurs d'interprétation.

Ainsi à l'hôpital, il y a trois mois, on me présenta, à la consultation, un garçon de six ans qui rendait du sang, sans souffrir, chaque fois qu'il allait à la selle. De temps à autre, il paraissait à l'anus une tumeur rougeâtre, qui donnait du sang pur. Un médecin avait dit que l'enfant avait des hémorrhoïdes. Je voulus me rendre compte des choses par moi-même, et par l'examen je constatai un polype du rectum gros comme une petite cerise, pédiculé, se montrant quelquefois à l'orifice anal sous forme d'un bourrelet rose, humide, brillant comme la surface d'une muqueuse. L'enfant ayant été amené dans une des salles, je lui arrachai la tumeur avec le bout du doigt. *C'était un polype.*

Cette année, dans mon cabinet, une fille de douze ans me fut présentée parce que, après chaque défécation, elle souffrait beaucoup et rendait du sang. C'était une cuisson insupportable. Je supposai une fissure à l'anus, qui existait en effet, et je prescrivis des lavements de ratanhia. Les douleurs cessèrent, mais l'enfant rendait toujours du sang après la défécation. Elle avait beau faire des efforts de pousse pendant l'examen de l'anus, je ne voyais pas autre chose qu'une fissure. Cependant, au bout de trois semaines, on vint me dire qu'une petite tumeur se montrait parfois à l'anus et qu'elle disparaissait complétement. Les parents croyaient avoir affaire à des hémorrhoïdes internes. Je fis alors l'exploration du rectum avec le doigt, et j'y découvris un polype pédiculé dont je remis l'ablation à huitaine. L'enfant revint en effet au bout de huit jours, mais le médecin ordinaire de la famille ayant examiné l'état des choses et constaté le polype, l'arracha séance tenante, et je n'ai eu à constater que la guérison.

Ces deux faits récents représentent pour moi tout ce que l'on a l'habitude d'observer chez les enfants lorsque l'on parle des hémorrhoïdes. Jusqu'à douze ou treize ans, je ne connais pas d'observation authentique d'hémorrhoïdes, et je crois que les cas de ce genre sont tous relatifs à des polypes du rectum.

Spasme de la glotte précurseur de rougeole. — Emploi du musc. — Mort subite.

Un garçon de vingt-trois mois — nous écrit M. Bouchut — affaibli par une longue diarrhée dont il avait été guéri par la viande crue, était resté rachitique et son crâne était ramolli. Il allait assez bien lorsqu'il fut pris de spasme de la glotte. Les crises se reproduisaient toutes les heures, et l'une d'elles fut si violente, qu'on crut l'enfant mort et que le père, au désespoir, le porta chez un pharmacien du voisinage. De la poudre de musc (10 centigrammes par jour) arrêta ces crises, et alors vint une éruption confluente de rougeole, sans complication pulmonaire. L'enfant allait bien, n'avait plus que de faibles crises, lorsqu'au sixième jour survint un nouvel accès de spasme glottique, qui fit périr l'enfant en trois minutes.

SARCOME FASCICULÉ

DE LA RÉGION MÉTATARSO-PHALANGIENNE

Par M. L.-E. Dupuy.

Une femme, âgée de cinquante et un ans, entre dans le service de M. Demarquay, pour une tumeur qu'elle porte à la région métatarso-phalangienne du pied droit. Pas d'antécédent héréditaire ; bonne santé habituelle. Il y a deux ans, au moment où la menstruation commençait à disparaître, une ulcération, saignant facilement, apparaît entre le quatrième et le cinquième orteil. Cette ulcération végète rapidement, forme tumeur. Les progrès sont tels que la malade se décide à se faire opérer.

A son entrée à l'hôpital, M. Demarquay constate une tumeur aplatie, à bords irréguliers, à dépression centrale, à surface anfractueuse et à coloration gris sale. La tumeur se termine, à la base, par un large pédicule correspondant à l'espace inter-métatarsien. Le cinquième orteil est fortement rejeté en dehors.

M. Demarquay désarticule les trois derniers métatarsiens : pansement au perchlorure de fer. Quatre jours après, accidents d'infection purulente. Mort.

L'examen histologique, fait par M. Nepveu, démontre qu'il s'agissait d'un sarcôme fasciculé. (*Mouv. méd.*)

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 12 février 1873 (1). — Présidence de M. Trélat.

PRÉSENTATION DE PIÈCES

Rétrécissement de l'œsophage. — Compression des récurrents et du pneumo-gastrique droit. — Accidents de sténose laryngée ; trachéotomie. — Asphyxie par le poumon, malgré la perméabilité des voies aériennes. — Mort. — M. Léon Le Fort. Le sujet de cette observation est un homme grand et bien constitué, un peu amaigri, le teint un peu plombé et les pommettes colorées sur une petite étendue. Pas de maladies antérieures, aucun renseignement sur la cause de la mort des parents.

---

(1) Fin. — Voir le numéro du 1er mars 1873.

Au mois de mai 1872, il ressentit pour la première fois de la difficulté à avaler un bol alimentaire un peu volumineux. De loin en loin le même phénomène se reproduisit, mais quelques efforts et une gorgée de liquide accéléraient la descente du morceau ingurgité.

Au mois de novembre, même année, la gêne du troisième temps de la déglutition devint permanente; les aliments devaient être mâchés fort longtemps ou sous forme de bouillie pour être avalés. Un médecin, consulté à cette époque, considéra le rétrécissement œsophagien comme spasmodique et prescrivit le bromure puis l'iodure de potassium sans résultat manifeste d'ailleurs.

En janvier 1873, ce malade se présenta à la consultation de l'hôpital Beaujon, et le cathétérisme de l'œsophage fut tenté avec la plus petite boule d'ivoire de la série. On constata alors un premier rétrécissement situé presque à l'entrée de l'œsophage, et un autre quelques centimètres plus bas, mais infranchissable. Cependant la boule pénétra dans l'estomac, dans une exploration ultérieure, mais avec beaucoup de difficulté. A cette époque, l'alimentation était encore possible à l'aide de bouillie très-claire; mais cette ressource ayant fait défaut à son tour, le malade entra à l'hôpital.

Le 27 janvier, nous trouvons cet homme affaibli par cette abstinence prolongée, ne souffrant nulle part, accusant une sensation d'arrêt des aliments et même des liquides ingérés rapidement, au niveau de la partie inférieure du cou. S'il fait effort pour avaler, les aliments sont régurgités et ne pénètrent pas jusqu'à l'estomac. Lorsqu'il boit à petites gorgées espacées l'une de l'autre, ou lorsqu'il prend du bouillon, du tapioca par cuillerées, ces liquides sont avalés lentement. On est alors réduit à employer une sonde œsophagienne du calibre de 5 à 6 millimètres, et on lui injecte, avec une seringue, un repas composé de bouillon, d'œufs et de vin. Chaque introduction de la sonde est accompagnée du rejet de matières filantes un peu aérées, mais le vomissement est impossible, et jamais les liquides alimentaires introduits par la sonde ne furent évacués par les efforts de vomissement.

Notre homme se trouvait très-bien de ce régime, après avoir longtemps jeuné malgré lui. Ses craintes de mourir de faim s'étaient évanouies, sa gaieté avait reparu. Malheureusement, sa joie devait être de courte durée.

5 février. Les accidents s'annoncèrent par un changement de la voix. Elle devint irrégulière : les sons, plus graves, passaient subitement à une échelle plus élevée pour s'abaisser ensuite, formant un ensemble très-discordant. Ces tons criards firent place à des tons rauques puis étouffés; la voix s'éteignit. Le soir même, la dyspnée survint, dura toute la nuit.

Le lendemain, on constate un cornage très-marqué lors de l'inspiration; l'expiration est assez libre. La région sous-thyréoïdienne est tuméfiée uniformément jusqu'au faisceau claviculaire du sterno-mastoïdien. Ce gonflement masque de chaque côté deux petites masses indurées dépendantes de la chaîne ganglionnaire située sous le sterno-mastoïdien, et constatée à l'entrée du malade à l'hôpital. Cet œdème sous-cutané fait penser que la dyspnée est peut-être due à un œdème glottique concomitant, la forme du cornage ne contredisant point cette hypothèse. Je pratique l'examen laryngoscopique.

Le miroir laryngien montre les replis aryténo-épiglottiques parfaitement sains, mais les cordes vocales sont immobiles et rapprochées l'une de l'autre, de manière à ne laisser à l'air qu'un étroit passage. Il était dès lors évident que la dyspnée tenait à la compression soit du récurrent, soit du tronc même d'un des pneumo-gastriques, et que cette compression devait être exercée par une tumeur située dans les parois ou hors des parois de l'œsophage, mais qui était l'agent principal du rétrécissement œsophagien. Tel fut le diagnostic que je crus devoir porter et que l'autopsie ne justifia que trop.

Le 6 février au soir, la dyspnée a augmenté, le cornage existe dans l'expiration comme à l'inspiration. Le malade fait de puissants efforts pour respirer, il est blême et couvert de sueur. La sensibilité persiste. Le diaphragme est aspiré lors de l'inspiration, les creux sus-claviculaires s'accusent fortement, et les mouvements respiratoires sont très-précipités. Comme l'état du malade fait redouter une asphyxie imminente, la trachéotomie est décidée (dix heures du soir) afin de prolonger la vie du malade.

Je pratique avec le bistouri une incision des téguments couche par couche, une ou deux petites artères sont liées, et la trachée est ouverte sans accidents. Le malade n'a presque pas perdu de sang, il a à peine souffert pendant l'incision. Aussitôt la canule placée, la respiration s'accomplit régulièrement, au grand soulagement du patient. Le reste de la nuit est très-calme.

7 février. Alimentation à la sonde. Journée bonne.

8 février. L'oppression est un peu plus accusée, quoique le passage de l'air soit très-libre par la canule. Le pouls est à 140, il est petit et irrégulier. Ses râles sous-crépitants fins s'entendent dans les deux poumons.

On continue l'alimentation par la sonde. Le tronc même d'un des pneumo-gastriques est évidemment comprimé par la tumeur.

9 février. La nuit a été mauvaise, pas de sommeil, dyspnée considérable, pouls impossible à compter. Affaissement du malade, qui présente le même tableau qu'avant la trachéotomie. Asphyxie graduelle. Mort à huit heures du soir.

Autopsie. — La plaie de la trachéotomie est exactement située sur la ligne médiane; la veine jugulaire antérieure passe à 5 millimètres à gauche de l'incision.

La tuméfaction du cou, qui a précédé la trachéotomie, est constituée par une infiltration purulente entre les muscles de la région sous-hyoïdienne. Cette infiltration s'étend dans le médiastin antérieur et a fusé entre la plèvre et le péricarde; aussi trouve-t-on des adhérences peu solides entre le poumon droit et la plèvre médiastine; quelques adhérences, récentes aussi, existent sur la face externe. La plèvre gauche est moins enflammée.

Les poumons, emphysémateux et un peu congestionnés, ne présentent aucune trace de tubercule.

Le cœur est sain. Un caillot fibrineux remplit l'aorte, également saine, à part de petites plaques jaunâtres.

L'œsophage, fendu à sa face postérieure, montre un rétrécissement de 6 à 7 millimètres de diamètre, situé à 3 centimètres au-dessous du cartilage cricoïde. Le rétrécissement est produit par le bord supérieur d'une ulcération annulaire de la muqueuse œsophagienne.

Les contours, saillants, présentent de petits points jaunâtres de la grosseur d'une tête d'épingle, ressemblant beaucoup à des granulations tuberculeuses; quelques-uns de ces points jaunâtres sont isolés et font saillie sur la muqueuse saine; les glandes voisines s'en distinguent nettement par leur volume plus considérable et leur teinte grise.

Deux autres ulcérations moins étendues en surface, à bords élevés, fermes, à fond plat et lisse, occupent l'une la partie moyenne, l'autre la partie inférieure de l'œsophage, sans produire de rétrécissement très-notable.

Un noyau de consistance ferme, de couleur jaunâtre et de la grosseur d'un pois occupait l'épaisseur de la paroi postérieure de l'œsophage. L'estomac est sain; il renferme de la bile qui n'a pu être vomie.

Le nerf pneumo-gastrique droit, avant la séparation du laryngé inférieur, est englobé dans une tumeur indépendante de l'œsophage, formée par des ganglions indurés, jaunâtres, dégénérés, au niveau de la septième vertèbre cervicale.

Le pneumo-gastrique gauche paraît sain, mais le récurrent gauche pénètre dans la tumeur formée par la paroi œsophagienne à la partie inférieure du cou.

Rien au larynx.

Examen microscopique. — Le pneumo-gastrique gauche paraît sain; il est facile à dégager de la masse au milieu de laquelle il est plongé et paraît avoir échappé à la compression; mais le récurrent pénètre dans la tumeur péri-œsophagienne, y disparaît et était évidemment comprimé.

Le pneumo-gastrique droit, avant la séparation du nerf récurrent, est englobé dans une tumeur indépendante de l'œsophage, formée par des ganglions tuméfiés, jaunâtres, indurés, ayant l'aspect qu'ils présentent dans la dégénérescence tuberculeuse. Cette masse répond à peu près à la septième vertèbre cervicale. Il est impossible d'en dégager le nerf, qui y subissait évidemment une énergique compression.

Le larynx n'offre rien d'anormal.

En résumé, des ulcérations œsophagiennes d'apparence tuberculeuse ont amené un rétrécissement de ce conduit, rétrécissement qu'a augmenté encore le développement de masses ganglionnaires, situées à la base du cou et sur les côtés de l'œsophage. La compression des récurrents a d'abord amené des phénomènes de raucité de la voix, puis de la dyspnée. Les accidents se sont aggravés au point de rendre nécessaire la trachéotomie. Après l'opération, l'air pénétrant directement dans la trachée, la suffocation a disparu; mais bientôt, le pneumo-gastrique lui-même étant comprimé, la dyspnée pulmonaire a remplacé la dyspnée laryngienne, et le malade a succombé à une véritable asphyxie par paralysie des fibres bronchiques.

La séance est levée.

Le vice-secrétaire : DE SAINT-GERMAIN.

Séance du 19 février 1873. — Présidence de M. TRÉLAT.

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

CORRESPONDANCE

La correspondance comprend :

La *Gazette des Hôpitaux*; — l'*Union médicale*; — la *Gazette hebdomadaire*; — la *France médicale*; — le *Bulletin général de thérapeutique*; — le *Bordeaux médical*; — le *Lyon médical*; — le *Bulletin médical du nord de la France*; — le *Montpellier médical*.

M. LARREY offre, au nom de Mme veuve Huguier, le *Recueil des discours prononcés aux obsèques de notre collègue*.

M. MAGITOT offre, au nom de M. le docteur P. Hulin, de Louvain, un travail sur : *la maladie aphtheuse des animaux et sa transmission à l'espèce humaine*.

M. TRÉLAT, au nom de M. le docteur Wecker, offre : *les relevés cliniques de sa clinique ophthalmologique*.

M. LETENNEUR, membre correspondant à Nantes, adresse deux observations qui seront inscrites au *Bulletin*; ces observations sont intitulées : *Tumeur fibro-plastique de l'orbite ayant récidivé sept fois dans l'espace de douze ans. — Déchirure complète du périnée et d'une grande partie de la cloison recto-vaginale. Opération: guérison.*

M. LE SECRÉTAIRE GÉNÉRAL annonce que les membres de la Société recevront à domicile la feuille 15 du volume du *Bulletin* de l'année 1872, qui n'avait pas été brochée par erreur, avec le deuxième fascicule de ce volume.

La Société reçoit : une lettre de M. le ministre de l'instruction publique, qui l'informe qu'une allocation de 600 francs lui est accordée par son département. — Des lettres de candidature de MM. Nicaise, Polaillon et Benjamin Anger. — Le second fascicule du tome VII des *Mémoires de la Société de chirurgie de Paris* et la feuille 15 du dernier fascicule du *Bulletin de 1872*. Cette feuille n'avait pas été, par suite d'un oubli, comprise dans le brochage.

RAPPORT

M. DUBRUEIL lit le rapport suivant :

Messieurs, je viens au nom d'une commission composée de MM. Labbé, Paulet et moi, vous rendre compte d'observations présentées à la Société de chirurgie par M. Boissarie, ancien interne des hôpitaux et médecin à Sarlat.

Parmi ces observations, il en est de relatives à l'injection du perchlorure de fer dans la cavité utérine, lesquelles ayant été en partie publiées dans la *Gazette des Hôpitaux*, me paraissent devoir être laissées de côté. Je signalerai donc seulement une observation de resserrement des mâchoires dû à l'existence d'une bride cicatricielle et deux faits de chute du rectum.

Le resserrement des mâchoires était survenu après l'extraction mal faite de la dernière molaire inférieure droite, qui avait été cassée et dont les racines étaient demeurées dans l'alvéole.

A la suite du travail inflammatoire, qui avait été la conséquence de cette opération, il s'était formé une bride immobilisant le maxillaire inférieur, qui ne pouvait s'éloigner du supérieur de plus de 2 ou 3 millimètres.

M. Boissarie sectionna cette bride, dont il ne décrit du reste pas la disposition, et à l'aide de l'introduction entre les dents de leviers cunéiformes, il parvint à obtenir un écartement suffisant des mâchoires.

Après avoir lu cette observation un peu courte, il est difficile de faire exactement la part qui revient dans la guérison à la section de la bride et celle qui doit être attribuée à l'action dilatatrice des coins. J'avoue que, pour ma part, cette dernière me paraît beaucoup plus grande.

Les deux cas de chute de la muqueuse rectale signalés par M. Boissarie ont été traités par ce chirurgien à l'aide du procédé de Robert, qui consiste, comme on le sait, à exciser la partie postérieure de la circonférence de l'anus et la portion du plancher pelvien comprise entre les deux lignes partant des extrémités du diamètre transverse de l'anus et allant se réunir au sommet du coccyx.

La première de ces opérations a été pratiquée sur une femme atteinte d'une chute de l'utérus, prédisposition qui, en abaissant le péritoine, commande une certaine prudence, surtout dans les manœuvres exercées sur la partie antérieure du rectum.

Des cautérisations avec l'acide nitrique ayant échoué, M. Boissarie pratiqua une excision dans les limites que j'ai signalées et réunit par la suture entortillée les bords de la perte de substance.

Les points de suture furent enlevés le cinquième jour, et la malade n'alla à la selle que dix jours après l'opération.

Ainsi fut obtenue la guérison d'une saillie de la muqueuse rectale, qui atteignait 18 centimètres de longueur, tandis que la dilatation du sphincter laissait la main tout entière pénétrer dans le rectum sans difficulté et presque sans éprouver de résistance.

Le second malade de M. Boissarie est un jeune homme de vingt et un ans qui, atteint depuis une année d'une chute du rectum, fut traité et guéri par le même procédé.

L'auteur fait suivre ces observations de quelques réflexions, dans lesquelles il cherche à établir que toute autre méthode eût été dans ces cas impuissante ou dangereuse, et il termine en vantant l'innocuité et l'efficacité de celle qu'il a mise en usage.

Quant au premier point, c'est-à-dire au danger ou à l'inefficacité de tout autre mode opératoire, il est permis de supposer que l'écrasement linéaire ou la ligature extemporanée appliqués sur la portion de muqueuse saillante au dehors auraient débarrassé le malade sans grand danger et pour toujours.

En outre, bien que l'opération de Robert ait donné entre les mains de M. Boissarie deux succès complets et persistants sur deux cas, elle a été pratiquée un trop petit nombre de fois pour qu'on puisse établir d'une façon certaine son degré d'efficacité. On ne trouve guère, en effet, de publié en fait d'observations de ce genre, dans lesquelles on a pu suivre les malades, que celle de Robert, dans laquelle il est dit que, plus de deux mois après l'opération, l'anus livrait encore passage à un petit bourrelet muqueux. En somme, le procédé en question n'agit qu'en rétrécissant l'orifice anal et excisant en arrière une portion de tissu. On arriverait, je crois, au même résultat en excisant la moitié postérieure de la muqueuse anale et rapprochant par la suture les parties avivées. Mais ce procédé, comme celui de Robert, n'en exposerait pas moins à la procidence de la muqueuse de la partie antérieure.

Par contre, l'excision d'une portion assez étendue du plancher pelvien est une opération d'une assez grande gravité.

L'application de l'écrasement linéaire ou de la ligature extemporanée me paraît préférable au double point de vue de la sécurité et de l'efficacité.

LECTURE

M. NICAISE lit une note sur un cas de résection sous-périostée de la diaphyse humérale et de gonflement des tendons de l'extenseur commun à la suite d'une paralysie traumatique du nerf radial.

Ce travail est renvoyé à une commission composée de MM. Dubrueil, Horteloup et Tillaux.

Discussion sur les rétrécissements du rectum.

M. LÉON LE FORT. Je ne veux pas prolonger une discussion qui dure déjà depuis si longtemps. Je me bornerai à citer un fait qui m'est personnel, et j'y suis amené par la mention qu'a faite M. Verneuil de l'emploi de l'électrolyse.

L 14 octobre 1872, est entrée dans mon service, à Lariboisière, une femme de trente ans qui, d'après son dire, aurait été opérée, il y a cinq ans, d'un rétrécissement du rectum; mais elle ne peut m'indiquer la nature de l'opération. Elle n'a pas cessé, depuis, d'être sujette à une forte constipation, et ne rend que des matières aplaties ou très-amincies. Les garde-robes n'ont lieu qu'à l'aide de lavements. Les matières rendues sont couvertes d'un peu de sang. Je constate un rétrécissement du rectum constitué par un anneau dur mamelonné, situé assez haut pour qu'on ne l'attaque qu'avec l'extrémité de l'index, et assez étroit pour qu'on ne puisse qu'y engager l'extrémité du doigt. Je me décidai à employer l'électrolyse. Je fis, avec de la gutta-percha, un long cône plein, au centre duquel cheminaient deux fils de cuivre qui, vers l'extrémité amincie, venaient faire saillie à la surface, dans une étendue de 4 centimètres, et au niveau du rétrécissement. Les fils saillants, à la base où ils se réunissaient, furent mis en rapport avec un des pôles d'une pile de quatre petits éléments au sulfate de cuivre (Morin), l'autre réophore, constitué par une plaque, étant appliqué sur l'abdomen.

L'appareil resta en place quatre heures le premier jour, après quoi la femme l'introduisit elle-même chaque soir et le gardait pendant toute la nuit. Après huit jours, il y avait déjà amélioration. Lorsque, le 21 décembre, la malade sortit de l'hôpital, le doigt s'engageait librement et facilement dans le rectum. Il n'y avait plus de constipation; les matières avaient leur volume normal. L'appareil avait été appliqué une vingtaine de fois. Il n'y eut jamais ni douleurs, ni perte de sang.

COMMUNICATIONS

Déchirure complète du périnée et d'une grande partie de la cloison recto-vaginale. — Opération. — Guérison. — M. LETENNEUR (de Nantes). M. Verneuil (*Bull. de la Soc. de chir.*) a posé, avec une grande netteté, les principes qui doivent diriger le chirurgien dans la restauration du périnée. L'excellence de ces principes me parut alors d'autant mieux démontrée, qu'au mois de novembre 1861, j'avais opéré exactement de la même manière et avec un succès complet, une jeune dame mère de quatre enfants, et qui, depuis lors, en a eu cinq autres. Elle avait une déchirure complète du périnée et du sphincter de l'anus. Je rapprochai les bords de la muqueuse vaginale avec plusieurs points de suture entrecoupée; puis, au moyen de la suture enchevillée, j'affrontai les parois appartenant au périnée après les avoir préalablement avivées.

Ce fut une des premières opérations importantes dans lesquelles je me suis servi des fils d'argent.

En 1869, j'opérai, par le même procédé, au cabinet des pensionnaires de l'Hôtel-Dieu de Nantes, et avec un résultat immédiat très-satisfaisant, une jeune femme qui, le soir même de l'opération, soit dans un accès d'hystérie, soit par suite de l'ivresse chloroformique, s'agita tellement qu'elle brisa les fils d'argent de la suture enchevillée et mit à néant tout le travail de la matinée.

L'opération fut reprise quatre mois après sans que, cette fois, aucun incident vînt entraver la guérison, qui fut aussi belle que possible. Cette femme n'a pas eu de nouvelle grossesse. Chez elle, comme chez mon opérée de 1861, le périnée a conservé une bonne épaisseur, et les fonctions de l'anus ne laissent rien à désirer. Le sphincter a repris toute son énergie, et il n'y a point de rétrécissement.

Au mois de juillet 1872, j'ai pratiqué une nouvelle opération dans des conditions plus graves que les précédentes, puisque la déchirure comprenait une grande partie de la cloison recto-vaginale. Malgré l'étendue des lésions, je n'ai pas cru devoir agir autrement que dans les cas indiqués plus haut, et, comme on le verra plus loin, le résultat obtenu m'a prouvé que j'avais eu raison.

Je crois donc, comme M. Verneuil, qu'on peut et qu'on doit, même dans les plus larges déchirures, se borner à faire des sutures sur deux côtés du triangle et sur les parties profondes du périnée sans intéresser la muqueuse rectale, toujours moins tolérante que celle du vagin.

Mme X..., âgée de vingt-quatre ans, a eu un premier accouchement il y a trois ans, pendant lequel le périnée se déchira largement.

Lorsque Mme X... put se rendre compte de ce qui était arrivé, il était trop tard pour agir, et d'ailleurs, obéissant à une fausse honte, elle n'osa pas même révéler son infirmité à son médecin ordinaire.

Au mois de mars 1872, un second accouchement eut lieu sans incident notable.

Quatre mois après, Mme X... vint me consulter et me déclara qu'elle était résolue à se soumettre à tout ce qui serait nécessaire pour obtenir sa guérison.

En examinant Mme X..., je constatai que, non-seulement la vulve et l'anus ne formaient qu'une seule ouverture, mais que le vagin et le rectum étaient en communication par une déchirure de la cloison ayant 5 centimètres de longueur. En haut, le sommet de cette division formait un angle arrondi bordé d'un liséré cicatriciel résistant. A partir de ce point, les bords de la cloison s'écartaient et venaient se confondre sur les côtés avec les parties cicatricielles appartenant au périnée. A travers cette division de la cloison, on voyait la muqueuse rectale tranchant, par sa couleur rouge violacée, sur la couleur rose pâle des parties voisines.

Quand on écarte les deux lèvres de la division sans les tendre, il est impossible de distinguer les surfaces cicatricielles du périnée, de la muqueuse du vagin, tant la couleur et l'aspect des tissus se ressemblent. Mais en tendant fortement les parties, tout ce qui appartient à la cicatrice prend un aspect blanc nacré. On voit alors que la cicatrisation s'est faite d'une manière très-irrégulière, que des lambeaux de muqueuse sont venus se greffer à une assez grande distance sur les surfaces du périnée, de sorte que celles-ci sont loin d'offrir la forme triangulaire qu'on observe ordinairement. Cette disposition est plus prononcée à gauche qu'à droite. Du côté gauche, en effet, ces lambeaux de muqueuse forment des saillies et des bosselures séparées par des sillons dirigés en tous sens.

L'utérus n'est pas abaissé d'une manière sensible; mais lorsque Mme X... fait de longues promenades ou lorsqu'elle veut soulever un fardeau, elle sent que les viscères tendent à s'échapper au dehors, ce qui la force à prendre de grandes précautions.

L'anus, réduit à une large gouttière, ne peut retenir les gaz et les matières fécales. Grâce à un régime approprié, la constipation est habituelle, ce qui diminue en partie les conséquences fâcheuses de cette grave infirmité.

En rapprochant les parties droites et gauches de ce large cloaque, on se rend facilemrnt compte des points où devraient se trouver la limite inférieure de la vulve et la limite antérieure de l'anus, par conséquent on peut apprécier l'étendue et les limites des parties qui doivent être avivées dans l'opération.

Cette opération fut pratiquée le 31 juillet 1872 avec l'assistance de mes confrères, MM. les docteurs Thoinnet et Jouon.

La malade étant anesthésiée, un aide écarta les grandes lèvres, et je plaçai deux doigts de la main gauche dans le rectum. Les parties étant bien tendues, je circonscrivis, avec le bistouri, les espaces à aviver. Ils représentaient, de chaque côté, deux triangles réunis par leur angle interne au sommet de la division de la cloison. C'est de ce sommet, comme d'un centre, que je fis partir mes incisions.

Je commençai par isoler la muqueuse vaginale du liséré cicatriciel qui bordait le sommet de la division. Cette petite incision formait une demi-circonférence ouverte en avant ou en bas. De là, une ligne légèrement courbe, à concavité supérieure, et se terminant à la peau, au point qui doit correspondre à la commissure postérieure de la valvule, sépare la muqueuse vaginale de la surface cicatricielle. Une autre incision, partant du même point que la précédente, descend le long de la division de la cloison, jusqu'à l'union de la peau et de la muqueuse de l'anus, en laissant le long de la muqueuse rectale un liséré cicatriciel de 1 millimètre de largeur. Ces deux incisions, se terminant à la peau, formaient un angle ouvert en dehors, comprenant toute la surface cicatricielle. Cette surface fut séparée de la peau par une troisième incision allant du point correspondant à la commissure de l'anus. Ainsi se trouvait dessiné le champ de l'avivement. Ces incisions furent faites symétriquement des deux côtés, et l'avivement eut lieu ensuite avec un écoulement de sang insignifiant.

En rapprochant les deux surfaces avivées et en explorant le vagin avec le doigt, il est facile de constater le peu de résistance que présente la cloison, et on s'explique très-bien comment on a eu à regretter, dans un certain nombre de cas, la formation de fistules recto-vaginales.

Pour obvier à ce danger, je décolle la muqueuse vaginale dans une hauteur d'un centimètre au niveau de l'éperon, c'est-à-dire sur la ligne médiane, et de 1 demi-centimètre seulement sur les côtés. Il devenait alors facile d'affronter la muqueuse, non plus par des bords, mais par des surfaces assez larges pour offrir des garanties suffisantes de solidité.

Pour cela, j'employai la suture entrecoupée avec du fil d'argent. Le premier point fut placé au niveau même de l'angle de la division, et je continuai, d'arrière en avant, en laissant entre chaque point de suture 5 à 6 millimètres. Dix points de suture furent ainsi placés. Le dernier, qui reconstituait la fourchette, comprit la muqueuse et la plaie; les autres ne comprenaient que la muqueuse.

Le conduit vaginal se trouvait ainsi reformé complétement. Les fils de suture furent réunis en faisceaux et dépassaient à l'extérieur l'orifice vulvaire.

Au-dessous du vagin ainsi reformé, se trouvait donc un espace ouvert du côté du rectum et du côté de la peau et formé de deux surfaces triangulaires saignantes parfaitement symétriques.

Pour rapprocher ces surfaces, je me servis de quatre points de suture profonde, soutenus à droite et à gauche par des chevilles.

Je passai mes fils d'argent au moyen d'une grande aiguille mince et courbe. Je commençai par le fil supérieur : l'aiguille pénétra à gauche de dehors en dedans, à 2 centimètres du bord antérieur de la plaie, ressortit profondément en affleurant l'angle de la cloison sans toucher à la muqueuse rectale. L'aiguille fit, en sens inverse, le même trajet du côté droit.

Les trois autres fils furent placés de la même manière, en affleurant toujours, comme le premier, la muqueuse rectale sans la toucher.

L'épaisseur des tissus compris dans les sutures profondes étant moins grande en bas qu'en haut; les points de la peau traversés par les fils se sont rapprochés de plus en plus des bords de la division; le dernier fil était à 1 centimètre seulement de la division, tandis que le fil supérieur en était distant de 2 centimètres. En serrant les fils sur les chevilles, celles-ci formaient un angle ouvert en haut et se touchaient à peu près en bas au niveau de l'anus.

L'espace compris entre les chevilles, c'est-à-dire le périnée reconstitué, offrait une hauteur de 4 centimètres. Sur la ligne médiane, les tissus fortement comprimés par les chevilles faisaient une légère saillie et, en peu d'instants, semblèrent œdématiés.

Je fis alors des points de suture complémentaires : quatre points superficiels pour maintenir les bords de la peau parfaitement affrontés, un cinquième tout à fait en bas, sur la limite extrême de la peau de l'anus, et comprenant avec la peau une certaine épaisseur de tissu, peut-être même les extrémités antérieures du sphincter.

En introduisant le doigt dans l'anus, je m'assurai que les bords de la cloison étaient rapprochés et se touchaient; dans cette exploration, je sentis très-bien les fils de la suture profonde à travers une couche très-mince de tissu; enfin, je pus apprécier la hauteur de la ligne de réunion de la cloison du côté du rectum. Cette ligne avait 4 centimètres à partir de l'anus, tandis que du côté du vagin les points de suture se succédaient sur une longueur de 5 centimètres, différence facile à comprendre.

Une injection fut pratiquée dans le vagin, après quoi la malade fut reportée sur son lit. Les genoux, rapprochés et maintenus au moyen d'un mouchoir plié en cravate, furent tenus élevés par un coussin transversal placé au-dessous.

Suites de l'opération. — Je prescrivis trois pilules de 1 centigramme d'extrait d'opium à prendre dans la soirée. Je recommandai à la personne qui gardait la malade de pratiquer le cathétérisme lorsque le besoin d'uriner se ferait sentir, et de faire immédiatement après une injection d'eau froide à l'entrée du vagin et sur le périnée.

La nuit fut calme, avec quelques heures de sommeil.

Le lendemain de l'opération, l'œdème des bords de la plaie périnéale avait disparu, l'aspect de la peau était très-satisfaisant, et rien n'indiquait que la constriction fût trop forte.

Le quatrième jour après l'opération, le cathétérisme devenait difficile par suite de l'irritation de l'urèthre. Je permis à la malade d'uriner sans sonde, et après chaque miction on fit, comme précédemment, des injections vaginales et des irrigations sur le périnée.

Du côté de l'intestin, rien ne vint contrarier les suites de l'opération; 1 ou 2 centigrammes d'extrait d'opium administrés chaque soir suffirent pour maintenir la constipation. Les gaz sortaient sans difficulté et la malade sentait parfaitement qu'elle pouvait les maintenir à volonté.

Le huitième jour après l'opération, une limonade de Rogé fut administrée et produisit quatre selles abondantes sans qu'il y eût le moindre accident du côté des sutures; la commissure antérieure de l'anus, maintenue par une anse de fil, comme je l'ai exposé plus haut, résista à cette épreuve.

Le neuvième jour, j'enlevai les sutures profondes et les sutures vaginales; celle qui correspondait à la fourchette avait coupé les tissus, ce que j'avais observé également dans mes précédentes opérations. La réunion paraissant parfaite, j'enlevai dans la même séance les fils de la suture de l'anus, que je laissai jusqu'au onzième jour.

Le jour où j'enlevai les sutures, le périnée offrait une hauteur de plus de 3 centimètres. Pendant les jours suivants, il perdit 1 demi-centimètre environ.

La vulve est bien conformée et petite; l'anus ne paraît plus avoir été le siége d'une déchirure; le sphincter a toute son énergie et les selles sont faciles à l'aide de lavements.

Le toucher, pratiqué du côté du vagin et du rectum, permet de constater que la cloison est entière et résistante.

En somme, le succès a été complet et la beauté du résultat ne laisse rien à désirer.

Nota. — Mme X... était de retour chez elle depuis deux mois, lorsqu'elle m'écrivit que, pendant un effort de défécation, elle avait éprouvé une douleur à l'anus et que, depuis ce temps, les gaz s'échappaient quelquefois involontairement.

J'engageai Mme X... à revenir me voir; je constatai alors une pe-

tite fissure en avant, avec écartement de la muqueuse. Cette fissure ne dépassait pas en profondeur la couche sous-muqueuse et avait une largeur de 4 millimètres. J'ai cautérisé cette surface avec le crayon de nitrate d'argent et donné le conseil de continuer cette application tous les cinq ou six jours jusqu'à guérison de la fissure. Je n'ai point reçu de lettres de la malade depuis ce temps, ce qui me permet de croire qu'il ne reste plus de traces de ce petit incident.

Tumeur fibro-plastique de l'orbite ayant récidivé sept fois dans l'espace de douze ans. — M. LETENNEUR (de Nantes). (*Sera publié.*)

La Société se forme en comité secret à quatre heures et demie.

Le secrétaire : TILLAUX.

VARIÉTÉS

HYSTÉROTOMIE

De l'ablation partielle ou totale de l'utérus par la gastrotomie (1)

Par MM. J. PÉAN et L. URDY.

En présence de l'opinion de chirurgiens de grand mérite qui condamnent l'hystérotomie comme une opération hasardeuse et prématurée, MM. Péan et Urdy ont voulu faire connaître les résultats encourageants obtenus dans la pratique et la méthode opératoire qui les a conduits au succès.

Ce travail est divisé en quatre parties. La première, consacrée à l'historique de la question; la seconde expose les raisons qui justifient l'hystérotomie et traite du pronostic. Dans la troisième, les auteurs étudient les cas qui peuvent la nécessiter; enfin, la description du manuel opératoire est comprise dans la quatrième partie.

MM. Péan et Urdy croient pouvoir, de leurs recherches, tirer les conclusions suivantes :

1° Les tumeurs fibreuses ou fibro-cystiques de la matrice arrivées à un certain degré de développement, peuvent déterminer des accidents graves capables d'entraîner fatalement, dans un délai plus ou moins rapproché, la mort de la femme qui en est atteinte. Dans ces circonstances, le chirurgien a non seulement le droit, mais le devoir de pratiquer la gastrotomie.

2° Si les connexions de la tumeur avec la matrice sont tant soit peu intenses, il vaut mieux faire l'amputation sus-vaginale du corps de l'utérus, sans se préoccuper de conserver les ovaires, que de chercher à énucléer la tumeur, tout en respectant les organes génitaux.

(1) Grand in-8° avec 4 planches et 25 figures. Prix : 6 francs. — Paris, 1873, Adrien Delahaye.

THÈSES

SOUTENUES A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

PENDANT L'ANNÉE 1872.

488. Mazet. Aperçu sur la fièvre dite synoque.

489. Vosy. De l'habitus phthisique.

490. Lemoyne. De la diète lactée comme traitement des hydropisies.

491. Leconte. Traitement des hémorrhagies artérielles de la paume de la main ; emploi de l'éponge préparée.

492. Vautrin. Deux complications rares de la pleurésie aiguë (péritonite et apoplexie).

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Le docteur Michel Peter, médecin de l'hôpital Saint-Antoine, agrégé de la Faculté, commencera le vendredi 14 mars, à huit heures du soir, au grand amphithéâtre de l'École de médecine, des leçons sur les *signes diagnostiques et pronostiques tirés de l'examen du cœur et de l'aorte thoracique.*

Il continuera ces leçons les mardis et vendredis suivants.

— Le cours public de M. le docteur Dally sur les difformités de l'appareil locomoteur aura lieu, ainsi que nous l'avons annoncé, à partir du mardi 11 mars, à quatre heures et demie, dans l'amphithéâtre n° 2 de l'École pratique.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Contribution à l'étude du croup, par le docteur CALLANDREAU-DUFRESSE. — In-8°. — Prix : 2 francs. — Paris, Adrien Delahaye.

D'un nouveau moyen de contention de la matrice dans les cas de prolapsus utérin complet, par le docteur VULLIET. — In-8°. Prix : 1 fr. 50. — Paris, Adrien Delahaye.

Le Directeur : Dr E. LE SOURD.

Paris. — Typographie A. POUGIN, quai Voltaire, 13.

PILULES DE HOGG

1° *Pilules nutrimentives à la pepsine acidifiée*, dyspepsie, digestion difficile, diarrhée, vomissements, etc.

2° *Pilules à la pepsine unie au fer réduit par l'hydrogène*, en vue des maladies chroniques et des affections qui en dépendent (pertes blanches, pâles couleurs, menstruation difficile), et de fortifier les tempéraments débilités.

3° *Pilules à la pepsine unie au proto-iodure ferreux inaltérable*, en vue des maladies scrofuleuses, lymphatiques et syphilitiques, la phthisie, la cachexie chlorotique et les affections atoniques générales de l'économie.

On emploie la pepsine Boudault dans ces trois préparations.

Ces pilules ne se vendent qu'en flacons triangulaires chez HOGG, pharmacien-chimiste, rue Castiglione, 2, à Paris, et dans toutes les pharmacies — Envoi *franco* par la poste.

EAU PURGATIVE DE MONTMIRAIL

Près Vacqueyras (Vaucluse)

Sulfatée sodo-magnésique, 17 gr. 30 cent. par litre, Laxative à un verre.

Purgative à la dose de trois à quatre verres.

Établissement thermal ouvert de juin en octobre.

DÉPOT. — PHARMACIE CENTRALE DE FRANCE, Rue de Jouy, 7, Paris.

EXPOSITION DE 1867

La seule et unique Médaille pour la Pepsine, en récompense de la supériorité de fabrication constatée après expériences faites par les membres du Jury de l'Exposition 1867, MM. FELHING (de Stuttgart), FRITSCHE (de Saint-Pétersbourg), a été accordée exclusivement à la

Pepsine de Boudault, seul fabricant et fournisseur de la Pepsine dans les hôpitaux de Paris depuis 1854.

Quinze années de fabrication supérieure.

Elle est employée dans les *dyspepsies légères et rebelles, gastrites, gastralgies, dans les vomissements incoercibles de la grossesse, la lienterie des enfants, et autres affections des organes digestifs*, sous forme de vin, Élixir, Prises, Pastilles et Dragées. *Se méfier des contrefaçons.*

Pharmacie HOTTOT, 24, rue des Lombards, Paris.

AULUS (Ariége)

Eau minérale laxative, diurétique, dépurative, antisyphilitique, combat très-avantageusement les **maladies de l'estomac, des intestins, des reins et de la vessie, la gravelle, la goutte, la constipation, la diarrhée chronique.** Par son action dépurative, elle agit merveilleusement contre les **maladies de la peau.** Paris, 18, rue Saint-Martin.

GRANULES ANTIMONIAUX

Antimonio-ferreux
et antimonio-ferreux au bismuth.
DU DOCTEUR PAPILLAUD

Rapport favorable de l'Académie de médecine de Paris dans ses séances des 8, 15, 22 novembre et 6 décembre 1870.

Nouvelle médication à base d'arséniate d'antimoine.

Granules antimoniaux contre les maladies du cœur, l'asthme, le catarrhe et la phthisie à ses débuts.

Granules antimonio-ferreux contre l'anémie, la chlorose, les névralgies et névroses, les maladies scrofuleuses.

Granules antimonio-ferreux au bismuth contre les maladies nerveuses des voies digestives (dispepsies, etc).

Pharmacie E. MOUSNIER, à Saujon (Charente-Inférieure) et dans toutes les pharmacies en France et à l'étranger. A Paris, aux pharmacies: 141, rue Montmartre; 86, rue du Bac; 1, rue des Tournelles; 1, rue Bourdaloue.

MÉDECINE NOIRE EN CAPSULES

Préparée par J.-P. LAROZE, pharmacien, 2, *rue des Lions-Saint-Paul, à Paris.*

Six capsules représentent la médecine noire du *Codex*, et sont prises avec facilité. Elles purgent abondamment, toujours sans coliques, sont préférables aux purgatifs salins, qui ne produisent que des évacuations aqueuses, et surtout aux drastiques, en ce qu'elles n'irritent jamais. Elles contiennent, sous forme d'extrait, le principe actif des substances qui composent cette médecine, et la manne, *d'un effet si douteux*, y est remplacée par l'huile douce de ricin. D'après les médecins qui en font usage, c'est le purgatif le plus sûr, le plus doux, le plus facile à prendre et le mieux supporté.

Dépôt à Paris, 26, rue Neuve-des-Petits-Champs.

EPILEPSIE

HYSTERIE — NEVROSES

Le SIROP DE HENRY MURE, **au bromure de potassium** (exempt d'iodure), dont l'usage est aujourd'hui universellement répandu, a déterminé un nombre considérable de guérisons publiées dans les recueils scientifiques.

Chaque cuillerée de SIROP DE HENRY MURE contient 2 grammes de **bromure de potassium** d'une pureté chimique irréprochable.

PRIX DU FLACON : 5 francs.

Vente au détail. — A Paris, 16, rue de Richelieu, pharmacie LEBROU.

Vente en gros. — S'adresser à M. HENRY MURE, pharmacien, à Pont-Saint-Esprit (Gard).

GRANULES DE DIGITALINE D'HOMOLLE ET QUEVENNE

(AUTEURS DE LA DÉCOUVERTE)

1844. *Médaille d'or de la Société de pharmacie de Paris.* — 1854. *Approbation de l'Académie de médecine.* — 1866. *Formule insérée au dernier Codex.* — 1855. 1862. 1867. *Médailles et mention aux Expositions universelles de Paris et de Londres.* — 1872. *Récompense de l'Académie de médecine (concours Orfila).* — *Emploi exclusif depuis 30 ans dans les hôpitaux de Paris.*

La Digitaline d'Homolle et Quevenne est la **seule** légale, la **seule** autorisée par le *Codex* qui en a adopté la formule.

Le procédé d'Homolle et Quevenne est toujours le *seul moyen pratique* d'isoler le principe actif de la Digitale.

« La Digitaline d'Homolle et Quevenne représente fidèlement les propriétés utiles de la Digitale et, sous forme de granules d'un milligramme, constitue une préparation inaltérable, d'un dosage exact et d'une administration facile. » *Bouchardat*, Annuaire de thérapeutique, 1870, p. 132.)

Dose : 1 à 2 milligrammes pour obtenir l'action sédative et régulatrice du cœur. Ne dépasser cette dose que pour produire les effets antipyrétiques dans les maladies aiguës fébriles.

Le flacon de 60 granules, 3 fr., chez COLLAS, 8, *rue Dauphine, Paris*, et dans toutes les pharmacies. — Se méfier des imitations — nombreuses — dont l'origine incertaine expose les praticiens à des mécomptes.

BIÈRE FANTA

HYGIÉNIQUE ET NUTRITIVE

BUREAU DES COMMANDES : 18, *Boulevard des Italiens.*

La bière, bien fabriquée, est d'une influence utile sur le développement des systèmes musculaire et osseux ; elle a une grande valeur nutritive. Ces puissantes raisons l'ont fait conseiller par les médecins et les hygiénistes aux mères pendant la grossesse et aux nourrices pendant l'allaitement. Elle est préférable pour elles à toute autre boisson. Elle est très-utile aux convalescents. Les soins minutieux apportés dans le choix des substances et dans la fabrication de la **Bière Fanta**, et les succès obtenus par son usage journalier lui ont valu la préférence d'un grand nombre de médecins français et étrangers.

AFFECTIONS DE POITRINE, RHUMES, ETC.

« J'ai prescrit plusieurs fois le **SIROP** antiphlogistique de **M. BRIANT** ; il m'a paru remplir parfaitement l'effet qu'on doit en attendre.

« 28 novembre 1828. « *Signé :* GUERSANT,

« Professeur à la Faculté de médecine, Membre de l'Académie. »

Pharmacie BRIANT, 150, rue de Rivoli, Paris.



MÉDICATION DIASTASÉE

FER diastasé — IODE diastasé — ARSENIC diastasé

(Sels de fer, d'iode et d'arsenic, combinés avec la graine de cresson par la germination)

Sous cette forme spéciale, ces sels intimement unis aux principes huileux et protéiques de la graine de cresson, cessent d'exercer leurs actions chimiques irritantes; ils acquièrent des propriétés analeptiques et pénètrent dans les voies de la circulation par l'assimilation normale; leur action est secondée par l'agent vital la **Diastase**, développée dans la germination de la graine (3 fr. le flacon).

PARIS, 15, rue Drouot (*pharmacie* GUETTROT) et dans toutes les pharmacies

---

MALADIE DES ORGANES RESPIRATOIRES

GLOBULES ALLOUIN

A l'essence d'EUCALYPTUS (Eucalyptol)

Employés avec succès par M. le profes. GUBLER. Pharm. **Allouin**, 75, avenue des Ternes, et pharm. **Thommeret-Gélis**, 32, faub. Montmartre. — Produits de l'*Eucalyptus : Teinture, Cigarettes, Prises de poudre, Vin, Pilules, Sirop, Liniment, etc.*

Le vrai sirop dépuratif anti-scorbutique du docteur PORTAL se prépare spécialement et exclusivement à la pharmacie SAGE-DANZEL, rue de Buci, n° 7, à Paris.

« Cher Monsieur James,

« Ayez la bonté de m'envoyer, pour l'usage de « mes enfants, un litre de votre excellent sirop « anti-scorbutique, dont j'ai pu bien souvent con« stater la bonne préparation.

« Dr FODÉRÉ. »

Dans la même pharmacie se trouve tout préparé le Quinquina jaune Royal, pour faire le vin soi-même et instantanément; préparation également très-appréciée. — 1 fr. 15 la dose pour un litre.

MALADIES DE LA PEAU

LES GRANULES

Et le Sirop d'Hydrocotyle asiatica

DE J. LÉPINE,

Pharmacien en chef de la marine à Pondichéry, sont, d'après le Dr CAZENAVE, médecin de l'hôpital Saint-Louis, le remède le plus sûr des affections rebelles de la peau : **Eczéma, Psoriasis, Lichen, Prurigo, Dartres**, etc., etc.

Dépôt général à Paris : 56, rue d'Anjou-Saint-Honoré, et pour la vente en gros : 99, r. d'Aboukir.

N° 29. — MARDI 11 MARS 1873. 46e ANNÉE. MARDI 11 MARS 1873. — N° 29.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Bureaux : 57, rue des Saints-Pères, 57
PRÈS L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix d'abonnement doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

On s'abonne hors de Paris dans les bureaux des Messageries et chez les Libraires
Les lettres non affranchies sont refusées.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui n'en peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS	
Trois mois. .	8 fr. 50 c.
Six mois. . .	16 —
Un an. . . .	30 —

POUR L'ÉTRANGER le port en sus suivant les derniers tarifs des Postes.

Paris, le 10 mars 1873.

SÉANCE DE L'ACADÉMIE DES SCIENCES

M. Bert a une manière à lui d'entretenir périodiquement l'Académie et le public de ses faits et gestes. Ce moyen, le voici : M. Bert adopte un titre de recherches, par exemple : « *Recherches expérimentales sur l'influence que les changements dans la pression barométrique exercent sur les phénomènes de la vie* » ; puis, sous forme de communications, numérotées une, deux, trois, quatre, il adresse de temps en temps à l'Académie le résultat de ses expérimentations sur cet intéressant sujet. Ce moyen, sans doute, est fort précieux pour entretenir le public de sa personne, mais il ne fait pas du tout les affaires de la science, qui exclusivement doivent nous occuper ici. Déjà, dans le numéro du 24 février, nous avons observé que la huitième note de l'honorable professeur ne répondait pas à son titre de *Recherches expérimentales, etc.*, qu'il aurait dû remplacer par celui de : *Influence toxique de l'oxygène accumulé dans le système circulatoire sous l'influence d'une forte pression.* C'est dans cette note que M. Bert avait découvert que l'oxygène était un poison *terriblement mortel.* On sait à quelle condition. Aujourd'hui, le reproche qu'on peut adresser à M. Bert, à propos de sa neuvième note, est encore plus grave. Cette note est intitulée comme les autres ; mais elle a pour but de faire savoir que, lorsqu'on a soumis des chiens à une pression de sept à huit atmosphères, si on vient à décomprimer subitement, l'animal succombe. M. Bert pense que la mort, dans ces circonstances, provient de ce que les bulles d'azote s'emmagasinent dans le cœur droit et dans les artères pulmonaires. C'est pourquoi il a été conduit, pour conjurer le péril, à faire respirer de l'oxygène aux animaux décomprimés. Ce moyen lui a *à peu près* réussi, et il engage les armateurs et les ingénieurs, dont les plongeurs et les ouvriers sont exposés à des accidents analogues, à faire respirer l'oxygène, si, après la décompression, un certain malaise peut faire craindre quelque chose de plus grave ; il conseille même aux chirurgiens d'appliquer la même méthode de traitement aux accidents dus à l'introduction de l'air dans les veines.

Nous ne nous sentons pas disposé à critiquer des conseils qui peuvent être utiles à notre pauvre humanité ; mais M. Bert lui-même nous fait l'aveu que ses recherches sont, par suite d'accident, tout à fait incomplètes. Que n'attend-il, pour parler avec toute l'autorité que comporte sa situation, d'avoir terminé ses recherches ?

Sa neuvième note aurait paru un peu plus tard sans doute, et non à bref délai ; mais où est le mal ?

Cette manière d'agir a été celle de ces chers Allemands pendant cinquante ans ; ils ont rempli les gazettes de leurs prétendues découvertes ; la plus mince observation était mise par eux à la hauteur de la découverte d'un monde nouveau, et à force de le dire, ils ont fini par faire croire aux autres que cela était arrivé. Insensés que nous sommes ! Et dire que nous persistons à marcher dans cette voie que nos voisins nous ont imposée ! Dire que des professeur du Collége de France répondent encore docilement au mot d'ordre de pédagogues germaniques ! Et qu'on ne croie pas que j'exagère en parlant ainsi.

Dernièrement, dans un discours traduit en français et publié par une Revue que je ne nommerai pas, un professeur allemand constatait avec dépit que la France (elle a encore du bon sens) était bien plus en retard que l'Angleterre et l'Allemagne touchant les idées de transformisme et, en particulier, touchant les idées de Darwin. Ma conviction, en lisant ces lignes, fut que ce professeur trouvait que notre chère France n'était pas encore assez éprouvée et que quelques grammes de plus de transformisme et de darwinisme ne nuiraient pas à son dépérissement.

D'autres, sans doute, ne l'ont pas compris ainsi, et ce n'est pas sans un vif chagrin que nous avons vu M. Marey porter cette pitoyable question du darwinisme à la tribune du Collége de France. Ce n'est pas à dire que M. Marey ait trouvé quelque chose de neuf dans cette question. Non certes ; mais en la discutant dans un sens favorable, il lui a fait un honneur qu'elle ne mérite pas. D'ailleurs, comme le sujet en vaut la peine, nous ne nous bornerons pas à de simples affirmations.

Après avoir rendu justice à notre savant Lamark, véritable inventeur du transformisme avant Darwin, M. Marey admet que les partisans du transformisme ne peuvent pas nous faire assister expérimentalement à la transformation d'une espèce animale en une autre ; mais il pense que l'expérience sera suffisamment démonstrative si on peut montrer une tendance, si petite qu'elle soit, à cette transformation et si l'on constate que l'hérédité transmet, même la moindre partie, de la modification ainsi acquise. Partant

de ce principe, M. Marey, dans le but de fournir un solide point de départ au transformisme, s'efforce de montrer comment le squelette et l'appareil musculaire se mettent en harmonie avec les mouvements que chaque animal produit dans les conditions ordinaires de son existence. Malheureusement M. Marey s'est borné à passer en revue les nombreuses déformations osseuses par suite de maladie; il a également parlé de l'origine des aspérités osseuses qui, selon lui et contradictoirement à l'opinion reçue, sont le résultat de la fonction des muscles (!); il a aussi longuement parlé de la dégénérescence graisseuse ou fibreuse des muscles, et c'est ainsi qu'il a fourni aux transformistes leur fameux point de départ. En somme, c'est parler longtemps pour ne rien dire. Nous savons, en effet, d'une manière générale, que la variété est inhérente à toutes les manifestations de la vie; nous savons aussi que ces variétés peuvent être transmises par la voie d'hérédité; mais ce que nous savons par-dessus tout, c'est qu'il y a une limite à ces variétés et un retour fatal vers le type primitif. Il ne faut donc pas croire avec M. Marey qu'il suffit de constater une minime tendance à la variation avec une possibilité de transmission héréditaire, pour démontrer l'exactitude des idées transformistes. Non, la tendance à la variation dans certaines limites est un fait naturel, général, et elle ne prouve autre chose que le fait lui-même. Cela ne suffit pas.

Mais pendant que nous perdons notre temps à examiner ces vieux *rossignols* que les Allemands sont intéressés à nous passer, savez-vous ce qu'ils font, eux? Je vais vous le dire : ils se réunissent à Leipzig en congrès de naturalistes et de médecins allemands; ils font de beaux discours où ils exaltent la science *nationale* en se donnant mutuellement de l'encensoir; ils se préoccupent enfin de dépouiller le froc du modeste chercheur de quintescence pour endosser la robe éclatante des grands maîtres de la science universelle. Ils commencent, selon le dire de M. Hoppe (de Berlin), à s'apercevoir que « leur science est parfois bornée et incertaine, et qu'en ce qui concerne les principes fondamentaux de la science, *les nerfs d'action* (ils ont des expressions à eux, ces bons Allemands), les nerfs d'action, dis-je, sont coupés et la pensée ne travaille qu'avec des parties isolées incapables de relations mutuelles. » On ne saurait mieux apprécier, et M. le professeur Hoppe connaît assurément la science de son pays. Aussi l'appprouvons-nous beaucoup quand il fait un appel éloquent, et avec l'accent d'un homme que la question *tient au cœur*, comme il le dit lui-même, à tous ses confrères de l'Allemagne pour la création d'une doctrine philosophique nouvelle, et comme moyen, il propose la fondation d'une *Revue philosophique mensuelle. Et nunc erudimini.* Malheureusement, il est à craindre que nous en serons encore à rassembler des moellons lorsque les éclatants rayons de cette nouvelle philosophie allemande se répandront sur nous.

HOPITAL CIVIL DE BREST. — M. Caradec.

Anévrysme cirsoïde de la région occipitale. — Guérison par les injections de perchlorure de fer avec l'aide du compresseur Marcelin Duval.

L'anévrysme cirsoïde (tumeur cirsoïde, varices artérielles, etc.) a fixé depuis longtemps l'attention des praticiens, et l'on comprendra qu'il serait au moins superflu de m'occuper ici de détails historiques; je rappellerai seulement au souvenir du lecteur, deux thèses remarquables soutenues sur ce sujet; l'une, pour le doctorat, par Laburthe (1867); l'autre, pour l'agrégation, par Terrier (1872), ainsi que les deux observations très-intéressantes communiquées à la Société de chirurgie, par Broca en 1860, et par Léon Labbé en 1872 (1).

Comme ces deux chirurgiens distingués, j'ai cru devoir recourir aux injections de perchlorure de fer qui, on le sait, sont assez généralement employées depuis les faits de Bourguet (d'Aix), 1855; Verneuil, 1858; Broca, 1858; Gosselin, 1867, etc. L'observation suivante vient militer encore en faveur de ce précieux agent thérapeutique.

Joséphine A..., âgée de quinze ans, d'une constitution moyenne, d'un tempérament lymphatique, est admise, le 12 juin 1872, à l'hôpital civil de Brest.

Cette jeune fille, non réglée encore, et dont les traits sont décolorés, amaigris, jouissait habituellement d'une bonne santé, lorsqu'il y a cinq mois elle a commencé à perdre du sang qui provenait d'une petite élevure que la mère me désigne du doigt. Cette élevure est située sur le trajet de l'artère auriculaire postérieure, du côté gauche, qui est très-dilatée.

Les hémorrhagies, peu fréquentes d'abord, et qu'on arrêtait facilement à l'aide d'applications froides, sont devenues par la suite plus nombreuses et d'autant plus inquiétantes qu'elles se produisaient surtout pendant la nuit.

En relevant les cheveux, l'œil aperçoit immédiatement une tumeur qui commence à 6 centimètres au-dessous de la partie moyenne et postérieure de l'oreille pour se diriger de bas en haut et de gauche à droite.

Elle mesure plus de 7 centimètres de long sur 4 centimètres 1/2 de large. Son milieu présente une sorte de sillon près duquel on remarque deux petites bosselures. En partie réductible, de consistance molle, offrant des mouvements d'expansion, elle est agitée par des battements très-appréciables à la vue et au toucher, battements isochrones à ceux du pouls. Avec le stéthoscope, on perçoit un bruit de souffle intermittent que la malade entend très-bien elle-même, et qui trouble son sommeil lorsqu'elle repose sur le côté gauche de la tête.

La jeune A..., qui est très-intelligente, me raconte qu'elle a reçu, il y une dizaine d'années, un coup de pied de cheval derrière la tête; qu'il n'y a pas eu de plaie, et qu'on n'a pas fait appeler de médecin. Au bout de sept mois, les parents reconnurent sur le point contus une petite grosseur dont le volume s'est accru peu à peu.

D'après ces commémoratifs et l'examen de la tumeur, nul doute que je ne me trouve en présence d'un anévrysme dit *cirsoïde*. Mon diagnostic est confirmé par mes deux collègues et par d'autres médecins parmi lesquels je suis heureux de compter mon excellent maître, M. le professeur Marcelin Duval, dont la haute autorité chirurgicale est appréciée par nous tous à Brest (2).

J'acquiers bien vite la preuve que cet anévrysme est alimenté par l'auriculaire postérieur (branche mastoïdienne) et surtout par la branche externe de l'artère occipitale dont le volume est considérable, puisque son diamètre a près de 1 centimètre. En comprimant cette branche avec le doigt, on fait cesser ses battements énergiques et ceux de la tumeur qui, toutefois, ne s'affaisse pas d'une manière complète; mais il m'est permis de m'assurer qu'il n'existe dans son intérieur aucune concrétion sanguine.

La fréquence des hémorrhagies, qui avaient anémié déjà la malade et qui compromettaient sa vie, exigeaient impérieusement, selon moi, l'intervention chirurgicale. Cette opinion fut aussi très-nettement exprimée, dès le principe, par M. Marcelin Duval, et je convins avec lui de m'arrêter au traitement suivant :

1° Je devais m'abstenir de toute tentative de ligature, opération

---

(1) *Gaz. des Hôp.*, 1869, nº 125; et 1872, nºs 33, 38, 134, 135.

(2) Vous pouvez ajouter que l'autorité de M. Marcelin Duval est appréciée par tous ceux qui connaissent les travaux de ce très-éminent chirurgien. (*Note de la rédaction.*)

d'une efficacité fort douteuse dans le cas présent et qui offrait des dangers, parce que les parois artérielles ne pourraient probablement pas supporter, pendant le temps nécessaire, la constriction exercée par le fil.

Le même motif avait déterminé le professeur Broca, également en présence d'un anévrysme cirsoïde volumineux, à *rejeter la ligature des artères dilatées* et à lui préférer l'acupressure (1);

2° J'emploierais, comme moyen préparatoire, la compression des artères afférentes;

3° Je ferais dans la tumeur des injections partielles et successives de perchlorure de fer, tout en continuant la compression à titre d'auxiliaire.

Pour établir la compression, je n'hésitai pas à donner la préférence au compresseur à pression élastique et graduée du professeur Marcelin Duval. J'eus soin, comme il le recommande dans son *Traité de l'hémostasie*, p. 259, de me servir d'une pelote dont le tissu était résistant sans être dur, et de placer entre les téguments et la pelote de petites rondelles d'agaric très-souple. A cette occasion, je reproduis ici avec grand plaisir quelques lignes écrites par des chirurgiens dont la compétence n'est pas contestable :

« Les compresseurs du docteur Marcelin Duval pourraient être également employés avec avantage et sont applicables à toutes les compressions artérielles, anévrysmales ou traumatiques. (Sédillot, *Traité de médecine opératoire*.)

« Cet appareil ingénieux est léger et tient bien peu de place. Son application est facile et son mode d'action remplit suffisamment le but désiré. (Gaujot, *Arsenal de la chirurgie contemporaine*, t. Ier.)

« Marcelin Duval a imprimé à son compresseur à pression élastique et graduée des modifications qui en font l'instrument le plus parfait que nous connaissions. (Spillmann, *Arsenal de la chirurgie contemporaine*, t. II.) »

Le 13 juillet, après avoir fait comprimer par un aide, l'occipital, l'auriculaire postérieur ainsi que le pourtour de la tumeur, je plonge dans celle-ci le trocart de la seringue Pravaz, et je visse le corps de pompe dès que j'ai l'assurance, par la vue du sang, que j'ai pénétré dans l'endroit voulu.

J'imprime trois demi-tours au piston afin de refouler le sang, puis six autres demi-tours, de manière à introduire six gouttes de perchlorure de fer à 30°+. J'obtiens promptement un noyau dur, dans le quart à peu près de l'anévrysme. Je ne retire la canule-trocart qu'au bout de dix minutes, et j'ai soin, avant de la retirer, de faire exécuter deux demi-tours au piston afin de prévenir l'introduction du perchlorure dans le tissu cellulaire. En dépit de cette mesure de prudence, la tumeur devient le siége d'une vive inflammation qui m'inspire de sérieuses inquiétudes. Heureusement, grâce à un badigeonnage de bon collodion, je ne tarde pas à me rendre maître de ces accidents.

Puisque l'occasion s'en présente, c'est pour moi un devoir doux à remplir de rendre en passant un hommage bien légitime à la belle découverte de notre éminent confrère, M. le docteur Robert de Latour, et de dire que son enduit imperméable m'a rendu de grands services en maintes circonstances.

L'orage inflammatoire dissipé, Joséphine A... manifeste le désir de quitter l'hôpital. Je crois devoir y déférer le 31 juillet, et je me décide à continuer le traitement à son domicile, quoiqu'il soit situé hors de Brest. Elle tolère toujours parfaitement le compresseur, qui est maintenu en place pendant le jour. Il est enlevé la nuit pour laisser reposer les tissus, et parce qu'il se dérange lors des mouvements involontaires de la malade.

Je la revois le 6 août; la tumeur ne présente plus de trace de phlegmasie; la partie indurée par le caillot chimique reste la même.

Le 12 août, je pratique une nouvelle injection de six gouttes de perchlorure de fer à 20 degrés seulement, et en usant toujours des mêmes précautions.

(1) *Gaz. des Hôp.*, 1869, p. 465.

Douleur moins vive que la première fois; phlegmasie très-légère.

J'obtiens un nouveau caillot dans la tumeur qui s'indure, dans un espace un peu plus restreint qu'après l'injection précédente.

Huit jours après (le 20 août), j'injecte six gouttes de perchlorure; la tumeur durcit de nouveau sur le point injecté, et les battements cessent dans la moitié de la tumeur environ.

29 août. — Quatrième injection de cinq gouttes, un peu au-dessous de la dernière. Durcissement de la tumeur dans la même étendue que l'autre fois; disparition des battements dans ce point; inflammation presque nulle.

4 septembre. — Cinquième injection de cinq gouttes. La tumeur prend encore de la consistance, et on n'y constate des battements qu'à la partie inférieure, dans un espace de plus en plus limité. Ceux de l'occipital et de l'auriculaire ont aussi diminué considérablement sous l'influence du compresseur Duval.

10 septembre.—Sixième injection de quatre gouttes. Nouvelle induration de l'anévrysme cirsoïde. Tout marche à souhait vers une solution des plus satisfaisantes.

16 septembre. — Septième et dernière injection. Bien qu'elle ait été faite avec les mêmes soins, il survient une vive inflammation suivie d'une suppuration abondante et d'un décollement de la peau que j'incise jusqu'à l'eschare produite après la seconde injection, eschare qui n'est pas encore tout à fait détachée. Hémorrhagie en nappe que j'arrête facilement par l'application de charpie imbibée de perchlorure de fer et d'un bandage compressif.

A dater de ce moment, l'induration de la tumeur est devenue complète partout, et on n'y perçoit plus de battement d'expansion ni le plus léger bruit de souffle.

A la chute de l'eschare, on voit, dans le fond, le caillot chimique, de couleur noirâtre; la plaie revêt un bon aspect, se couvre de bourgeons vermeils et marche régulièrement vers la cicatrisation, qui est achevée le 18 octobre.

A cette époque, le volume de la tumeur est déjà sensiblement diminué; il se produit en elle un travail de résorption qui fait de rapides progrès. La température, qui, même après la cicatrisation, était plus élevée du côté gauche de la région occipitale que du côté droit, ne présente plus de différence appréciable. En un mot, la guérison est radicale et a été constatée par beaucoup de mes confrères.

L'observation que je viens de relater succinctement m'a paru digne de quelque intérêt : 1° parce qu'il s'agissait d'une tumeur cirsoïde très-volumineuse avec varices artérielles et complication d'hémorrhagies graves; 2° parce que l'efficacité des injections de perchlorure de fer, aidées d'un auxiliaire puissant, la compression ne saurait être mise en doute dans le fait actuel.

ASILE D'ALIÉNÉS DE BICÊTRE. — M. BERTHIER.

Aphasie peu commune. — Amélioration voisine de la guérison (1).

(Observation recueillie par M. JOUGLA.)

22 *janvier*. — Nouvelle épreuve ayant pour but de s'assurer si le malade parle aussi imparfaitement, soit parce qu'il prononce mal les mots, soit parce que ceux-ci viennent mal à son esprit. Cette épreuve est difficile à faire comprendre au malade, elle est cependant des plus simples. Nous écrivons sur une feuille de papier l'acte que nous voulons exécuter, et nous la présentons. Le temps qui s'écoule entre la compréhension et l'exécution nous semble fort long; la lecture muette est aussi imparfaite que la lecture parlée.

26 *janvier*. — Nous faisons compter le malade de 1 à 100. Tout

(1) Fin. — Voir le numéro du 24 décembre 1872.

est très-régulier; pas un nombre n'est oublié. Mais quand nous demandons au malade de compter à reculons, il n'en est plus de même, et les nombres sont intervertis irrégulièrement.

A la fin du mois de janvier, l'élocution est sensiblement améliorée, mais par intervalles seulement. Les gens de service, infirmiers et voisins du malade, nous assurent qu'il leur parle mieux qu'à nous. Enfin, nous ajouterons qu'un jour, comme M. Berthier l'interrogeait sur ses habitudes alcooliques et notamment sur l'usage qu'il avait fait de l'absinthe, G... s'en défendit avec animation et pendant un laps de temps qui ne fut pas inférieur à quatre ou cinq minutes, parla très-nettement et très-couramment. Cette différence fut d'autant plus sensible, que le malade venait de nous parler comme à son habitude, et que, quelques minutes plus tard, il recommençait ses hésitations et nous montrait l'embarras de la parole qui lui était ordinaire.

Le 7 février, pour la première fois, G... nous parle d'un accident singulier qui lui serait arrivé quelque temps avant son aphasie complète du début. Comme il passait sur la place de la Bastille, il sentit tout à coup que sa jambe était prise de faiblesse, et arrivé chez un de ses parents, il s'assura qu'il était complétement dans l'impossibilité de la mouvoir. Cela dura une demi-heure environ, puis tout disparut. Il assure n'avoir point reçu de coup, et ne sait à quoi attribuer ce phénomène, dont le souvenir ne lui est revenu que tout dernièrement. Il ajoute que, de temps en temps, il est pris d'insensibilité complète d'un ou deux doigts de la main, siégeant tantôt sur l'un, tantôt sur l'autre; il ne sent pas ce qu'il touche et on peut le pincer très-fortement sans qu'il ressente aucune douleur. Nous n'avons pu constater par nous-même ce phénomène, mais l'infirmier du service en a été témoin la veille.

Le 16 février, le malade, prié d'écrire une phrase quelconque, réfléchit un instant, puis écrit couramment et d'un seul jet : « Il y a un mois que je n'ai pas vu mes enfants. » Il écrit ensuite à son gendre :

« Bicêtre, 29 juillet 1872.

« Mon cher gendre, de m'empresse de vous faire part d'une bonne nouvelle, par l'appuit de Monsieur le Docteur ainsi que ces Messieurs de l'assistance publique ce charge de me trouver de l'ouvrage. Ainsi cher Gendre je pense sortir sous peux, à cet effet, je demande une chemise une quasquette d'été une paire de chaussette une cravatt. C'est tout, quant je suis sorti du batteaux mes éfaict sont rempltis de charbont

Bien des choses agréable,

de toutes la famille.

« G... »

Je me suis demandé, et je demande si le malade qui fait le sujet de cette observation était bien un aliéné, un homme qu'on ne pût traiter que dans un asile. Et, malgré l'étude attentive et prolongée que j'en ai faite, j'hésite encore à me prononcer.

Quoi qu'il en soit, remercions les médecins qui, en nous l'envoyant, nous ont procuré l'occasion exceptionnelle de voir un individu qui n'a pas paru aphasique à ceux qui l'ont examiné, qui l'est devenu sans accidents apoplectiques ou paralytiques formels, qui n'a offert que de l'amnésie verbale avec obtusion intellectuelle, et qui s'est amélioré au point qu'il pourrait gagner sa vie s'il était simplement accompagné.

En effet, G.... travaille très-bien, il est fort docile, comprend tout ce qu'on lui dit et l'exécute immédiatement. Et il y a longtemps qu'on eût demandé sa sortie, si l'on n'avait pas craint que, livré à lui-même, il ne commît quelque erreur préjudiciable à ses intérêts ou à ceux de son entourage.

A-t-il éprouvé des troubles congestifs qui auraient passé inaperçus, au début? Les symptômes intellectuels, ayant primé les symptômes physiques, n'a-t-on pas accordé à ceux-ci assez d'importance, et l'attention s'est-elle concentrée sur la stupeur et l'incohérence du langage, — lequel, en vérité, ressemblait plutôt à un jargon artificiel qu'à un discours d'aphasique? Il y a en ce moment, dans le service, un aliéné qui parle identiquement de la même façon que G..., mais qui a été frappé d'une attaque d'apoplexie et est encore sous le coup d'une hémiplégie incomplète; chez ce dernier, en outre, la compréhension est très-affaiblie, et la mémoire fait défaut ; on peut, en conséquence, le considérer comme en démence partielle. G..., lui, n'a jamais été en démence, il n'a jamais eu de désordre de la motilité, ses fonctions végétatives se sont toujours bien accomplies depuis son entrée à l'hospice ; enfin il a retrouvé rapidement une partie de son vocabulaire.

C'est donc un sujet intéressant à plusieurs points de vue, et que l'on rencontre rarement dans les maisons d'aliénés ; d'autant plus, comme je le répète, qu'on peut se demander si les personnes de sa catégorie ont besoin d'y être enfermées, puisqu'un traitement spécial ne leur est pas applicable, et qu'ils ne font courir aucun danger à la société.

INTUSSUSCEPTION INTESTINALE

DANS LE COURS D'UNE FIÈVRE TYPHOÏDE. — EXPULSION DE LA PARTIE ÉTRANGLÉE. — GUÉRISON.

Par M. le docteur Henri Pernet.

Appelé près de Georges G..., âgé de deux ans, dans le commencement de février 1872, j'apprends que le petit malade se plaint, depuis plusieurs jours, de maux de tête, insomnie, nausées, diarrhée, etc.; — langue chargée, pouls fébrile. Il présente un cortége de symptômes qui me font d'autant moins hésiter dans mon diagnostic que je venais de donner des soins à sa jeune sœur, âgée de quatre ans, pour une fièvre typhoïde de moyenne intensité. Les choses suivaient leur cours habituel, le petit malade était dans le courant du deuxième septénaire de sa dothiénentérie avec délire, langue sèche, diarrhée, légère tympanite, quand, le 10 février, il fut pris de vomissements incoercibles, fièvre intense, soif extrême, ballonnement du ventre, tous les signes d'une violente péritonite. Je diagnostiquai une complication malheureusement fréquente, une perforation intestinale. Le petit malade, en proie à des douleurs atroces, rendait rarement par l'anus, tantôt une sérosité sanguinolente, tantôt du sang noirâtre et coagulé, hémorrhagie qui l'affaiblissait tellement, que l'on s'attendait à une fin prochaine. Il ne rendait pas de matières fécales.

Le 11, à six heures du soir, dans une crise de coliques plus violente, il rendit un bout d'intestin, long de 0m,10, noirâtre, tuméfié et ramolli. Cette expulsion fut accompagnée d'une forte hémorrhagie. L'enfant était exsangue et le pouls filiforme. Les vomissements (qui étaient bilieux et non stercoraux) cessèrent immédiatement et firent place à un profond sommeil. Le lendemain, il évacue naturellement. Je prescris du jus de viande et de la glace à sucer. La convalescence se confirme de plus en plus, et, douze jours après, il était complétement guéri, guérison qui ne s'est pas démentie depuis.

J'ai conservé et montré à la Société médicale d'Elbeuf ce bout d'intestin. Toute la partie invaginée est épaissie, couleur lie-de-vin; la circonférence étranglée et détachée est de moindre calibre que le bout périphérique, et se termine presque en pointe. Le bout périphérique est élargi, aplati et irrégulier, comme un choux-fleur. Le canal central permet à peine l'introduction d'un stylet.

Cette observation m'a paru intéressante à cause de sa rareté, et comme démontrant : 1° l'existence de la fièvre typhoïde chez les enfants en bas âge ; 2° la contagion de la fièvre typhoïde ; 3° une complication, ou tout au moins une coïncidence des plus rares ; 4° la possibilité de la guérison après un étranglement

interne, suivi de l'expulsion de la partie sphacélée, par la soudure bout à bout des deux extrémités séparées.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Séance du 19 juillet 1872 (1). — Présidence de M. Gros.

M. Foville fait la communication suivante :

M. Foville. Messieurs, j'ai l'honneur de soumettre à la Société un fait qui me paraît de nature à mériter son intérêt. Il s'agit d'un cas de mort instantanée; depuis plusieurs années je recueille avec soin tous les faits de ce genre que j'ai occasion d'observer, et l'expérience m'a appris, qu'en pareille matière, il convient d'être très-réservé dans le jugement que l'on porte, avant l'autopsie, sur la cause réelle de la mort, car celle-ci peut tenir à un mécanisme bien différent de celui qui paraîtrait le plus vraisemblable. Un nouvel exemple que j'ai eu occasion d'observer tout récemment, montre combien ces réserves sont nécessaires; permettez-moi de vous exposer brièvement cette observation.

Observation. — *Mort instantanée d'un vieillard de 76 ans, qui, depuis quatre ans, avait eu plusieurs attaques apoplectiques. — Autopsie. — Absence de toute lésion grave et récente dans l'encéphale, le cœur, le poumon. — Fracture de l'apophyse odontoïde.*

M. M.... est parvenu jusqu'à l'âge de 72 ans sans que sa santé physique fût sérieusement compromise. D'une excellente constitution, d'une intelligence supérieure, il avait eu une vie très-agitée : lancé dans la grande industrie, il avait été plus d'une fois en possession d'une fortune de plusieurs millions, puis il avait tout perdu. En dernier lieu, il vivait assez médiocrement d'une modeste pension, mais il continuait à s'occuper d'affaires avec une confiance exagérée, comptant que d'un instant à l'autre la fortune le favoriserait de nouveau.

Au mois d'août 1868, pendant qu'il déjeunait avec plusieurs personnes, il est frappé d'une attaque apoplectique, précédée, pendant dix ou quinze minutes, de symptômes d'aphasie. A la suite de cette attaque, il se produisit des accidents intellectuels, délire, tentatives de se jeter par la fenêtre, qui nécessitèrent le placement de M. M... à la maison de Charenton, où pendant près de quatre ans j'ai eu occasion de le voir tous les jours.

Pendant tout ce temps, il présenta les symptômes d'une démence incomplète, mais néanmoins bien caractérisée, et d'une aphasie, incomplète aussi, mais très-intéressante par les efforts, en partie heureux, que le malade faisait pour remédier à cette infirmité, en rapprenant en partie la langue parlée et la langue écrite, dont presque tous les mots et surtout les substantifs lui faisaient d'abord entièrement défaut. Mais ce qui chez lui était le plus remarquable, c'était l'absence d'hémiplégie. Dès son entrée, douze jours après son attaque, il allait et venait, sans qu'une moitié de son corps parût plus faible que l'autre, et la pression de ses deux mains était à peu près égale.

Dans le courant de l'année 1871, M. M... éprouva plusieurs accidents congestifs; chacun d'eux aggrava pendant quelques jours son état, et détermina une plus grande faiblesse du côté droit; mais au bout de peu de temps, l'équilibre se rétablissait et l'état redevenait, à peu de chose près, celui qui existait depuis l'entrée à Charenton.

A la fin de juin 1872, nouvelle modification dans l'état de M. M... Il s'endort facilement pendant le jour, parle beaucoup moins et avec plus de peine, ne s'intéresse plus à rien, chancelle en marchant, mais sans prédominance hémiplégique.

Le 9 juillet, à 11 heures du matin, M. M... dormait étendu sur un banc; on va le réveiller pour le déjeuner : il se relève sans que son état présentât rien d'extraordinaire, et traverse la cour pour se rendre au réfectoire, en marchant à côté de l'infirmier qui avait été le chercher. Celui-ci, plus pressé, prend un peu les devants, puis il entend le bruit d'une chute, se retourne et voit M. M.... étendu à terre dans un état de résolution générale; un instant après, il était mort. Il n'avait poussé aucun cri, ni eu aucune convulsion; la mort avait été de celles que l'on peut qualifier d'instantanées, car l'interne de garde qui se trouvait justement dans la cour voisine et qui arriva de suite, n'arriva que pour recueillir le dernier soupir et le dernier battement du cœur.

Autopsie, 24 heures après la mort.

Il existe à la partie supérieure du crâne, au-dessus du front, une plaie superficielle et contuse qui indique qu'au moment de la chute, c'est cette région qui a porté à terre.

Je n'entre pas dans les détails de l'autopsie du crâne et de l'encéphale qui se rapportent à des lésions anciennes, en rapport avec les accidents observés chez M. M... dans les dernières années de sa vie; qu'il suffise de dire que l'examen de tous les organes encéphaliques ne permet de rien découvrir de nature à expliquer la mort instantanée. Je remarque une seule chose d'inaccoutumé : c'est que, au niveau de la section qui sépare le bulbe du reste de la moelle épinière, et qui est pratiquée à 1 centimètre et demi au-dessous de l'extrémité inférieure des olives, la substance grise des cornes de la moelle présente une teinte ecchymotique qui ne lui est pas habituelle. A part cela, le bulbe et la protubérance sont intacts.

Les deux poumons sont congestionnés, mais pas d'une manière excessive, et nulle part ils ne présentent de rupture de leur tissu, ni d'épanchement sanguin interstitiel; les voies aériennes sont libres.

Le cœur est énorme et présente un des exemples les plus remarquables que l'on puisse voir d'hypertrophie du ventricule gauche. Toutes les cavités sont absolument vides de sang; aucune d'elles ne présente de rupture de son tissu.

Les gros vaisseaux sont tous athéromateux, mais ils ne présentent nulle part de solution de continuité.

La moelle est extraite et examinée dans toute son étendue, sans présenter aucune lésion apparente de quelque importance. La teinte ecchymotique de la substance grise, au niveau de la section du bulbe ne se continue pas plus bas dans la moelle; elle n'existe que dans une hauteur d'environ un demi-centimètre.

En disséquant la région cervicale postérieure pour ouvrir le canal rachidien, on trouve, à la partie la plus profonde de la nuque, une infiltration sanguine des couches de tissu cellulaire interposées entre les muscles droits et obliques qui relient les unes aux autres et à l'occipital les diverses apophyses de l'atlas et de l'axis. Les recherches sont poussées de ce côté, et enfin, après que le canal rachidien a été partout ouvert avec précaution par sa face postérieure, et que la moelle cervicale a été enlevée avec ses enveloppes, on trouve à la partie antérieure et supérieure du canal rachidien une solution de continuité, qui donne accès dans un foyer de fracture. Cette fracture siége à la base de l'apophyse odontoïde, qui est entièrement séparée du corps de l'axis. En avant, la fracture porte sur l'étranglement de la base de cette apophyse; de là, elle se dirige obliquement en arrière et en bas, de manière à se détacher un peu du corps de l'axis. Les ligaments qui attachent le sommet de l'apophyse odontoïde à l'occipital et à l'atlas sont intacts. Ceux qui unissent l'atlas au corps de l'axis sont en partie déchirés, de façon que les deux premières vertèbres peuvent exercer l'une sur l'autre des mouvements antéro-postérieurs d'une certaine étendue, ce qui est impossible à l'état normal.

Réflexions. — Les accidents apoplectiques et congestifs que M. M... avait éprouvés à diverses reprises devaient faire supposer qu'il était mort de quelque nouvelle lésion encéphalique, mais, d'autre part, la soudaineté de cette mort écartait l'idée d'une altération bornée aux hémisphères cérébraux ou cérébelleux et devait faire croire à une lésion subite du bulbe. L'examen très-détaillé de

(1) Suite. — Voir les numéros des 11, 21 janvier, 4, 11 février, 4 et 6 mars 1873.

l'encéphale, des poumons, du cœur, de la moelle, fut négatif, et l'on aurait pu très-bien s'arrêter là, sans avoir trouvé aucune explication plausible de la mort subite, avec la ressource, qui ne manque jamais, de l'attribuer à une syncope. Cependant, j'avais remarqué, à la section sous-bulbaire de la moelle, une coloration ecchymotique inusitée de la substance grise de cet organe; mon attention, vers la région atloïdienne, fut encore plus attirée par l'existence d'infiltrations ecchymotiques entre les muscles profonds de la nuque, et je finis par découvrir une lésion bien inattendue et qui n'aurait jamais pu entrer dans les prévisions théoriques suscitées par ce cas, la fracture de l'apophyse odontoïde à sa base. C'est à cette lésion que la mort subite me paraît devoir être rapportée. La plaie de la partie supérieure du front montre que c'est cet endroit qui a porté le premier à terre quand M. M... est tombé; tout l'effort de la chute a dû être dès lors transmis à la partie antérieure de l'articulation de la tête avec la colonne vertébrale, et supporté par l'apophyse odontoïde qui se sera rompue. Le sens de la solution de continuité montre, en effet, que l'effort qui a déterminé la fracture a dû porter en avant, à la base de cette apophyse. Les ligaments atloïdo-axoïdiens ont été en même temps relâchés et en partie rompus, et les deux premières vertèbres ont exercé, l'une sur l'autre, un mouvement qui aura suffi pour comprimer le bulbe et causer la mort instantanée, sans produire d'autre lésion apparente qu'une légère ecchymose de la substance grise, beaucoup plus vasculaire et friable que la blanche.

Resterait à s'expliquer la cause de la chute. Celle-ci a-t-elle été purement accidentelle et déterminée par un faux pas par exemple, ou a-t-elle eu une cause organique, telle qu'un étourdissement d'origine cérébrale, ou une syncope? C'est ce qu'il me paraît impossible de savoir positivement, et le champ des présomptions reste ouvert à cet égard.

DISCUSSION

M. DUCHENNE. Je demanderai à M. Foville, dans la section qu'il a faite au niveau du bulbe, dans quelle hauteur existaient les taches ecchymotiques des cornes de la substance grise.

M. FOVILLE. J'ai trouvé cet état ecchymotique dans une hauteur de 3 à 4 millimètres.

M. DUCHENNE. La mort subite peut s'expliquer par une apoplexie du bulbe ayant altéré le noyau d'origine du spinal ou celui du pneumogastrique, et comme conséquence un arrêt du cœur.

M. CHARRIER. J'ai vu à la clinique d'accouchement un cas de mort subite; voici dans quelles circonstances: une femme venait d'être délivrée, elle fut prise quelques instants après d'une attaque d'éclampsie; elle n'eut que cette seule attaque. Elle était en pleine convalescence; il n'y avait pas trace d'albuminurie dans les urines.

Le onzième jour, à la visite du soir, j'entr'ouvre ses rideaux, je lui demande comment elle va; elle me répond qu'elle va bien: au même moment elle fait un mouvement en arrière, pousse un cri et meurt.

Je fis la section de la moelle, il existait un caillot de 4 à 5 centimètres, qui *dissociait* les faisceaux du bulbe jusque dans la moelle.

M. FOVILLE. Par suite d'études faites avec soin, il y a une distinction à établir entre la mort rapide, c'est-à-dire deux, trois, quatre, cinq heures après l'accident et la mort subite. La mort subite est presque toujours la conséquence d'une lésion au niveau du bulbe.

Il peut y avoir encore mort subite par rupture du cœur ou par report brusque de matières liquides de l'estomac dans les voies respiratoires: c'est ce que j'ai exprimé en disant que c'étaient des gens qui vomissaient de travers.

Quant à savoir distinguer si c'est une altération du noyau du spinal ou du noyau du pneumogastrique qui a amené la mort, je ne saurais me prononcer à cet égard; mais dans mon opinion, je crois que mon malade est tombé et qu'il est mort par fracture de l'odontoïde dans sa chute.

M. DELASIAUVE. J'ai présents à la mémoire deux faits de mort subite.

Dans le premier cas, c'est une malade ayant des attaques épileptiformes accompagnant des accidents de congestion pulmonaire. Cette femme meurt subitement. A l'autopsie, je trouve une ulcération sèche au niveau de la protubérance.

Dans le second cas, c'est un malade atteint d'attaques épileptiformes, ayant de la difficulté dans la marche et un peu de démence. Je l'avais vu au mois de mai, il allait mieux; il partit à la campagne, et je le revis de nouveau au mois d'octobre: il avait des attaques nerveuses avec phénomènes d'asphyxie. Je lui donnai des soins conjointement avec les docteurs Cerise et Richelot, mais il succomba au moment où il semblait aller le mieux.

Je n'ai pu faire l'autopsie, mais je suis convaincu qu'il y avait là une lésion organique au niveau du bulbe.

M. PERRIN. M. Foville a dit avec raison que les altérations anatomiques du bulbe produisaient une mort instantanée. Je ne m'explique pas la fracture de l'apophyse odontoïde par la chute; ne serait-ce pas une fracture faite pendant l'autopsie?

M. FOVILLE. Je n'ai été amené à chercher aussi loin dans le canal que par altération des cornes grises du bulbe. C'est en suivant ces altérations que j'ai découvert la fracture de l'apophyse odontoïde et l'épanchement séro-sanguin qui s'étendait jusque dans les fibres des muscles profonds de la région.

La séance est levée à cinq heures trois quarts.

Le secrétaire annuel : Dr Ad. TISSIER.

VARIÉTÉS

Précis des maladies intra-oculaires (1)

Par M. le docteur E. GRANDCLÉMENT.

Les malades atteints d'affections intra-oculaires, c'est-à-dire ayant leur siége ou leur raison d'être au delà de l'iris, ne présentent pour la plupart aucun signe, aucune lésion apparente au dehors. Mais si on les interroge avec soin, on découvre que chez tous la vision est troublée par une sorte de nuage, ou mieux par un brouillard qui voile plus ou moins les objets.

Or, d'après l'auteur, ce brouillard présente des aspects divers, selon le genre et l'espèce de l'affection intra-oculaire.

Ainsi, dans les *affections organiques*, ce brouillard existe à quelques centimètres en avant de l'œil, en outre et surtout, il existe constamment; il poursuit le malade sans trêve ni répit, quel que soit le moment de la journée ou la distance de l'objet visé; en d'autres termes, *il est permanent*.

Au contraire, dans les maladies fonctionnelles, c'est-à-dire les anomalies de la réfraction et de l'accommodation (myopie, hypermétropie, astigmatisme, presbytie, spasme et paralysie du muscle ciliaire), ce brouillard n'existe pas constamment; ainsi, tantôt il n'apparaît qu'après un temps plus ou moins long d'application de la vue; tantôt, il ne se montre qu'à de certaines distances de l'objet visé.

En d'autres termes, au lieu d'être *permanent*, comme dans les affections organiques, il est *intermittent*. De plus, au lieu de présenter l'aspect d'une vapeur placée à quelques centimètres en avant de l'œil, il revêt plutôt l'apparence d'une gaze fine qui recouvre l'objet visé.

M. Grandclément va plus loin. En complétant ces recherches, il a trouvé que le brouillard fonctionnel, c'est-à-dire celui qui caractérise les anomalies de la réfraction et de l'accommodation, présente lui-même des traits caractéristiques dans chacune de ces anomalies. Ainsi, dans la myopie et le spasme du muscle ciliaire, le brouillard en

(1) Paris, 1873, gr. in-8 de 50 pages. Prix : 2 fr. — F. Savy.

question n'apparaît que dans la vision au loin; dans l'hypermétropie, il ne fait son apparition que dans la vision rapprochée, et seulement après un moment de cet exercice; dans la presbytie et la paralysie ciliaire, il apparaît également dans la vision de près, mais dès le début de cet exercice.

L'on voit donc que l'on peut retirer de très-utiles données des aspects divers du brouillard, qui voile plus ou moins la vue dans les maladies intra-oculaires, et, sans le secours d'aucun instrument, indiquer au malade le genre de sa maladie, et même, dans le cas d'une maladie fonctionnelle, la nature et, très-approximativement, le numéro du verre, qui doit rétablir l'intégrité de sa fonction visuelle.

Dans la dernière partie de son travail, M. Grandclément présente un tableau synoptique et simplifié de toutes les affections ophthalmoscopiques, en les débarrassant de tous ces détails inutiles dont on les a surchargées dans les traités spéciaux.

THÈSES

SOUTENUES A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

PENDANT L'ANNÉE 1872.

493. Farssac. De certains accidents qui compliquent la convalescence de la fièvre typhoïde; exposé des diverses opinions sur la cause qui les produit.

494. Villemsens. Étude sur le catarrhe spasmodique d'été, dit *catarrhe de foin*; rhinobronchique spasmodique (*Hay-fever*, fièvre de foin; *Hay-Asthma*, asthme de foin).

495. Warion. Quelques considérations sur l'hygiène des chemins de fer.

496. Joly. Essai sur la physiologie et la pathologie générale de l'hématie.

497. Fourcade. Du traitement des fièvres intermittentes rebelles par l'hydrothérapie.

498. Roche. Une épidémie de scorbut observée pendant le siége de Paris.

499. Testeau. Du cancer de l'utérus et des tumeurs fibreuses de l'utérus, envisagées dans leurs rapports avec la grossesse.

500. Sirot. Du traitement chirurgical des rétrécissements du rectum.

501. Poinsot. De la conservation dans le traitement des fractures compliquées.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

La Société médicale d'Amiens met au concours les questions suivantes:

1° Des complications de la scarlatine et de leur traitement,
Une médaille d'or de la valeur de 200 fr.;

2° Des indications et des contre-indications de l'hydrothérapie, et des moyens simples qui permettent de l'employer à domicile,
Une médaille d'or de la valeur de 200 fr.;

3° Une médaille d'or de la valeur de 100 fr. sera en outre décernée au médecin du département de la Somme qui aura présenté le meilleur travail sur un sujet quelconque ayant trait aux sciences médicales.

Les mémoires doivent être inédits et manuscrits. Ils doivent être envoyés, dans les formes académiques, au secrétariat de la Société, avant le 31 octobre 1873.

Les lauréats des questions mises au concours seront nommés membres correspondants de la Société médicale d'Amiens.

— Le corps médical belge vient de faire une perte considérable en la personne de M. le docteur Fallot, qui vient de mourir à l'âge de quatre-vingt-douze ans. En 1857, M. Fallot avait présidé les congrès d'ophthalmologie.

Le Directeur : Dr E. Le Sourd.

Paris. — Typographie A. Pougin, quai Voltaire, 13.

N° 30. — JEUDI 13 MARS 1873. 46e ANNÉE. JEUDI 13 MARS 1873. — N° 30.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Bureaux : 57, rue des Saints-Pères, 57
PRÈS L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix d'abonnement
doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois

On s'abonne hors de Paris
dans les bureaux des Messageries et chez les Libraires
Les lettres non affranchies sont refusées.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1858 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui n'en peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS	
Trois mois. .	8 fr. 50 c.
Six mois. . .	16 —
Un an. . . .	30 —

POUR L'ÉTRANGER le port en sus suivant les derniers tarifs des Postes.

Paris, le 12 mars 1873.

SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

Les deux grandes questions qui émeuvent surtout le monde médical, celle des maladies infectieuses et celle de l'inspectorat, se sont partagé la séance.

La première a fait un grand pas.

Les nouvelles théories pathogéniques de M. Davaine, celles par lesquelles il expliquait la fièvre typhoïde comme l'infection putride, manquent aujourd'hui par la base.

Le sang putréfié, le sang des animaux malades ne doivent pas leur nocuité à la présence de bactéries et de bactéridies, car ces organismes inférieurs, développés en dehors de ces liquides toxiques, ont pu être introduits en quantités énormes par M. Onimus sous la peau des lapins sans déterminer aucun accident, tandis que les lapins mouraient quand on leur avait inoculé une seule goutte de sang putréfié.

Ainsi la méthode expérimentale, bien appliquée a, dans ce cas comme dans beaucoup d'autres, substitué une démonstration irréfutable à des arguments de simple logique.

En effet, du moment où les individus dans le sang desquels on trouvait des bactéries et des bactéridies ne mouraient pas tous, où quelques-uns même, ainsi que l'avait observé M. Béhier, semblaient jouir d'une santé satisfaisante, comment croire en bonne logique que les bactéries contenues dans un trimillionième de goutte de sang putréfié devaient *à elles seules*, par leur propagation, fatalement amener la mort?

Le raisonnement conduisait donc à repousser la théorie de M. Davaine.

Mais « aucun raisonnement ne tient devant les faits, disait-on, les animaux meurent »: et cette mort suffisait pour décider certains esprits à accepter une explication qu'ils regardaient comme connexe.

Aujourd'hui le cas est différent. Il est évident qu'il n'existe aucun rapport de causalité entre la présence des bactéries et les effets toxiques des liquides putréfiés. Les faits ont parlé clairement : il faut bien que chacun s'incline.

On voit combien grande est l'utilité des discussions académiques. Elles contribuent toujours à cette *agitation* par laquelle les questions s'éclairent, quelle que soit la solution que le vote puisse leur donner alors qu'on procède à un vote.

Le vote tient bien souvent à des entraînements de diverses natures, ceux de l'amitié, de la camaraderie, ceux de l'éloquence, et les plus puissants de tous dans une Académie, ceux qu'on résume par ces mots : *l'esprit de corps*.

Mais qu'importe après tout? La presse médicale et la tribune académique, en développant les arguments pour et contre, auront provoqué les études et les réflexions de chacun. L'opinion se forme, et elle s'impose quand elle est mûre.

Elle mûrit déjà en ce qui touche le régime actuel des eaux minérales.

Dans l'Académie, ce régime n'a trouvé qu'un seul défenseur, M. Fauvel. Les autres orateurs se divisent en deux camps : celui des inspecteurs, qui veulent changer la loi parce qu'elle ne leur donne pas assez de prérogatives, et celui de leurs adversaires, qui s'attaquent à la loi par un autre côté.

Dans la dernière séance, la lutte commença par un incident, dont le but était de rattacher les académiciens au camp des inspecteurs en mettant en jeu l'esprit de corps. A propos de la commission parlementaire dont avait parlé M. Guérin, M. Béhier parut comprendre qu'on soumettait aux décisions de l'Assemblée nationale celles de l'Académie de médecine, et au nom de celle-ci il fit une proclamation solennelle de compétence supérieure et d'indépendance. Le coup avait porté ; et ce fut en vain que M. Guérin expliqua sa phrase de la façon la plus naturelle.

Sous ces favorables auspices, M. Pidoux, inspecteur des Eaux-Bonnes, prit la parole, et il le fit dans des termes qui étonnèrent les auditeurs impartiaux. D'abord il développa avec plus de violence la thèse de M. Fauvel sur la nature des critiques qu'on adressait à l'inspectorat tel qu'il fonctionne maintenant, et il accabla de son mépris les médecins libres, la commission d'Aix, les auteurs du projet de loi. Les inspecteurs qui se pressaient dans l'auditoire applaudirent avec enthousiasme en entendant cet inspecteur qui ne craignait pas de jeter l'injure à la face de tout adversaire, de dire que les médecins libres en général étaient les *fruits secs de la profession*, de réclamer contre eux des *mesures disciplinaires*, d'appeler boutade *indécente* la comparaison faite par M. Michel Chevalier entre les dangers des liqueurs fortes que l'on consomme dans les cafés et ceux de l'abus des eaux minérales, en un mot, de ne ménager rien ni personne, du moment où l'inspectorat était en question.

Passons vite sur ces procédés regrettables de polémique. Le discours de M. Pidoux contient une partie qui, seule, mérite examen, celle dans laquelle il développe son plan et ses vues sur l'omnipotence qu'il voudrait accorder au médecin-inspecteur dans toute localité thermale.

La législation qui fonctionne lui semble des plus défectueuses, et en cela il a raison. Il la considère comme une *rouerie* de M. Rouher qui aurait enlevé toute fonction utile aux inspecteurs afin d'en venir à les supprimer comme inutiles.

« Si on veut relever l'inspectorat, dit-il, et imposer silence à ses détracteurs, il faut lui donner une raison d'être digne de la médecine, digne de la société, digne de l'État. »

Cette raison d'être, au point de vue médical, ce serait, suivant M. Pidoux, l'amélioration de la race, que le Gouvernement enverrait aux eaux minérales.

Nous avons vu l'année dernière que M. Pidoux avait des idées toutes personnelles sur l'homme en tant qu'être pensant. Il fait jouer, dans la partie intellectuelle de l'homme, un rôle prépondérant aux influences sexuelles, à ces âmes locales qui habitent dans les organes dont les eunuques sont privés. Aussi, ne doit-on pas s'étonner de ce qu'il considère le séjour aux eaux minérales comme pouvant profondément modifier, non-seulement le corps, mais l'âme des individus.

Partant de cette idée, que chacun apporte en naissant des prédispositions morbides qui peuvent se développer plus tard, idée en elle-même assez juste, il en conclut que l'on pourrait, par l'usage des eaux minérales appliqué à toute la jeune génération depuis la naissance, et continué annuellement jusqu'à l'âge le plus avancé, changer ces prédispositions et modifier profondément les *mœurs* de tous les Français.

Ainsi personne n'échapperait aux eaux minérales, et, comme nous le verrons bientôt, à la direction souveraine de leurs inspecteurs.

« *Tout le monde finirait par s'y rendre, parce que tout le monde porte, à un degré quelconque, sa maladie constitutionnelle.* »

« Voilà donc, insiste M. Pidoux, une voie nouvelle ouverte à l'hygiène publique et une charge nouvelle qui incombe à l'État. C'est son œuvre, en effet, d'utiliser les ressources hydro-minérales dont il dispose pour améliorer la santé publique, empêcher la dégradation croissante de l'espèce et préparer à la patrie des hommes sains et forts, des bras pour la guerre et surtout pour l'industrie et l'agriculture, des êtres calmes, solides, peu irritables, moins enclins aux passions qui énervent qu'à celles qui fortifient l'âme et le corps. Il y a plusieurs ordres de moyens physiques et moraux pour atteindre ce but. Les eaux minérales offrent à l'État une ressource très-efficace sous ce rapport.

« Voilà tout de suite aussi un complément de fonctions très-hautes pour les médecins-inspecteurs.

« Ils seraient préposés aux choix des sujets que leur présenteraient des médecins locaux désignés pour cela, et ils dirigeraient le traitement préventif de ces jeunes sujets. »

Mais ceci n'est que le prétexte, pour ainsi dire. Les inspecteurs devront, suivant M. Pidoux, avoir d'autres prérogatives, sans lesquelles ils rempliraient mal leur rôle de représentants du Gouvernement, de l'État, de la Providence incarnée. Les passages suivants sont caractéristiques :

« L'accroissement d'attributions que je voudrais voir imposer aux médecins-inspecteurs ne se borne pas à ces horizons nouveaux, ouverts à leur intelligence et à leur travail ; je désirerais que dans la localité thermale même, ils eussent une autorité plus grande en tout ce qui concerne l'hygiène de ces localités et les soins publics, qui peuvent concourir au bien-être et à la santé des étrangers et malades qui fréquentent les eaux.

« On rencontre à tout moment, dans ces localités, des conditions d'habitations, de voirie publique, d'alimentation malsaine ou dangereuse, et une multitude d'habitudes vicieuses, de délits, d'excès ou d'omissions très-préjudiciables au repos, à la santé des malades et aux bons effets d'une eau thermale.

« L'inspecteur devrait pouvoir commander, et, au besoin, requérir l'autorité : le maire, le commissaire de police, etc., pour faire exécuter ses ordres. Tout ce qui intéresse la santé des étrangers malades dans la station thermale dont l'inspection lui est confiée, devrait relever de sa surveillance et de son autorité.

« Pourtant cela n'est pas, et je pense qu'il y a sous ce rapport erreur et incurie,

. . . .

« Pour ce qui est de l'hygiène alimentaire, du régime et de l'hygiène du logement, etc., on devrait lui laisser le libre usage d'avertissements et de conseils rendus publics.

. . . .

« Je m'étonne que, sous prétexte d'égalité, on veuille faire disparaître l'œil, la responsabilité et, par conséquent, l'autorité de l'État. Celle-ci doit être partout où existe un établissement d'utilité publique. L'État est responsable ; et, comme il ne peut pas être partout, il doit avoir partout des répondants.

. . . .

« Je trouve aussi que l'inspecteur n'a pas assez de droits dans l'établissement. La police intérieure lui appartient, je le sais ; mais il ne peut révoquer un baigneur, un employé quelconque, sans l'approbation du fermier et du préfet. Il a bien plus besoin d'autorité que d'autorisation. Tant de rouages nuisent à l'unité de direction, enrayent le service, créent des conflits et des lenteurs regrettables. »

Les inspecteurs ont plus besoin d'autorité que d'autorisation, et on ne saurait jamais leur donner trop d'autorité, tel est le résumé de tout ce système.

Remarquons en passant que sous le régime actuel, il ne s'agit pas plus d'autorisation que d'autorité pour l'inspecteur. Son droit de police ne va pas jusqu'à renvoyer un employé, ce qu'il peut faire, c'est d'en demander le renvoi, qui peut lui être refusé ; il signale le délinquant, et c'est tout. On est donc bien loin de l'idéal rêvé par le très-ingénieux inspecteur des Eaux-Bonnes.

Pour atteindre cet idéal, M. Pidoux s'est dit qu'il serait bon sans doute, de fortifier le médecin-inspecteur contre tous ceux qui, comme propriétaires, fermiers des eaux, etc., croiraient avoir des droits dans l'établissement.

A cet effet, il voudrait voir créer un conseil présidé par le préfet, et dans lequel on associerait à l'inspecteur flanqué de son adjoint, des ingénieurs, un architecte, etc. Pour obliger la municipalité, dans les lieux où elle se trouve propriétaire, à tenir grand compte des décisions de ce conseil, on y appellerait le maire et un ou deux conseillers municipaux ; enfin, un ou deux médecins libres, mais peut-être avec simple voix consultative, et le régisseur ou fermier, comme secrétaire, avec voix consultative.

Les médecins libres auraient aussi leur rôle à remplir auprès du médecin-inspecteur. Ils lui communiqueraient toutes leurs observations médicales ou autres ; et de son côté, il pourrait leur

faire obtenir des distinctions honorifiques s'il était content de leur zèle.

Bien entendu, le libre usage des eaux ne serait pas compatible avec tout ce système si bien combiné.

Aussi M. Pidoux a-t-il consacré une partie de son discours à demander la suppression du libre usage, comme du reste de la législature actuelle.

« J'aurais passé sous silence, dit-il, la question du libre usage, si M. Fauvel et M. Hardy ne l'avaient pas résolue dans un sens un peu trop américain, et de manière à réjouir sans mesure les doctrines antiprotectionnistes de M. Jules Guérin.

« Je sais que l'assujettissement à une prescription médicale a engendré quelques abus. Mais ne pouvait-on réformer ceux-ci sans toucher aux principes ? Il ne faut pas oublier que le décret du libre usage était, dans les intentions d'un ministre trois fois nommé, un acheminement à la suppression de l'inspectorat. »

Ce manifeste des inspecteurs, fait par l'un d'eux, et si vivement applaudi par les autres, est vraiment trop intéressant pour que nous ne nous attachions pas à en donner une juste idée.

Aussi, n'ayant pas ménagé l'espace, nous sommes obligé de remettre à un autre jour la suite de l'examen de ce discours, et la très-belle réponse que M. Jules Guérin y fit séance tenante, contraint qu'il y fut par une suite de personnalités assez peu justifiables.

Dr Victor Revillout.

MAISON MUNICIPALE DE SANTÉ. — M. Demarquay.

Aspiration des liquides et des gaz intestinaux appliquée au traitement de la hernie crurale étranglée et de l'étranglement.

Par M. Marcano, interne des hôpitaux.

Depuis le moment où M. Demarquay présentait à l'Académie de médecine un jeune homme atteint de hernie congénitale étranglée, guérie par l'aspiration, encouragé par le succès, il n'a cessé de s'occuper du même sujet et de chercher à étendre cette méthode à d'autres affections que la hernie inguinale étranglée. Les insuccès de son application à la hernie crurale avaient fait dire aux adversaires de cette opération qu'elle n'était utile que dans certains cas de hernie inguinale étranglée; et pendant qu'on cherchait à diminuer ainsi sa valeur, M. Demarquay, de son côté, s'efforçait d'établir dans quelles conditions l'aspiration était applicable au traitement de la hernie étranglée.

Le 20 novembre dernier, il lut à la Société de chirurgie, un rapport sur une observation de M. Bailly, mais il s'agissait d'une aspiration pratiquée après incision de la peau et ouverture du sac. Les autres observations publiées jusqu'à aujourd'hui se rapportant à des insuccès ou à des succès après l'incision du sac (1), l'aspiration perdait une grande partie de son bénéfice ou semblait tout au moins inutile dans l'étranglement de la hernie crurale.

Nous venons apporter un argument en faveur de la méthode en question, et faire connaître l'heureuse application que M. Demarquay en a faite au traitement de l'étranglement interne.

L'observation que nous publions est importante, parce que tous les symptômes de l'étranglement existaient et par le succès complet de l'aspiration du contenu de l'intestin.

(1) Voyez la thèse de M. Brun-Buisson, où toutes ces observations sont analysées, 1872.

Observation. — R... (Marianne), marchande des quatre saisons, âgée de cinquante-huit ans, a toujours joui d'une bonne santé.

Depuis 1862, elle porte une hernie à gauche qui ne lui occasionnait aucune gêne, et dont la présence était tellement innocente qu'elle n'a jamais songé à la contenir. Quelquefois cependant sa hernie sortait plus que d'habitude ; mais il lui était alors facile de la réduire avec ses mains.

Hier 5 février, à sept heures du matin, cette malade, en descendant de son lit, fut prise d'un léger accès de toux qui détermina l'issue brusque de sa hernie. Il s'ensuivit une douleur très-aiguë qu'elle éprouvait alors pour la première fois, et lorsqu'elle porta, suivant son habitude, la main dans l'aine pour remettre les choses en place, elle fut effrayée de son impuissance. Des vomissements bilieux eurent lieu ensuite. Un médecin, consulté, ordonna des cataplasmes et un lavement qui provoqua l'expulsion de matières fécales. Le soir, tout est dans le même état. La malade ne dort pas la nuit.

Le 6. Ce matin, aux symptômes précédents, vinrent s'ajouter les vomissements de matières intestinales et l'impossibilité absolue des garde-robes.

A une heure, la malade se décide à entrer à la Maison de santé, dans le service de M. Demarquay, où l'on trouve, à son examen, les caractères suivants : hernie crurale gauche très-volumineuse ; la main, appliquée sur elle, ne l'embrasse pas complétement ; d'une dureté moyenne. La peau est complétement saine ; sa coloration est normale, mais elle est très-distendue. Matité à la percussion. Pas de fluctuation. Douleur intense, localisée au siége de l'étranglement. La constipation persiste. Vomissements fréquents de matières intestinales.

Taxis de cinq minutes, cataplasme laudanisé, glace, lavement purgatif.

Une heure après, nouveau taxis sans résultat. La tumeur restant stationnaire, je fis appeler M. Demarquay, qui, insistant sur l'état de la peau, sur l'absence de sérosité dans le sac, et sur le volume énorme de la tumeur, décida de pratiquer l'aspiration des gaz et des liquides qui s'opposent, selon lui, à la réduction.

Chloroforme; introduction, sans incision de la peau, du trocart n° 1 de l'aspirateur Dieulafoy. L'aiguille traverse la peau et le sac sans qu'aucun liquide en sorte ; mais au moment de son arrivée dans l'intérieur de l'anse intestinale, de nombreuses bulles de gaz, charriées par un liquide jaune, viennent remplir le corps de la seringue ; l'instrument est vidé et replacé dans le trocart ; le chirurgien alors, qui pendant l'opération appliquait la main gauche sur la hernie en pressant doucement sur elle, en exerçant une nouvelle pression sur l'intestin, le fait rentrer dans le ventre. La canule retirée entraîne une gouttelette de sang. Des compresses sont appliquées sur l'aine, que l'on maintient par un spica serré.

Le liquide retiré était constitué par 60 grammes d'une sérosité jaune, citrine, très-claire, à écume blanche, et complétement dépourvue d'odeur. Il ne contenait pas d'albumine ni de sucre.

Prescription. — Sirop diacode avec 1 gramme de chloral.

Le 7, la malade va à la garde-robe.

Le 11, la malade est complétement guérie; il reste cependant dans le trajet une petite portion d'épiploon, que l'on fait rouler facilement sous les doigts.

Il est inutile d'analyser cette observation, dans laquelle un étranglement datant de trente-quatre heures fut réduit par la ponction aspiratrice.

Passons à l'application de cette méthode à l'étranglement interne.

Vers la fin de l'année dernière, il arrivait dans le service de M. Cazalis, une femme âgée de quarante ans, qui avait une impossibilité absolue d'aller à la garde-robe depuis plusieurs jours. M. Cazalis fit venir M. Demarquay, qui, en présence du ballonnement considérable du ventre, qui existait, et pour faire disparaître l'anxiété à laquelle celui-ci donnait lieu, fit une ponc-

tion à droite de l'abdomen avec l'appareil de M. Potain ; le flacon se remplit de gaz, mais le ventre restait ballonné encore. Une nouvelle ponction fut faite à gauche, qui détermina l'affaissement du ventre. On put alors l'explorer, et comme il n'y avait pas de tumeur, on attribua la cause de l'obstacle à un rétrécissement probable de la portion descendante du côlon. Après cette opération, la malade se remit un peu, et le lendemain, M. Demarquay pratiqua l'opération de l'anus contre-nature. La malade mourut néanmoins, mais six semaines après l'opération, et à l'autopsie, on trouva un cancer atrophique du côlon descendant. Dans ce cas, l'aspiration des gaz intestinaux a permis : 1° de faire cesser l'étouffement considérable auquel donnait lieu la pneumatose intestinale ; 2° d'explorer la région abdominale ; 3° de relever les forces du malade ; 4° de pratiquer la gastrotomie dans des conditions meilleures. Ajoutons que les deux piqûres ne laissèrent pas de trace.

Plus récemment, une autre malade est entrée dans le service de M. Cazalis, âgée de trente-sept ans et atteinte d'une occlusion intestinale. La constipation était absolue et existait depuis plus de quatre jours. Le ventre était très-ballonné, et la malade vomissait des matières porracées.

Le traitement médical ayant été inefficace, M. Cazalis fit examiner la malade par M. Demarquay, qui résolut de faire cesser la pneumatose intestinale. A cet effet, il fit du côté droit une ponction avec le trocart n° 1 de l'aspirateur de Potain, mais ce trocart, le plus petit de la série, s'obstruait à chaque instant. On eut alors recours au n° 2, et grâce à lui, on vit l'appareil se remplir de gaz et de matières intestinales liquides. Après leur évacuation, le ventre de la malade s'affaissa, et un grand soulagement en fut la suite. Le soir du cinquième jour, il y eut une première garde-robe, et aujourd'hui la guérison est complète. La piqûre n'a donné lieu à aucun symptôme.

Cette observation, ainsi que les précédentes, démontre le grand rôle que jouent les matières liquides et gazeuses dans l'étranglement. C'est ainsi qu'après l'issue des liquides et des gaz, les seules matières qui aient envahi les appareils dont on s'est servi, l'étranglement a cessé. L'aspiration agit dans ces cas comme dans l'anus contre nature, que M. Nélaton a proposé et qu'il a si souvent exécuté ; mais si le résultat est le même, quelle différence entre ces deux opérations, dont l'une se recommande par une innocuité absolue, tandis que l'autre est une des plus graves de la chirurgie.

Il résulte de ces faits que l'aspiration doit être appliquée aussi bien à l'étranglement des hernies inguinales qu'à celui des crurales; et que, loin de la restreindre à ces cas, on doit, à l'exemple de M. Demarquay, l'employer : 1° comme moyen d'exploration de la cavité abdominale ; 2° comme moyen de soulager la malade ; 3° comme moyen de ramener la contractilité de l'intestin, dont le rétablissement peut faire cesser l'obstruction.

DES NAISSANCES MULTIPLES

DE LEURS CAUSES, DE LEUR FRÉQUENCE RELATIVE (1)

Par M. le docteur Albert Puech.

« Les naissances multiples sont des phénomènes essentiellement contingents, variant non-seulement de contrée à contrée, de peuple à peuple, mais encore d'année à année. — Ces variations, plus ou moins considérables, tiennent moins à la diversité des climats, au mode d'alimentation, à la différence des races, qu'à la manière d'être de la fécondité en général. — La fécondité de l'individu ou des ascendants immédiats est la condition indispensable à la production des couches multiples.

A s'en rapporter aux statistiques relevées, plus un peuple est fécond, plus il a des couches multiples, et *vice versâ*, moins il est fécond, moins il compte de couches multiples pour un même nombre de naissances. — La Russie est, au point de vue des naissances multiples, la plus favorisée ; viendraient ensuite l'Irlande, le Mecklenburg-Schwerin, la Saxe, la Norwége, le Wurtemberg, la Prusse, etc., etc.

Les ovules fécondés peuvent provenir, soit d'une seule vésicule de Graaf, soit de plusieurs. — Alors qu'il y a quelques vésicules rompues, elles peuvent se rencontrer, soit sur le même ovaire, soit sur l'un et l'autre. — Le détachement des ovules se fait à la même époque, ou, tout au plus, à trois ou cinq jours d'intervalle. — L'ovulation cessant immédiatement après la conception, la superfétation ne saurait se produire. — Les faits sur lesquels s'appuie cette hypothèse surannée ont été mal interprétés. La disproportion du volume des enfants s'explique par une croissance inégale : l'expulsion à des intervalles éloignés, par l'accouchement prématuré pour l'un des jumeaux, tardif pour l'autre.

On ne sait rien de précis sur les causes déterminant la chute de plusieurs ovules ; il est seulement bien établi que la fréquence de ces phénomènes augmente en raison directe de l'âge de la femme et du nombre de grossesses antérieures. — L'hérédité concourt, dans quelques cas, à leur production. — La répétition des grossesses gémellaires chez la même femme, paraît tenir à l'existence d'ovaires démesurément développés, à fonctions plus énergiques. »

Telles sont les conclusions d'un travail que nous recommandons vivement à l'attention de nos lecteurs, et qui est dû, comme on le voit par le titre de cet article, à notre honoré confrère le docteur Puech (de Nîmes).

(1) In-8, Paris, 1873. Prix : 2 fr. 50. — F. Savy.

MÉTRITE CHRONIQUE. — PILULES DU DOCTEUR GALLARD

Quand l'utérus est mou, tuméfié, et qu'il y a une tendance aux métrorrhagies, il faut à tout prix combattre ces pertes de sang. Dans ce but, M. Gallard prescrit quatre pilules par jour (deux avant chaque repas) du mélange suivant :

Carbonate de fer............	àà 5 grammes.
Ergotine....................	
Extrait gomm. thébaïque.......	25 centig.

Divisez en cinquante pilules.

En l'absence d'hémorrhagie, l'extrait mou de quinquina remplace l'ergotine, et les pilules qui précèdent, ainsi modifiées, sont employées d'une manière presque générale. (*Un. méd.*)

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 11 mars 1873. — Présidence de M. Depaul.

CORRESPONDANCE OFFICIELLE

M. le ministre de l'agriculture et du commerce transmet :

1° Le compte rendu des maladies épidémiques qui ont régné dans le département de l'Allier pendant l'année 1872 ;

2° Un rapport de M. le docteur Pontoire, médecin de la Maison centrale d'Auberive, sur une épidémie de diphthérie qui a régné dans la commune de Rouelles (Haute-Marne) en 1871 et 1872 (commission des épidémies).

CORRESPONDANCE NON OFFICIELLE

La correspondance non officielle comprend une lettre de M. Quetelet, secrétaire général de l'Académie royale des sciences, des

lettres et des beaux-arts de Belgique, à Bruxelles, accompagnant l'envoi de divers ouvrages offerts par cette Société savante à l'Académie nationale de médecine de Paris.

En outre, l'Académie de médecine ayant pris part à la célébration du jubilé centenaire de l'Académie de Belgique, celle-ci la prie d'accepter l'hommage d'un exemplaire, en bronze, de la médaille frappée en commémoration de cet anniversaire.

Note sur la septicémie.

M. LE SECRÉTAIRE PERPÉTUEL lit une note de M. le docteur Onimus, relative à des expériences sur l'infection putride. Ces expériences ont été faites dans le but d'étudier l'influence des organismes inférieurs développés pendant la putréfaction sur l'empoisonnement putride des animaux.

En prenant du sang de malades atteints de fièvre typhoïde, ou du sang de bœuf ou de porc, et en plaçant ce sang dans du papier à dialyse qui, par son autre face, est en contact avec de l'eau distillée, et en chauffant le tout suivant les indications de M. Davaine, on voit, au bout de quatorze heures, l'eau distillée qui se trouve à l'extérieur se troubler au point de devenir lactescente. Examinée au microscope, cette eau renferme une quantité prodigieuse d'organismes inférieurs, des vibrions, des bactéries, etc., absolument identiques à ceux que l'on voit dans le sang; ces organismes sont infiniment plus nombreux dans une goutte de cette eau que dans une goutte du sang en contact avec l'autre face du papier à dialyse.

Croyant, avec la plupart des auteurs, que ces organismes inférieurs étaient la cause de l'empoisonnement putride, M. Onimus a injecté quelques gouttes de cette eau sous la peau de lapins, en même temps que sur d'autres lapins il injectait une seule goutte du sang putréfié.

Les lapins sur lesquels il a inoculé du sang sont tous morts au bout de fort peu de temps et en présentant les lésions indiquées par M. Béhier; mais aucun des lapins chez lesquels il a injecté de l'eau renfermant cependant des milliers de vibrions et de bactéries n'a succombé et n'a même eu de fièvre.

Ainsi, ces deux liquides, renfermant tous les deux les mêmes organismes inférieurs de la putréfaction, et n'étant séparés l'un de l'autre que par du papier à dialyse, ont une action toute différente.

L'un, le sang, a empoisonné rapidement, tandis que l'autre liquide, qui renfermait proportionnellement un plus grand nombre d'organismes inférieurs, a été complétement inoffensif.

M. Onimus a répété ses expériences sur neuf lapins, et chaque fois il a eu les mêmes résultats. De plus, les lapins qui n'ont eu aucun phénomène morbide à la suite de ces injections d'eau chargée de bactéries, ont succombé à la suite d'injections de sang putride.

M. Onimus a également recueilli le sang des lapins morts empoisonnés par ces dernières expériences. Ce sang a été traité de la même façon, c'est-à-dire mis en contact avec de l'eau qui en était séparée par un papier à dialyse. Cette eau, au bout de quelques heures, a renfermé une grande quantité d'organismes, mais injectée sous la peau des animaux, elle n'a déterminé aucun empoisonnement, tandis que toujours l'injection du sang en contact avec l'autre face du papier à dialyse était mortelle.

M. Onimus a aussi injecté, sans déterminer d'empoisonnement, sur un même lapin, et en un même jour, 40 à 50 centimètres cubes de cette eau, dont chaque goutte renfermait des milliers de vibrions et de bactéries.

En résumé, tous les lapins chez lesquels M. Onimus a injecté un liquide renfermant du sang altéré ont succombé plus ou moins rapidement, tandis que dans seize expériences où il a injecté des liquides ne renfermant que des principes dialysables du sang, et tenant en suspension des quantités énormes d'organismes inférieurs, il n'a déterminé aucun empoisonnement.

M. Onimus conclut de ces expériences :

« 1° Que le virus de l'infection putride n'est point un ferment organisé appartenant à la famille des vibrioniens ;

« 2° Que les organismes inférieurs n'ont par eux-mêmes aucune action toxique, qu'ils semblent être le résultat et non la cause des altérations putrides ;

« 3° Que le virus de l'infection putride n'est point une substance dialysable, ce qui permet de la rapprocher des substances albuminoïdes. » (Comm., M. Davaine.)

INCIDENT

(Voir le Premier-Paris).

M. JULES LEFORT met sous les yeux de l'Académie plusieurs flacons renfermant des échantillons de chlorhydrate de triméthylamine, obtenu par M. Frédéric Wurtz, dans le laboratoire de la Pharmacie centrale.

M. HÉRARD présente, de la part de M. Besnier, le troisième fascicule de son *Rapport sur les maladies régnantes*.

LECTURE

M. HOUEL, candidat pour la section d'anatomie pathologique, lit un *Mémoire sur les monstres ischiopages, premier genre de la famille des monomphaliens d'Isidore Geoffroy Saint-Hilaire.*

La famille des monomphaliens est essentiellement caractérisée par la réunion de deux sujets presque complets à l'ombilic commun. La réunion peut avoir lieu au-dessous ou au-dessus de l'ombilic, d'où résultent deux subdivisions. M. Houel présente un exemple de la première subdivision, celle dans laquelle la réunion est sous-ombilicale. C'est à ce genre que M. Isidore Geoffroy Saint-Hilaire à donné le nom d'ischiopages.

Les fœtus sont placés bout à bout et dans une position similaire, c'est-à-dire la face tournée du même côté. Leur forme est allongée, et à chaque extrémité porte un thorax, deux membres thoraciques, un cou et une tête; puis vient un abdomen unique, formé de la réunion de deux abdomens, et quatre membres abdominaux situés par paires sur les côtés de la région ombilicale unique.

Le mémoire de M. Houel est renvoyé à la section d'anatomie pathologique constituée en commission d'élection.

ÉLECTION

L'Académie procède, par la voie du scrutin, à l'élection d'un membre titulaire dans la section de pathologie médicale.

La commission présente :

En 1re ligne, *ex æquo*, MM. Hirtz et Woillez,
En 2e ligne, M. Villemin,
En 3e ligne, M. Jaccoud,
En 4e ligne, M. M. Peter,
En 5e ligne, M. Bucquoy.

Le nombre des votants étant de 74, dont la majorité est 38 :

M. Woillez obtient	54	suffrages.
M. Hirtz	11	—
M. Villemin	7	—
M. Jaccoud	2	—

En conséquence, M. Woillez ayant obtenu la majorité des suffrages, est proclamé membre de l'Académie de médecine.

Discussion sur l'inspectorat des eaux minérales.

(Voir le Premier-Paris).

La séance est levée à cinq heures un quart.

VARIÉTÉS

I. **Nouveaux éléments de physiologie humaine**, par Wundt, professeur à l'université d'Heidelberg, traduit par Bouchard, ancien agrégé à la Faculté de Strasbourg (1).

II. **De la température dans les maladies**, par Wunderlich, professeur à l'Université de Leipzig, traduit par F. Labadie-Lagrave, interne lauréat des hôpitaux de Paris, avec une introduction par M. Jaccoud (2).

On dit que le Français est peu voyageur : cela se conçoit, la France est si belle! Nous pourrions cependant, sans sortir de notre cabinet, faire un petit voyage dans le grand-duché de Bade, pays de la roulette, des cuirs, des bijoux, du papier et de la bière, et nous arrêter à Heidelberg, où il existe une université célèbre fondée en 1386 par l'Électeur Rupert I, et reconstruite en 1802 par le grand-duc Charles Frédéric. M. le professeur Bouchard, ancien agrégé à la Faculté de Strasbourg, nous servira de guide au cours du professeur Wundt.

Comment les Allemands entendent-ils la physiologie?

Ils ont fait la pathologie cellulaire : il était naturel qu'ils fissent la physiologie cellulaire. Pour eux, « tout organisme vivant, animal ou végétal, provient d'une cellule : tous les tissus et les organes naissent donc de la cellule ». Il n'y a pas à sortir de là : l'homme est un assemblage de cellules. Et qui sait? Si un jour, ils emploient dans leurs recherches un microscope 50 à 60 fois plus puissant que ceux employés aujourd'hui, ils reconnaîtront peut-être que la cellule varie de forme selon chaque race; que la cellule du Français est ovale, signe de légèreté ou d'instabilité, que celle de l'Allemand est carrée, signe de fermeté ou de ténacité, et alors ils pourront revendiquer comme nationaux tous ceux qui auront des cellules carrées.

Après avoir fait de la pathologie et de la physiologie cellulaires, ils feront peut-être de la politique ou de l'ethnographie cellulaire. La force militaire aura été du côté des gros canons; la force scientifique sera du côté des gros microscopes, et le dernier mot sera dit : il n'y aura plus qu'à se prosterner devant S. M. la Lentille.

M. Wundt a divisé son livre en deux parties : l'une consacrée à la physiologie générale, l'autre à la physiologie spéciale. C'est par l'histoire de la cellule végétale qu'il commence. Des cellules il passe aux tissus; puis il revient à sa chère cellule, son objet de prédilection. Cette partie contient un quart du livre environ.

Je n'ai jamais éprouvé de passion bien ardente pour les étrangers en général, ni pour les Allemands en particulier. Nous payons aujourd'hui la peine de notre engouement, et ils nous traitent et nous regardent avec un dédain grotesque. Nous les avons hissés sur un piédestal dont nous aurons peine à les faire descendre. Nous savons aujourd'hui ce qu'ils sont, ce qu'ils valent, et ce n'est pas par la probité scientifique qu'ils brillent. Quand nous leur faisons des emprunts, nous les citons toujours; tous nos ouvrages classiques en font foi : mais si nous n'indiquons pas la page précise de leur livre, ils nous accusent de légèreté : eux autres s'y prennent autrement, ils ne se gênent nullement pour s'approprier ce qui vient de l'étranger.

Dans l'étude des propriétés générales des tissus organiques, Wundt traite du poids spécifique, de la cohésion, de l'élasticité, des propriétés optiques et électriques, etc. Il trouve moyen de citer le nom de Du Boys Raymond, ce professeur berlinois, qui nous a accablés l'an dernier de la haine germanique. Serait-ce par hasard ce même Du Boys Raymond qui est venu à Paris en 1842 ou 1843, rue Copeaux, aujourd'hui rue Lacépède, faisait des expériences électriques publiques et privées et sollicitait le titre de membre correspondant de l'Institut de France? Voilà ce qui expliquerait bien des choses... Que M. Wundt cite son compatriote à propos de l'électricité, rien de mieux : mais comment se fait-il qu'à propos de l'endosmose il ne cite ni le nom, ni les travaux de Dutrochet, qui remontent à 1826?

Wundt, comme ses compatriotes, prétend avoir le monopole de la précision, de la netteté scientifique. Dans cette première partie, il est vrai, l'auteur applique la physique, la chimie et les mathématiques à l'étude des problèmes vitaux; il a raison. La science ne peut marcher sûrement qu'avec ces données; nous ne faisons pas autrement chez nous. Mais ne va-t-il pas un peu loin quand il veut mettre en équation, — non la Providence (ils y arriveront un jour) — mais la propriété génésique? Exemple : en représentant par M les matériaux employés pour la reproduction, par F, la fécondité, on a la formule suivante :

$$F = \frac{M}{P}.$$

Si, d'un autre côté, on représente par Q la masse totale des matériaux assimilés en un temps donné, par H, la dépense nécessaire pour l'entretien de l'économie, on a :

$$M = Q - H.$$

Il nous apprend de cette façon que le hareng est 45,000 fois plus productif que l'homme : ce qui est toujours bon à savoir et nous fait espérer que le prix de ce poisson ne s'élèvera pas comme celui de l'huître.

La deuxième partie comprend la pathologie spéciale que Wundt divise en trois classes : nutrition, relation, génération. C'est ainsi que cela se fait chez nous.

Les Allemands ont, entre autres prétentions, celle de l'exactitude scientifique. Accordons la leur; mais nous pouvons leur dénier la probité scientifique. Si nous voulons parcourir à grands pas le livre du professeur d'Heidelberg, nous voyons qu'à propos du cœur et de ses battements, il paraît ignorer qu'il existe à Paris un grand savant et un noble cœur qui a nom Bouillaud ; il indique vaguement, et deux fois seulement, un jeune physiologiste qui a nom Marey; il paraît ignorer complètement la circulation veineuse des parois auriculaires du cœur, si bien décrite par Lannelongue. Quant aux bruits du cœur, il se contente de dire que la théorie de Magendie est inacceptable; il n'y a qu'un nom qu'il cite, c'est celui de Kiwisch; quant à Rouanet, à Beau, à Piorry, à Andral et Gavarret, il semble même ignorer leur existence.

Si du cœur nous voulons passer aux excrétions rénales, nous y cherchons en vain la mention des remarquables travaux de M. Grehant sur l'urée.

Quant à l'ovulation, pas un mot ni de Coste, ni de Pouchet, et cependant c'est Pouchet qui, le premier, a démontré scientifiquement ce phénomène. Wundt ne cite que Bischoff.

Et malgré tout, ce livre est bon. Ce n'est pas cet ouvrage de Wundt qui doit nous servir pour l'étude de la physiologie. Nous y trouvons, à côté de vérités incontestables, des opinions hasardées, une partialité évidente à l'égard des physiologistes non allemands, un oubli sans doute volontaire des travaux des physiologistes français, qu'il cite à peine ou avec une rareté qui décèle trop, non point une honnête rivalité, mais une haine froide et concentrée.

A part cela et beaucoup d'autres choses encore, ce livre est excellent pour nous mettre au courant des idées et des théories allemandes. M. Bouchard, comme traducteur, a fait preuve d'une grande impartialité, et je puis même ajouter que l'exécution matérielle du livre est faite avec un luxe qui ne laisse rien à désirer et que nous n'avons malheureusement pas l'habitude de rencontrer dans nos ouvrages classiques.

(A suivre.)

(1) 1 vol. in-8° avec 150 figures dans le texte. Paris, Savy, 1872. Prix : 14 francs.

(2) 1 vol in-8° avec 40 figures dans le texte et 7 planches lithographiées. Paris, Savy, 1872. Prix : 10 francs.

THÈSES
SOUTENUES A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS
PENDANT L'ANNÉE 1873.

1. Coliez. Du sclérème des adultes.
2. Legros. Étude sur la glande périnéale et ses divers états pathologiques.

3. Weiss. Des réductions de l'inversion utérine consécutive à la délivrance.

4. Foisy. De quelques applications de la balance à l'étude physiologique et chimique des nouveau-nés.

5. Mareschal. Des abcès des glandes vulvo-vaginales.

6. Dumareau. Du toucher rectal et de sa valeur au point de vue du diagnostic.

7. Félizet. Recherches anatomiques et expérimentales sur les fractures du crâne.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Sainte-Anne. — Cours clinique et pratique sur les maladies mentales et nerveuses. Ce cours a commencé le dimanche 9 mars, à neuf heures du matin, et continuera les dimanches suivants, à la même heure.

9 mars. M. Prosper Lucas, médecin de l'asile Sainte-Anne (division des femmes). De l'importance de la science des maladies mentales et de la nécessité de son étude pour les médecins et les magistrats aux divers points de vue de la Société moderne.

16 mars. M. Dagonet, médecin de l'asile Sainte-Anne, division des hommes). Séméiologie de la folie, au point de vue surtout du diagnostic. — 23 mars. Manie. — 30 mars. Lypémanie, stupeur. — 6 avril. Monomanie; délire impulsif.

27 avril. M. Magnan, médecin de l'admission Sainte-Anne (division des femmes). Alcoolisme aigu; *delirium tremens;* traitement.— 4 mai. Alcoolisme chronique, forme hémi-anesthésique. — 11 mai. Parallèle entre l'alcoolisme chronique et la paralysie générale au point de vue du diagnostic et des lésions anatomiques. — 18 mai. Folie puerpérale.

25 mai. M. Bouchereau, médecin de l'admission Sainte-Anne (division des femmes). Folie épileptique. — 1er juin. Délire partiel considéré au point de vue des indications thérapeutiques et des mesures légales qu'il réclame. — 2 juin. Débilité mentale; degré de responsabilité; étude médico-légale.— 15 juin. Délire consécutif aux maladies aiguës.

22 juin. — M. Prosper Lucas. Étiologie des maladies mentales et examen parallèle des causes de la folie et de la criminalité.—29 juin. De l'action des milieux ou des lieux et des temps, sur les causes, les formes et la transmission lymphatique du délire passionnel ou morbide. — 6 juillet. Application des lois de la génération et particulièrement de l'hérédité aux maladies mentales, et examen des questions médico-judiciaires qu'elles soulèvent.

Avant chaque leçon, examen direct des malades par les élèves.

— *Cours public d'accouchement.* — M. le docteur G. Chantreuil, ancien chef de clinique d'accouchements de la Faculté, reprendra ses leçons samedi, 15 mars, à 4 heures du soir, dans l'amphithéâtre nº 2 de l'École pratique, et les continuera les mardis, jeudis et samedis suivants, à la même heure.

— Clientèle médicale à céder à cinq lieues de Paris.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Traité de climatologie générale du globe, études médicales sur tous les climats, par le docteur Armand, ex-médecin en chef de l'hôpital militaire de Saïgon en Cochinchine, officier de la Légion d'honneur. — 1 fort volume grand in-8º de 900 pages. Prix : 14 francs. — Paris, 1873, Georges Masson.

Documents pour servir à l'étude de la méthode aspiratrice, par le docteur Castiaux. — 1 vol. in-8º avec planches. Prix : 3 fr. 50. — Paris, Adrien Delahaye.

Le chancre simple chez l'homme et chez la femme, par le docteur Paul Labarthe. — In-8º. Prix : 2 fr. 50. — Paris, Adrien Delahaye.

Le Directeur : Dr E. Le Sourd.

Paris. — Typographie A. Pougin, quai Voltaire, 13.

BIÈRE FANTA
HYGIÉNIQUE ET NUTRITIVE
BUREAU DES COMMANDES : 18, *Boulevard des Italiens.*

La bière, bien fabriquée, est d'une influence utile sur le développement des systèmes musculaire et osseux ; elle a une grande valeur nutritive. Ces puissantes raisons l'ont fait conseiller par les médecins et les hygiénistes aux mères pendant la grossesse et aux nourrices pendant l'allaitement. Elle est préférable pour elles à toute autre boisson. Elle est très-utile aux convalescents. Les soins minutieux apportés dans le choix des substances et dans la fabrication de la **Bière Fanta**, et les succès obtenus par son usage journalier lui ont valu la préférence d'un grand nombre de médecins français et étrangers.

ACADÉMIE DE MÉDECINE DE PARIS

Prix Orfila de 6,000 francs

Décerné à A. NATIVELLE, pharmacien

POUR LA DÉCOUVERTE

DE LA DIGITALINE CRISTALLISÉE

La digitaline cristallisée, dit M. le professeur Vulpian, étant une substance définie que l'on peut obtenir constamment identique, on peut en doser l'action, **ce qui est à peu près impossible lorsqu'il s'agit de la digitaline amorphe**, substance d'énergie forcément variable, suivant les diverses circonstances de la récolte des plantes et de la préparation.

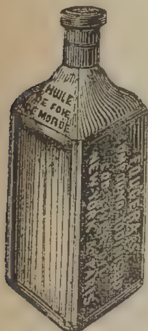
Dans la plupart des cas, dit M. Marrotte, un milligramme par jour suffit pour amener, au bout de trois, quatre ou cinq jours, une action marquée sur la circulation. Les battements du cœur deviennent plus lents, plus réguliers, plus énergiques. (*Rapport de l'Académie de médecine* du 23 janvier 1872.)

Le médecin a donc aujourd'hui à sa disposition un principe cristallisable, par conséquent défini, qu'il peut doser avec exactitude et dont il est possible désormais de mesurer l'action physiologique, toxique et thérapeutique. **La digitaline n'avait pas encore été obtenue à l'état cristallisé.** On peut dire qu'elle n'était pas connue. (*Rapport de M. Béclard, secrétaire de l'Académie de médecine, dans sa séance solennelle de* 1872.)

La digitaline cristallisée s'administre en Granules et en Sirop.

Le flacon de 60 granules : 3 francs ; 1 à 4 par jour.

Le flacon de sirop de 250 grammes : 3 fr. 50. Une petite mesure est adaptée à chaque flacon, dosan en ment un quart de milligramme comme dans les granules. Ce sirop, étendu d'eau et donné à ress-xacdSes, est le plus sûr, le plus facile diurétique, n'amenant aucun trouble des voies digestsvdant etctraouve à la pharmacie, 25, rue Coquillière, Paris, et dans toutes les pharmacies. Exiger lagées.teot réfree l'auteur. Se défier des contrefaçons.



HUILE DE FOIE DE MORUE
IODO-BROMO-PHOSPHORÉE

De E. FOUGERA, pharmacien, à New-York.

L'immense supériorité de cette huile sur l'huile de foie de morue simple vendue en Europe, est due à une combinaison **d'iode, de brome et de phosphore.**

Grâce à ces agents thérapeutiques puissants, **l'Huile Iodo-Bromo-Phosphorée de Fougera est cinq fois plus active** que l'huile de foie de morue la mieux choisie.

Cet avantage est également précieux pour le médecin et pour le malade : il permet d'élever la dose des principes essentiellement actifs, sans rendre nécessaire l'absorption d'une grande quantité de matière grasse, de telle sorte que le traitement peut être rendu plus efficace, qu'il peut être prolongé sans crainte de le voir occasionner le moindre trouble du côté des voies digestives.

Ceci résulte des nombreuses observations recueillies à l'hôpital de Bellevue, à New-York, et publiées par les docteurs distingués de cet établissement.

L'Huile iodo-bromo-phosphorée de Fougera se vend dans les principales pharmacies de France et de l'étranger. — Pour les demandes en gros, s'adresser : A MM. G. MATHEY et CLIN, r. Racine, 14; HOTTOT, aven. Victoria, 7; GRIMAULT et Cᵉ, r. Vivienne, 8.

EAU MINÉRALE DE RENLAIGUE (PUY-DE-DOME)
FERRUGINEUSE, ACIDULE, GAZEUSE ET CHLORURÉE.

La plus efficace, la plus agréable et la plus gazeuse des eaux toniques et reconstituantes. Excellente avec le vin. Supérieure aux plus célèbres eaux étrangères : Spa, Pyrmont, Schwalbach. — Guérit *Anémie, Chlorose, Leucorrhée, Dyspepsie, Débilité.* — Dans tous les dépôts et les bonnes pharmacies. — La bouteille à Paris : 75 centimes. — La caisse de 50 bouteilles, en gare d'Issoire, 25 francs.

Écrire au régisseur de la source de Renlaigue, à Saurier, par Champeix (Puy-de-Dôme).

HUILE DE HOGG
(DE FOIES FRAIS DE MORUE)

Fabrique à Terre-Neuve

(Extrait du rapport de M. **Lesueur**, chef des travaux chimique à la Faculté de médecine de Paris) :

« L'huile incolore de HOGG contient presque le « double de PRINCIPES ACTIFS de plus que les « huiles de foie de morue foncées et n'a aucun « des inconvénients d'odeur et de saveur. »

Cette huile ne se vend qu'en *flacons triangulaires*, à Paris, chez **HOGG**, *pharmacien*, 2, *rue Castiglione*, et dans les principales pharmacies de France et de l'étranger.

Granules arsenicaux de Challonneau
Pharm., 143, *ancien* 129, *rue St-Denis, à Paris.*

Exactement dosés à 1 milligr. et préparés avec les arséniates de **soude**, de **potasse**, de **fer**, d'**ammoniaque**, d'**antimoine**, et avec l'**acide arsénieux.** — *Exiger mon cachet et ma signature.*

Dragées Chantrel **au bromure de potassium**, *chimiquement pur (sans trace d'iode)*

Traitement des Névroses en général, Chorée, Hystérie, Epilepsies, Migraines, etc., etc.

Vente en gros chez DESNOIX et Cᵉ, rue du Temple, 22, Paris. Au détail dans toutes les pharmacies.

EPILEPSIE
HYSTERIE — NEVROSES

Le SIROP DE HENRY MURE, **au bromure de potassium** (exempt d'iodure), dont l'usage est aujourd'hui universellement répandu, a déterminé un nombre considérable de guérisons publiées dans les recueils scientifiques.

Chaque cuillerée de SIROP DE HENRY MURE contient 2 grammes de **bromure de potassium** d'une pureté chimique irréprochable.

PRIX DU FLACON : 5 francs.

Vente au détail. — A Paris, 16, rue de Richelieu, pharmacie LEBROU.

Vente en gros. — S'adresser à M. HENRY MURE, pharmacien, à Pont-Saint-Esprit (Gard).

SIROP SÉDATIF
D'ÉCORCES D'ORANGES AMÈRES

AU BROMURE DE POTASSIUM

De J.-P. LAROZE, pharmacien,

2, *rue des Lions-Saint-Paul, à Paris.*

Tous les médecins s'accordent à reconnaître au bromure de potassium, chimiquement pur, une action sédative et calmante sur tout le système nerveux. Réuni au sirop Laroze d'écorces d'oranges amères, dont l'action régulatrice des fonctions de l'estomac et des intestins est universellement appréciée, il est administré sans crainte d'aucun accident, chez les adultes, dans les affections du cœur, des voies digestives et respiratoires, les névroses en général et les maladies nerveuses de la grossesse; chez les enfants pour calmer l'agitation, l'insomnie et la toux pendant la dentition. Son dosage mathématique permet aux médecins d'en augmenter ou d'en diminuer la dose suivant le cas. — Le flacon : 3 fr. 50 c. — Dépôt à Paris, 26, rue Neuve des-Petits-Champs.

DRAGÉES

DE PROTO-IODURE DE FER
ET DE MANNE

DE L. FOUCHER (d'Orléans)

Ces dragées ont sur tous les autres ferrugineux l'incomparable avantage d'être aussitôt dissoutes qu'arrivées dans l'estomac, et, en outre, celui non moins important de ne jamais constiper. — 3 fr. le flacon de 100 dragées.

DRAGÉES D'IODURE DE POTASSIUM
(20 CENTIGRAMMES DE SEL PAR DRAGÉE)

DE L. FOUCHER (d'Orléans)

Ces dragées remplacent la saveur désagréable de la solution par le goût agréable d'un bonbon; le dosage est des plus commodes, puisque cinq dragées représentent un gramme d'iodure. Enfin la fidélité du médicament est constante, puisqu'au lieu d'être décomposé comme avec la solution, l'Iodure de Potassium arrive dans l'estomac sans avoir subi la moindre altération. — 4 francs en flacon de 100 dragées.

HYPOPHOSPHITES
Du Docteur **CHURCHILL**

(*Auteur de la découverte*)

On prescrit : l'**Hypophosphite de Soude** ou celui de **Chaux**, sous forme de **Sirop**, à la dose de deux ou trois cuillerées par jour dans la **Phthisie ;**

L'**Hypophosphite de Quinine** sous forme de **Pilules**, à la dose de deux, trois ou quatre par jour, comme **tonique** ou **fébrifuge ;**

L'**Hypophosphite de Fer** sous forme de **Sirop**, à la dose de deux à trois cuillerées par jour, contre la **Chlorose**, l'**Anémie**, etc.;

L'**Hypophosphite de Manganèse** sous forme de **Pilules**, à la dose de deux ou trois par jour, dans les cas de **Chlorose** ou **Anémie** *où le fer n'est pas supporté ;*

L'**Hypophosphite d'Ammoniaque** sous forme de **Tablettes**, contre la **Toux**, à la dose de six ou huit par jour.

Prix : **Sirops et Pilules : 4** fr. le flacon.

Tablettes pectorales : 2 fr. la boîte.

Exiger, *comme garantie de pureté*, sur toutes les préparations *la signature du Dr Churchill* et l'étiquette marque de fabrique de la Pharmacie SWANN, 12, rue Castiglione, Paris.

N° 31. — SAMEDI 15 MARS 1873. 46e ANNÉE. SAMEDI 15 MARS 1873. — N° 31.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Bureaux : 57, rue des Saints-Pères, 57
PRÈS L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix d'abonnement doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

On s'abonne hors de Paris dans les bureaux des Messageries et chez les Libraires. Les lettres non affranchies sont refusées.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui n'en peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS	
Trois mois. .	8 fr. 50 c.
Six mois. . .	16 —
Un an. . . .	30 —

POUR L'ÉTRANGER le port en sus suivant les derniers tarifs des Postes.

SOMMAIRE. — REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE. Plusieurs cas de néphrite catarrhale *à frigore*. Les pansements à l'ouate sont-ils sans inconvénients ? Action amyesthénique du chloral sur la matrice. — Maladies de l'oreille (M. J. Toynbee). — Anorexie : potion du professeur Fonssagrives. — SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE. — VARIÉTÉS. L'internat des hôpitaux de Paris : discours de M. Béhier au banquet de l'internat. — Nouvelles. — Bulletin bibliographique.

REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE

Plusieurs cas de néphrite catarrhale *à frigore*.

Dans l'une de ses dernières leçons cliniques, M. le professeur Béhier a signalé à ses élèves l'existence simultanée, dans ses salles, de trois cas d'albuminurie aiguë, à des degrés divers, dus très-probablement tous trois, certainement pour deux d'entre eux au moins, à la même cause, le froid, et se rattachant par conséquent à cette espèce de néphrite, très-commune d'ailleurs, que l'on a désignée sous le nom de néphrite congestive ou fluxionnaire, catarrhale ou desquamative, et que l'on pourrait qualifier du nom de *rhume du rein*.

Le premier malade est un homme, couché dans la salle Sainte-Jeanne, qui est entré avec de la bouffissure de la face, du gonflement du cou, des jambes, du dos et de diverses parties plus ou moins déclives du corps. Cet homme, quelques jours auparavant, avait été pris de froid étant en état d'ivresse, et presque aussitôt il avait éprouvé du malaise, de l'étouffement, et il lui était survenu ce gonflement de la face, du cou et des membres que l'on constatait encore à son entrée. L'examen de ses urines y fit reconnaître la présence d'une grande quantité d'albumine.

On avait évidemment affaire, dans ce cas, à une de ces albuminuries aiguës survenant sous l'influence du froid. Peut-être l'alcoolisme n'y était-il pas étranger. Cet homme, questionné sur ses antécédents, a dit avoir eu une maladie semblable il y a seize ans et s'être bien porté pendant tout l'intervalle compris entre ces deux époques. Il n'était pas admissible que son état actuel fût la suite et la continuation de cette première atteinte. C'était donc bien une atteinte nouvelle du même genre que la première, c'est-à-dire très-probablement une néphrite catarrhale, consistant en une congestion superficielle de la surface interne des tubuli, sans altération de ces tubuli eux-mêmes, amenant leur obstruction ou leur oblitération plus ou moins complète par l'accumulation des produits sécrétoires, des débris d'épithélium. En effet, en examinant attentivement les urines de ce malade, on n'y trouvait rien autre d'anormal avec l'albumine que quelques cellules épithéliales.

M. Béhier a prescrit à ce malade des applications répétées de nombreuses ventouses, dont quelques-unes scarifiées, sur la région rénale, des bains de vapeur, du tannin à la dose de 1 à 2 grammes par jour, et enfin la diète lactée et des boissons abondantes.

Quelque temps auparavant, le 21 janvier, un homme était entré dans la même salle (n° 31), présentant les mêmes symptômes. Peu de jours avant son entrée à l'hôpital, cet homme avait été pris brusquement d'un gonflement considérable du cou, de la face, des mains et des jambes ; les urines étaient rares, foncées et décelèrent aux réactifs une grande proportion d'albumine. On n'y trouvait d'ailleurs ni débris de tubes, ni cellules. Après quelques semaines, sous l'influence du repos, d'un bon régime et d'un traitement semblable à celui du précédent malade, on ne tarda pas à constater la disparition de l'albumine dans les urines et le retour de la proportion normale d'urée et de la quantité habituelle des urines. Cet homme est aujourd'hui en voie de guérison. D'après son rapport, il aurait eu une atteinte d'albuminurie tout à fait semblable il y a sept ans. Ici la cause est restée inconnue dans sa première comme dans sa deuxième atteinte. On ne peut que soupçonner par analogie, sans l'affirmer toutefois, l'action du froid. Toujours est-il que les caractères, la marche et l'issue de la maladie, ont été ceux de la néphrite aiguë congestive ou catarrhale, ordinairement causée par le froid.

Le troisième fait est un exemple de la marche insidieuse et du caractère grave que peut prendre dès le début cette affection, ce qui justifie les réserves que l'on a faites pour le pronostic de ce genre de néphrite, malgré son apparente bénignité dans un assez grand nombre de cas.

Il s'agit d'une femme couchée au n° 9 de la salle Saint-Antoine.

Cette femme était entrée à l'hôpital pour des douleurs rhumatismales. Elle était depuis quelques jours dans les salles, lorsqu'un jour, une croisée étant restée ouverte près de son lit, elle fut prise de froid. A dater de ce moment elle éprouva du malaise, et on ne tarda pas à remarquer que sa figure était un peu bouffie ; il y avait aussi, en même temps, un peu de gonflement des jambes. L'exploration de la région rénale fit constater une sensibilité douloureuse à la pression. On examina alors les urines et l'on constata une grande quantité d'albumine. Les urines étaient en faible proportion (500 grammes environ dans les vingt-quatre heures) ; elles avaient une teinte cachou, avec un dépôt blanchâtre, épais. Enfin, il survint un vomissement, et la malade accusa une dyspnée considérable (soixante-

treize inspirations à la minute); la température était à 38°. — On soumit la malade à la diète lactée et à l'usage du tannin.

Les choses restèrent dans le même état durant quatre ou cinq jours. La malade continuant à vomir, on cessa le tannin, dans la crainte qu'il ne contribuât à l'entretien des vomissements.

On a assisté ici, en quelque sorte, à la naissance de la maladie; on l'a vue débuter et suivre immédiatement sa cause, qui a été bien manifestement l'action du froid.

Il y a, chez cette malade, trois faits dignes d'intérêt, et sur lesquels M. Béhier a particulièrement appelé l'attention.

Le premier est la dyspnée considérable que cette femme a éprouvée presque dès le début, et qui est due à un œdème pulmonaire survenu brusquement.

Le second point est la coloration foncée de l'urine, due à la présence, dans ce liquide excrémentitiel, de débris de tubes en même temps que de cellules épithéliales. L'examen microscopique a fait reconnaître, en effet, dans les urines de cette femme, des portions de tubes hyalins, demi-transparents.

Enfin, le troisième fait est le vomissement qui a, dans ce cas, une importance considérable, car il constitue l'un des symptômes de l'urémie. L'examen des matières vomies a révélé, en effet, l'existence de l'urée, tandis que la proportion d'urée dans les urines était notablement diminuée. Le sang examiné a fourni également une proportion de plus de 5 grammes pour 100 d'urée. L'affection, comme on le voit, ne paraît pas devoir se borner, chez cette femme, au degré simple des deux malades précédents. Il pourra être intéressant, ayant assisté à son début, d'en suivre l'évolution.

— De ces trois faits d'albuminurie aiguë, dont deux, sinon même les trois, ont été produits par le froid, nous rapprocherons le fait suivant que nous retrouvons dans nos cartons, et qui nous a été communiqué, il y a quelque temps, par M. le docteur H. Bertelot, à qui nous sommes déjà redevables de plusieurs communications intéressantes. On y retrouvera les mêmes conditions étiologiques.

M. Bertelot nous raconte qu'étant en voyage, il venait d'être frappé par l'aspect maladif d'un homme qu'il venait de croiser sur son chemin, et chez qui, à l'aspect d'une bouffissure du visage, il avait soupçonné, à distance, une albuminurie, lorsqu'il fut interpellé par cet homme, qui se rendait justement chez lui pour le consulter. Descendre de cheval pour répondre à cette interpellation, ne fut que l'affaire d'un instant. La consultation eut lieu en plein vent, sur le bord de la route. Là, notre confrère apprit que cet homme, âgé de quarante-deux ans, d'une forte constitution, et ayant toujours eu jusque-là une excellente santé, n'était malade que depuis six semaines ; il avait été pris de gonflement à la face, aux jambes et au ventre, qui était, en outre, extrêmement ballonné et jusqu'au scrotum ; la respiration était devenue très-pénible, et, au moindre mouvement, il était pris de palpitations et d'essoufflement considérable. Cette affection avait débuté brusquement. Voici dans quelle circonstance. Un jour que cet homme était très-fatigué, après une rude journée de travaux des champs, étant inondé de sueur, il s'était couché et endormi, sans avoir mangé, sur la terre mouillée, où il passa plusieurs heures. A son réveil, il s'était senti courbaturé, et, lorsqu'il rentra, quelques heures après chez lui, sa femme remarqua qu'il était tout bouffi.

Pendant six semaines, on n'avait rien fait ; les forces diminuant de plus en plus, tandis que le gonflement augmentait, on s'était décidé à consulter un médecin.

M. Bertelot, après avoir posé son oreille sur la région précordiale, percuté et ausculté la poitrine, mais ne trouvant aucun indice de maladie du cœur ni des poumons, s'arrêta à l'idée d'une albuminurie, conformément à sa première impression. En conséquence, il recommanda qu'on lui apportât de l'urine du malade. On lui en apporta en effet le lendemain, et il y constata la présence d'une quantité considérable d'albumine. Il prescrivit 20 grammes d'huile de ricin, tous les jours, et, pour boisson, de l'eau albumineuse.

Quelques jours après, cet homme alla voir M. Bertelot, qui, malgré la fatigue du voyage qu'il venait de faire, constata chez lui une amélioration considérable ; il avait l'air beaucoup moins souffrant, la respiration était plus libre, l'œdème des jambes avait beaucoup diminué, et le ventre était beaucoup moins tendu. Cependant les urines contenaient encore de l'albumine en grande quantité.

M. Bertelot, ayant lu dans la *Gazette des Hôpitaux* des observations de malades guéris par la teinture d'iode fraîche, prise dans la tisane de riz (1), fit préparer de la teinture d'iode, dont il fit prendre à ce malade, trois fois par jour, six gouttes dans un demi-verre de tisane de riz, lui prescrivant de continuer l'eau albumineuse dans l'intervalle, pour tout régime.

Après cinq jours de ce traitement, il y avait une amélioration sensible dans l'état du malade, mais l'urine contenait encore une assez notable proportion d'albumine. M. Bertelot prescrivit un purgatif énergique, avec deux gouttes d'huile de croton tiglium dans 20 grammes d'huile de ricin, et la continuation du traitement ci-dessus.

Quinze ou seize jours plus tard environ, le malade, ayant repris son appétit, fut mis à un régime alimentaire reconstituant.

Au bout de deux mois environ, cet homme avait récupéré toute la plénitude de ses fonctions et de sa santé antérieure. Les urines ne contenaient plus trace d'albuminurie. La guérison était complète et solide.

Les pansements à l'ouate sont-ils sans inconvénients?

Nous appelons l'attention de nos lecteurs sur un fait que nous a signalé il y a quelques jours M. Lannelongue, et qui mérite effectivement qu'on y regarde. On sait combien depuis quelque temps l'usage des pansements à l'ouate s'est multiplié et propagé ; mais on n'a pas oublié non plus l'ancien préjugé qui attribuait au coton et à tous les tissus confectionnés avec cette substance une action malfaisante sur les plaies. Chez deux malades du service de la Clinique, dont l'un avait subi l'amputation d'une phalange de la main, et l'autre l'amputation d'un orteil, et qui avaient été pansés tous deux à l'ouate, il est survenu des abcès multiples qui ont failli compromettre le résultat de l'opération. Nous avons eu connaissance de faits semblables observés dans d'autres services. N'y a-t-il là que simple coïncidence ? le préjugé de l'action nocive du coton aurait-il quelque chose de fondé ? Nous ne voudrions pas sur ces seuls faits incriminer les pansements à l'ouate. Mais il nous a semblé qu'il y avait tout au moins lieu d'eppeler l'attention sur ce point de pratique chirurgicale.

Action amyosthénique du chloral sur la matrice.

M. Martineau a pu constater récemment l'action amyosthénique du chloral sur la matrice. Voici dans quelle circonstance.

---

(1) Voir les observations de M. Guéneau de Mussy, année 1871, pages 473, 477 et 481 ; et celle de M. le docteur Lisbonne (d'Aix), année 1872, page 602.

Une femme de son service, enceinte de sept mois, avait pris du sulfate de quinine. Elle ne tarda pas à ressentir des coliques utérines. Le laudanum fut prescrit aussitôt à la dose de douze gouttes, mais sans aucun résultat. M. Martineau donna alors le chloral à la dose de 1 gramme, matin et soir; immédiatement les contractions utérines cessèrent, et la menace d'avortement fut conjurée.

MALADIES DE L'OREILLE

Par M. J. Toynbee, F. R. S.
(Traduction de M. Darin.)

INFLAMMATION CHRONIQUE.

Obs. VII. — *Inflammation catarrhale chronique du derme; grande irritation.*

Miss A..., 30 ans, me consulta en août 1856; santé passable.

Historique. Deux ans auparavant, elle éprouvait parfois beaucoup d'irritation et de douleur dans le conduit auditif de chaque oreille; puis il survenait de l'otorrhée; elle pense que sa maladie tenait à sa résidence dans une maison humide, et qu'elle s'était aggravée à la suite d'une exposition à l'air froid. Depuis cette époque, elle a eu plusieurs attaques semblables et les oreilles n'ont jamais été complétement libres de démangeaisons ni d'écoulement. L'ouïe ne s'est pas affaiblie.

A l'examen, on trouva dans les deux oreilles la surface du derme dépouillée d'épiderme, rouge, légèrement tuméfiée et recouverte d'une sécrétion muqueuse. Les deux M. T. étaient saines. L'ouïe était normale.

Traitement. Comme il y avait évidemment beaucoup de congestion, deux sangsues furent posées au pourtour de l'orifice de chaque méat, et l'on injecta les deux oreilles avec de l'eau chaude deux fois par jour. Dans le cours d'une semaine, la congestion ayant beaucoup diminué, on appliqua matin et soir, à la surface de chaque conduit, une solution de nitrate d'argent (30 centigrammes pour 31 grammes) à l'aide d'un pinceau de poils de chameau. Ce traitement, aidé d'injections d'eau chaude, répétées de temps en temps, fit céder l'irritation et disparaître l'écoulement. L'affection s'était cependant légèrement reproduite sous l'influence de la persistance d'un temps humide ou d'un affaiblissement de la santé, mais le traitement en triompha rapidement.

ANOREXIE

Potion du professeur Fonssagrives.

Extrait sec de quinquina...........	2 grammes.
Sirop d'écorces d'oranges amères.....	45 —
Teinture alcoolique de noix vomique.	5 gouttes.
Vin de Bordeaux....................	150 grammes.

A prendre en trois ou quatre fois au commencement des repas.

(*Dict. Garnier.*)

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 19 février 1873. — Présidence de M. Trélat.

Tumeur fibro-plastique de l'orbite ayant récidivé sept fois dans l'espace de douze ans. — M. Letenneur (de Nantes).
M. W., âgé de quarante-cinq ans, ancien marin, me consulta, en 1857, pour une petite excroissance charnue ayant son siége dans l'angle interne de l'œil droit, au-dessus de la caroncule lacrymale. Cette excroissance rouge, saignante, de la grosseur d'un grain de groseille, semblait avoir son point de départ sur la conjonctive elle-même; mais en examinant plus attentivement, je reconnus que le pédicule était dur, comme fibreux, et qu'il adhérait, au-dessous de la muqueuse, à une tumeur osseuse mal circonscrite, qui se confondait avec la paroi interne de l'orbite.

L'examen de la fosse nasale droite ne donna qu'un résultat négatif.

Quoi qu'il en soit, la tumeur saignante du grand angle de l'œil devait être détruite, car elle causait un larmoiement continu, donnait lieu à une sécrétion muco-purulente et ressemblait fort à un cancroïde. J'excisai cette tumeur jusqu'à sa base et, pour plus de sûreté, je cautérisai le point d'implantation sur l'os avec la pointe d'un cautère rougie à blanc.

La guérison fut prompte; mais la tumeur osseuse continua à s'accroître,

Un an après, cette tumeur avait le volume d'une noisette; elle repoussait un peu le globe de l'œil en dehors et causait de la diplopie. Le larmoiement, qui avait disparu, devenait aussi abondant qu'autrefois, mais sans être accompagné de muco-pus.

M. W..., fort inquiet de son état, vint me voir de nouveau. Malgré la dureté de la tumeur osseuse, on pouvait la déprimer par la pression du doigt, alors la paroi revenait immédiatement sur elle-même, comme on l'observe dans les kystes osseux : l'air passait toujours d'une façon incomplète par la narine correspondante; par conséquent, la tumeur n'avait qu'un petit volume. Je songeais à exciser la paroi du kyste, espérant que cette opération suffirait pour amener la guérison, lorsque le malade fit un voyage de Paris et y consulta Gosselin. L'avis de notre éminent collègue fut entièrement conforme au mien, et dès que M. W... fut de retour à Nantes, je pratiquai l'opération que j'avais projetée (1858).

Une incision faite à travers la paupière, à partir du tendon de l'orbiculaire, mit la tumeur à nu. Mais l'ablation de la coque osseuse me fit découvrir, non un liquide visqueux comme je m'y attendais, mais une tumeur solide qui ne put être enlevée que par fragments. La cavité qui la contenait était mal limitée, son fond était formé par une couche de tissu d'apparence fibreuse, mais n'ayant point l'aspect lisse qu'on trouve dans ces kystes; la paroi orbitaire seule était osseuse.

La cavité fut badigeonnée dans toute son étendue avec de la teinture d'iode; aucune suture ne fut faite à la plaie de la paupière; un pansement simple fut appliqué, et la cautérisation marcha rapidement. La guérison eut lieu dans l'espace d'une semaine à peine.

La tumeur, examinée au microscope, était composée en grande partie d'éléments fibro-plastiques, ainsi qu'on pouvait d'ailleurs le présumer à simple vue.

Deux ans après, l'œil commence de nouveau à se dévier en dehors; le malade se plaint de douleurs de tête, et particulièrement de douleurs à la région frontale. Il est facile de constater la présence d'une tumeur, qui occupe tout le côté interne de l'orbite.

Avant de pratiquer une nouvelle opération, je résolus de faire subir à M. W... un traitement interne par l'iodure de potassium, bien que rien, dans les antécédents, ne justifiât précisément cette médication, et que la nature de la tumeur enlevée précédemment me fît prévoir l'inutilité de cet essai.

Après plusieurs mois, la tumeur ayant beaucoup augmenté, le malade réclama lui-même l'opération, qui eut lieu le 16 novembre 1860.

Une incision demi-circulaire, partant du milieu de l'arcade orbitaire, au-dessous du sourcil, et se terminant au milieu du bord inférieur de l'orbite, dessina un lambeau qui comprenait la moitié interne des deux paupières; le tendon de l'orbiculaire fut détaché à son insertion, et le lambeau renversé en dehors.

La tumeur fut enlevée facilement et en totalité, bien que par fragments. Le doigt, introduit dans la cavité, pénétra jusque vers le fond de l'orbite et ne trouva que des tissus de consistance normale. Les paupières furent remises en place et maintenues par quelques points de suture. La guérison fut très-rapide. L'examen microscopique donna les mêmes résultats que pour l'autre tumeur.

L'œil reprit sa direction normale et ses fonctions ne furent point altérées.

Après cette opération, le malade désira essayer de nouveau l'usage de l'iodure de potassium, je lui en prescrivis pendant plusieurs mois, et à deux reprises différentes, 1 gramme par jour; en même temps, je fis faire des frictions autour de l'orbite avec une pommade de protoiodure de mercure.

Malgré toutes ces précautions, la tumeur reparut, mais cette fois sous la voûte de l'orbite, de manière à repousser l'œil directement en bas.

Au mois de septembre 1861, eut lieu la quatrième opération. La tumeur coiffait toute la partie supérieure du globe de l'œil, et se prolongeait en dedans et en arrière jusqu'au fond de l'orbite. L'extraction fut très-pénible; les tissus morbides adhéraient aux muscles et à tout le pédicule de l'œil jusqu'au trou optique. Il fallut isoler pour la dissection près des deux tiers du globe, enlever des lambeaux de muscles, ainsi que le nerf frontal.

La tumeur avait le même aspect qu'aux deux opérations précédentes, mais n'a point été examinée au microscope.

Après cette opération, la vue était conservée, mais très-affaiblie. Bientôt la conjonctive s'enflamma, les paupières se tuméfièrent et un suintement muco-purulent coula sur la joue et y causa un érythème. Je conseillai des lotions avec de l'eau blanche. Quelques jours après, je réussis à écarter les paupières pour examiner l'œil, et je fus frappé de l'existence, sur la cornée, d'une large tache d'un blanc mat. Cette membrane s'était ramollie par défaut de vitalité, et l'eau blanche l'avait pénétrée par imbibition. Cependant la tache ne couvrait pas toute la pupille et le malade pouvait encore distinguer vaguement les objets.

J'ai à peine besoin de signaler la paralysie de la peau de la région frontale, puisque là section du nerf sus-orbitaire rendait ce résultat inévitable.

La plaie de l'opération se guérit facilement, mais l'œil resta saillant avec sa large tache blanche métallique. La vue ne tarda pas à être complétement abolie, et je regrettai, je l'avoue, de n'avoir pas enlevé l'œil avec la tumeur, afin d'écarter le plus possible les chances d'une nouvelle récidive.

Cependant, pendant quatre ans, la guérison se maintint, et je la crus définitive.

Dans l'intervalle, au mois d'octobre 1862, l'enchifrènement qui existait depuis longtemps augmenta beaucoup; j'examinai de nouveau les narines, et je reconnus, des deux côtés, des polypes muqueux, que j'arrachai.

Au mois de septembre 1865, quatre ans après la dernière opération, alors que nous comptions sur une guérison définitive, je reconnus l'existence d'une nouvelle tumeur, placée entre le globe de l'œil et le plancher de l'orbite. Une proéminence plus grande de l'œil m'autorisait à croire que la tumeur se prolongeait profondément. Je proposai l'ablation du globe de l'œil avec la tumeur, ce que je fis le 5 octobre.

La tumeur faisait le tour de l'orbite, adhérait au périoste de la paroi supérieure, qui dut être dénudée dans toute son étendue; le périoste fut enlevé aussi sur plusieurs autres points; le nerf optique fut coupé aussi profondément que possible; enfin les suites de cette opération furent d'une simplicité extrême. Cependant nous redoutions l'avenir, car l'expérience du passé ne nous permettait guère de nous livrer à l'espérance.

La sixième opération eut lieu le 31 mars 1866. Cette fois, la récidive avait été très-prompte, puisqu'il ne s'était écoulé que six mois depuis la dernière opération. L'orbite, déjà rétrécie d'une manière sensible, était rempli d'une production morbide, dure bosselée, qui faisait saillie au pourtour osseux de la cavité; l'ablation ne put avoir lieu que par rugination.

Au mois de mars 1867, après un an d'intervalle, il fallut encore intervenir.

Alors, je trouvai l'orbite réduit, par le rapprochement de ses parois, à la moitié à peine de ses dimensions normales; il fallut encore dénuder les surfaces osseuses au moyen de la spatule. Je trouvai, à la paroi supérieure, l'os érodé, rugueux dans l'étendue de 1 centimètre environ. La guérison, comme toujours, fut prompte et facile. Le malade reprenait, après chaque opération, ses occupations ordinaires, faisait des voyages, allait souvent à Paris, où il ne manquait guère d'aller se montrer à M. Gosselin.

Je dus débarrasser les fosses nasales de nouveaux polypes, au mois de décembre 1868.

Déjà, il était évident que la maladie de l'orbite reparaissait encore. M. W... sentait ses forces diminuer; il perdait courage et redoutait une nouvelle opération. Avant de s'y soumettre, il fit plusieurs voyages pour ses affaires, se fatigua beaucoup, et me donna rendez-vous pour le milieu de janvier 1869.

Le chloroforme produisit plus d'agitation que de coutume. J'enlevai la tumeur, avec beaucoup de précautions, à la partie supérieure où j'avais, à la dernière opération, deux ans auparavant, trouvé l'os malade. Là, je constatai une perforation pouvant recevoir l'extrémité du doigt, et dont le fond était formé par la dure-mère.

Dès le soir de l'opération, une loquacité qu'on ne pouvait attribuer à l'action du chloroforme, une fréquence assez grande du pouls, nous firent craindre l'apparition d'une méningite. Ces craintes se réalisèrent, et, après quelques jours de grande agitation, le malade tomba dans un état comateux, qui se prolongea jusqu'à la mort.

Ainsi, dans l'espace de douze ans, ce malade a subi huit opérations, sans compter deux extractions de polypes. Entre les opérations, le plus court intervalle a été de six mois; le plus long de quatre ans.

Séance du 26 février 1873. — Présidence de M. TRÉLAT.

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

CORRESPONDANCE

La correspondance comprend :

La *Gazette des Hôpitaux*; — l'*Union médicale*; — la *Gazette hebdomadaire*; — la *France médicale*; — la *Gazette obstétricale*; — le *Bordeaux médical*; — la *Revue médicale de Toulouse*.

M. LEDENTU prie la Société de le comprendre au nombre des candidats à la place de membre titulaire.

M. MONOYER (de Nancy) adresse à la Société une lettre dans laquelle il fait part des réflexions que lui a suggérées la communication de M. le docteur Notta (de Lisieux), *sur l'Extraction linéaire sans excision de l'iris*. Il trouve une analogie assez grande entre la méthode de M. Notta et les procedés de Liebreich et de de Graefe quant à ce qui concerne l'incision de la cornée. Pour la non-excision de l'iris, il fait observer que lui-même, dans les *Annales d'oculistique* de 1857, tome VIII, p. 173, a signalé ce fait que si l'iridectomie modère ou même prévient quelquefois les inflammations, elle entretient parfois aussi une irritation chronique qui retarde la guérison. M. Monoyer ajoute qu'il n'est pas absolument indifférent, au point de vue optique, d'avoir une pupille centrale ou une pupille agrandie dans un sens jusqu'au bord de la cornée. En conséquence, il n'a recours, dit-il, à l'iridectomie, que lorsque les tentatives faites pour s'en passer ont échoué, ou bien lorsqu'elle est formellement indiquée.

Il termine en donnant un résumé succinct de son procédé opératoire.

M. LEGOUEST adresse à la Société, de la part de M. le docteur Mourlon, médecin-major, une observation manuscrite intitulée : *Fracture avec luxation de l'astragale*.

M. DOLBEAU offre, de la part de M. Paul Labarthe, sa thèse inaugurale intitulée : *le Chancre simple chez l'homme et chez la femme*. De la part du docteur Chacrois, médecin en chef du Vésinet, une observation de kyste hydatique du foie guéri par la ponction simple avec aspiration. (Commission, MM. Dolbeau, Boinet et Lannelongue.)

M. LARREY offre à la Société le *Bulletin de l'Académie de médecine*, pour les années 1870, 71 et 72; le *Bulletin de thérapeutique* pour 1871 et 72; vingt et quelques thèses de chirurgie.

M. ROCHARD (de Brest), membre correspondant, assiste à la séance.

LECTURE

M. TERRIER lit un mémoire intitulé : *Anomalie des jumeaux et de l'artère poplitée.*

Le travail de M. Terrier est renvoyé à une commission composée de MM. Dubrueil, Horteloup et Duplay.

Discussion sur les rétrécissements du rectum.

M. FORGET. La question des *rétrécissements du rectum et de leur traitement par la rectotomie externe*, dont la Société a été saisie par M. Verneuil est, au point de vue clinique, d'un intérêt trop immédiat pour avoir pu se produire devant vous sans y être soumise au contrôle d'une discussion approfondie.

Ce n'est pas, en effet, une simple modification aux diverses méthodes curatives généralement suivies et que la tradition des maîtres les plus expérimentés a transmise à l'art contemporain que propose notre collègue, c'est la substitution, sinon absolue, du moins générale, à ces méthodes, d'un traitement à l'aide d'une opération nouvelle, du moins quant au but qu'elle veut atteindre.

La rectotomie interne, pratiquée de dedans en dehors avec un bistouri boutonné, conduit sur le doigt du chirurgien qui en règle ainsi la marche et en éclaire la direction, avait été très-exceptionnellement pratiquée par M. Nélaton, dont M. Panas a imité la conduite dans un cas morbide semblable, qu'il nous a communiqué. A cette opération, M. Verneuil préfère la rectotomie externe au moyen de l'écraseur de M. Chassaignac, introduit à travers les parties molles, parallèlement à la paroi postérieure du rectum, au niveau et au-dessous du rétrécissement, point sur lequel il pénètre à l'intérieur de l'intestin.

Pour apprécier la manœuvre opératoire au point de vue de son exécution et de son résultat, je me bornerai à répéter ce que M. Verneuil en dit lui-même, qu'elle est longue, difficile, et qu'elle donne lieu à un traumatisme considérable, et tel parfois que « l'on se ferait difficilement idée de l'aspect horrible que présente la région après l'opération. » (*Gazette des Hôpitaux*, 1872, p. 1028.)

C'est, messieurs, l'énonciation de ce fait par notre collègue lui-même qui m'a conduit à lui demander, dans l'une des précédentes séances, s'il ne subordonnait pas un acte opératoire d'une telle gravité à certains cas pathologiques particuliers et exceptionnels. J'ajoutai, qu'en raison même du traumatisme qui en était la conséquence, il me semblait nécessaire d'en poser tout d'abord les indications. J'insistai plus particulièrement sur la nature et le siége des rétrécissements et sur la hauteur à laquelle M. Verneuil plaçait la limite qu'on ne devait pas dépasser sans danger dans l'intestin.

Mon honorable collègue me renvoya à son mémoire, qui devait répondre à mes questions. Eh bien, je l'avoue, après m'être reporté à la source indiquée, je n'y ai pas trouvé ce que j'y cherchais et qui eût dû me satisfaire. Cela se comprendra aisément, puisque l'auteur, dès son entrée en matière, déclare qu'il ne s'occupera point des causes et de la pathogénie des rétrécissements; que, malgré leurs différences histologiques, il ne considère en eux qu'un seul caractère qui leur soit commun à tous, la diminution du calibre de l'intestin, d'où résulte l'indication formelle pour tous, quelle que soit la nature du mal, de rendre à celui-ci son calibre normal au moyen de l'opération qu'il recommande.

Il m'a semblé, d'après cela, que c'est bien une méthode générale de traitement que propose l'auteur, et qui, dans sa pensée, doit se substituer à la dilatation simple ou combinée avec l'incision. Faisant ainsi abstraction des données particulières fournies par la clinique et basées sur la composition anatomique de tissus morbides, sur l'origine spécifique ou purement inflammatoire de l'hyperplasie dont l'atrésie rectale, à tous les degrés, est la conséquence ultime.

Or, au point de vue pratique, il en résulte, dans le travail de M. Verneuil, un *desideratum* important. C'est son côté vulnérable; aussi est-ce celui qui a été le point de mire des membres de la Société qui, jusqu'à présent, ont pris part à la discussion.

M. Guérin, comme M. Després, avant de juger l'acte opératoire en lui-même, et surtout de l'accepter en principe, se sont préoccupés de la pathogénie du rétrécissement. C'est, en effet, par l'étude étiologique que l'insuffisance thérapeutique des méthodes plus simples, moins dangereuses et généralement usitées pourra être démontrée, et que, dès lors, la nécessité de la rectotomie sera mise en évidence.

Suivant la voie où sont entrés les collègues qui m'ont précédé, si je consulte l'enseignement des maîtres, notamment de Desault, de P. L. Petit, de Boyer, de Dupuytren, de Roux, Lisfranc, et des chirurgiens formés à leurs écoles; si je prends conseil, d'autre part, des observations que j'ai été à même de recueillir pendant et depuis mon internat dans les hôpitaux et dans ma pratique particulière, je suis fondé à croire que M. Verneuil se montre, en cette circonstance, trop radical, et qu'avant de résoudre le problème thérapeutique dont il s'agit, il est nécessaire d'en envisager tous les éléments, convaincu que, dans un très-grand nombre de cas, l'analyse clinique qui en sera faite conduira à une solution moins grave et de nature à donner un résultat curatif qui, s'il n'est pas toujours définitif, sera le plus souvent assez satisfaisant pour qu'il soit inutile de recourir à la rectotomie comme la comprend M. Verneuil, et qui, suivant moi, doit être réservée comme *ultima ratio* du chirurgien pour des cas très-rares qui, après avoir invinciblement résisté aux autres moyens, se présentent dans des conditions d'urgence et d'atrésie telles qu'il y a péril pour le malade à ne pas ouvrir immédiatement une large issue aux matières retenues et accumulées au-dessus de l'obstacle, à leur libre cours.

Or, il faut le reconnaître, ces cas sont rares, et la statistique des observations que renferme le mémoire de M. Verneuil, au nombre de huit, tendrait elle-même à en fournir la preuve. Les malades n'attendent pas d'être réduits à une aussi pressante extrémité pour solliciter les secours de l'art. Il ne s'agit pas dans l'espèce d'un état morbide qui s'improvise de toute pièce et sans qu'ils en aient reçu l'avertissement de longue date. On a donc tout le temps de délibérer et d'agir en connaissance de cause.

Quoi qu'il en soit, et en admettant même cette nécessité d'opérer vite, largement et sans retard, l'incision intra-rectale des tissus morbides constituant le rétrécissement, et suivie de l'introduction des mèches, ne paraîtra pas encore à bien des chirurgiens, devoir être abandonnée d'une manière absolue et remplacée alors d'emblée par la rectotomie. Toutefois, il n'est pas douteux qu'en une semblable occurrence, le procédé qui ouvre la voie la plus large et qui est le plus expéditif ne soit le meilleur, et à ce titre, si j'avais à choisir, la rectotomie interne me semble préférable à la rectotomie externe, malgré l'inconvénient qu'elle peut avoir d'exposer à une perte de sang qu'évite plus sûrement la diérèse pratiquée à l'aide de l'écraseur; mais celle-ci, en revanche, est d'une exécution difficile, obscure, hasardeuse, surtout lorsqu'il n'existe pas préalablement une voie pathologique pour l'introduction de la chaîne, et qu'il faut en créer une artificiellement qui conduise dans le rectum au-dessus de la coarctation.

Mais l'incision simple du rétrécissement combinée avec la dilatation, même sans les conditions d'urgence que je suppose, n'est pas, je le répète, absolument inefficace à faire cesser les accidents graves produits par la rétention des matières stercorales en leur livrant passage. Des faits existent dans les recueils scientifiques, qui en fournissent la preuve. Je me bornerai à en citer deux succinctement, qui rentrent dans le cas de ceux dont je m'occupe.

Le docteur Stafford, dans un mémoire publié dans le *The Edimbourg medical crud surgical journal*, 1840, rapporte :

1re OBSERVATION. — Rétrécissement valvulaire, dur, fibreux, sié-

geant à 2 pouces de l'anus, une sonde nº 12 a de la peine à le traverser; symptômes graves du côté du canal intestinal. Le chirurgien a immédiatement porté dans le rectum un long instrument particulier (8 pouces) enfermant une lame semi-lunaire : dès qu'il eut traversé le rétrécissement, il fit saillir la lame en arrière et divisa la bride correspondant à la paroi postérieure du rectum, le doigt traversa facilement le siége du rétrécissement; une mèche y fut introduite.

Le soir même, garde-robe abondante. Au bout d'un mois, la malade ayant succombé à un érysipèle (l'observation se tait sur son point de départ), on s'assura que l'intestin, dans la portion rétrécie, pouvait admettre une bougie du volume du pouce; les bords de l'incision étaient cicatrisés et un tissu muqueux la recouvrait.

2e Observation. — Femme de trente-trois ans, coarctation circulaire de l'intestin à 3 pouces de l'anus, très-dur, admettant à peine une bougie nº 10; incision du rétrécissement avec le bistouri de Cooper, conduit sur le doigt, le tranchant tourné en arrière. Second rétrécissement dur, fibreux, au-dessus du premier, incisé de même. Hémorrhagie qui nécessita l'introduction d'une grosse mèche; c'était une bougie garnie de charpie.

L'écoulement de sang s'arrêta promptement. Deux heures après l'opération, garde-robe abondante ; l'évacuation continua pendant trois jours. Quatre mois après l'opération, la malade sortit de l'hôpital guérie, les matières fécales passaient avec la plus grande facilité.

A l'appui de cette manière de faire, le docteur Stafford cite l'autorité d'un chirurgien de renom en Angleterre, le professeur Viseman, qui recommandait surtout l'incision, comme méthode générale dans le traitement du rétrécissement, suivie de l'usage des mèches.

Je n'insisterai pas sur ces faits, qui ne sont pas très-rares. Pour ma part, j'en ai plus particulièrement suivi trois cas dans ma pratique, et j'ai eu à me louer d'avoir combiné l'incision et la dilatation, qui, chez une dame de Lille, fut continuée pendant près d'une année sans produire aucun accident; elle avait été soumise concurremment à l'usage intérieur de l'iodure de potassium, l'élément syphilitique ayant paru n'avoir pas été étranger à l'origine de la maladie.

Toutefois, je reconnais que, si ces faits démontrent l'efficacité de l'incision simple pour rétablir une voie suffisante à l'issue des matières dans les cas graves et d'urgence, ils ne prouvent pas que l'obstacle ne puisse se reconstituer en partie si on ne surveille les opérés pendant un temps assez long, cela est vrai; mais il en est des rétrécissements fibreux du rectum comme de ceux de l'urèthre, et je ne crois pas que la tendance de ces derniers à récidiver si on abandonne prématurément la dilatation, soit jamais un motif pour faire renoncer à cette méthode, soit qu'on l'emploie seule ou qu'on l'ait fait précéder par l'incision. Prétendra-t-on qu'appliquée aux voies urinaires, cette méthode n'offre pas les mêmes dangers qu'à l'intestin? Cette assertion, à coup sûr, serait mal fondée en présence des accidents graves dont un simple cathétérisme peut être cause.

Si maintenant, messieurs, on considère les observations citées par M. Verneuil à l'appui de la méthode de traitement qu'il préconise, on trouve, qu'au seul cas excepté de rétrécissement spontané, existant en dehors de toute complication, soit abcès, soit fistule, par conséquent avec un périnée parfaitement intact, cas pour lequel, à mon avis, la rectotomie est un moyen de traitement; c'est toujours pour des coarctations excessives et peu admissibles du rectum avec fistule multiple, ayant produit et entretenu dans l'épaisseur du périnée une inflammation chronique suivie d'indurations et de callosités considérables, étendues plus ou moins haut au pourtour de l'anus et de l'intestin, que notre collègue a pratiqué l'opération.

Or, ces états pathologiques ne sont pas absolument rares en pratique, assurément beaucoup d'entre nous en ont observé; pour ma part, j'en ai vu dans divers hôpitaux, qui ont été traités avec succès par l'incision conduite directement jusqu'au point correspondant à la limite de l'induration intestinale, et même au-dessus, dans un cas où le décollement de la paroi rectale le dépassait de plusieurs millimètres. Dans les services de Roux et de Lisfranc, j'ai vu de ces cas que l'on considérait comme rentrant dans le cadre des fistules rectales compliquées, dont le traitement exige des débridements nombreux et profonds.

J'ai observé deux faits semblables dans ma pratique, sur deux hommes, âgés l'un de trente-cinq ans, l'autre de quarante-cinq ans; tous deux avaient le périnée sillonné de trajets fistuleux, convergeant la plupart vers l'anus, dont le pourtour comme les tissus de toute la région était très-notablement induré. Le doigt, introduit dans le rectum, non sans une certaine difficulté, constatait le prolongement de l'induration calleuse dans une hauteur de 3 centimètres, parallèlement à l'intestin, dont la demi-circonférence environ était naturellement rétrécie par une sorte de virole demi-circulaire, qui la circonscrivait et que je considérai comme formée par un tissu fibro-plastique de la nature de celui qui se développe autour et au contact des tissus qui sont le siége de phlegmasie chronique et de suppurations prolongées; tissu que, il y a quinze ans, M. Lebert, dans cette enceinte, décrivait sous la dénomination de tissu *fibro-plastique autogène*.

(*A suivre.*)

VARIÉTÉS

L'internat des hôpitaux de Paris.

(Discours prononcé par M. le professeur Béhier au banquet annuel de l'Internat, le 1er mars 1873.)

Messieurs,

J'ai accepté l'honneur que vous avez bien voulu me faire en me chargeant de présider ce banquet, mais je vous demande la permission de ne jouir qu'une fois de ce privilége. Il est bon, selon moi, que, chaque année, ce soin soit délégué à une personne différente, et ce soir même je déposerai mes fonctions d'un jour.

Quand on est venu me les offrir, laissez-moi dire que ma satisfaction n'a pas été sans mélange de tristesse, car j'ai reporté ma pensée vers celui qui m'a précédé à votre tête. C'est sa mort qui a laissé vacante la place que je vais occuper aujourd'hui, et nous savons tous ce que nous avons perdu en perdant M. Denonvilliers. Les qualités du savant, les services qu'il a pu rendre, ce n'est pas ce qui nous touche ici. Ce que nous regrettons en lui aujourd'hui, c'est le camarade, c'est l'ancien, aimant notre corporation, dévoué à l'Internat des hôpitaux, jaloux des priviléges de cette institution, soucieux de son avenir, fier des services qu'elle a rendus et confiant dans ceux qu'elle est encore appelée à rendre.

Ce qu'il pensait, messieurs, je le pense comme lui, ce qu'il aimait je l'aime autant que lui, ce qu'il espérait je l'espère comme lui. L'Internat a été ma première joie dans la carrière médicale. J'ai pris mes fonctions d'interne fort au sérieux quand je suis entré dans notre corporation, et depuis j'ai reconnu, par la pratique de ceux que j'ai eus à côté de moi à titre de collaborateurs (et le nombre en est déjà assez considérable), j'ai reconnu que l'institution ne m'avait pas paru trop sérieuse quand j'avais été appelé à remplir les devoirs qu'elle m'imposait.

L'Internat a toujours été et restera toujours l'une des meilleures écoles qui se puissent trouver. Quiconque est apte à prendre le goût du travail et l'amour de la science, y fait un apprentissage fécond qui facilite ensuite les travaux plus complets, qui permet les efforts les plus puissants, les productions plus mûres et plus efficaces. Et ceux que les nécessités ou les hasards de la vie éloignent de la carrière scientifique, emportent toujours, en sortant de l'Internat, des habitudes et des connaissances qui les mettent à la hauteur de toutes les situations de la pratique médicale tout ardues et tout épineuses qu'elles puissent être.

L'Internat, si avancé qu'on soit dans la carrière, reste un des souvenirs les plus doux. Temps de jeunesse et de longues espérances, pendant lequel on jouit d'une autorité suffisante à flatter un amour-propre légitime, sans avoir une responsabilité pénible et

lourde à porter, puisqu'on la partage avec le chef de service, qui prend la plus forte part.

Nos réunions ont été violemment interrompues. Hélas! nous savons maintenant ce que le temps qui s'est écoulé nous a coûté.

Dans les malheurs du pays, notre corporation de l'Internat des hôpitaux civils de Paris a tenu dignement sa place, par les services qu'elle a rendus. Je vois encore partant pour les ambulances sur le Rhin mes anciens élèves, mes amis, et je sens encore l'anxiété que j'éprouvais en les voyant marcher vers l'inconnu cruel et sanglant qu'ils allaient affronter.

Puis le silence s'est fait pour nous, enfermés dans Paris. Nous sommes restés pleins d'incertitude sur le sort de ceux qui nous avaient quittés, et nous n'avons appris que plus tard les douleurs et les dévouements de nos camarades dispersés dans toutes les provinces.

Il est de mise, messieurs, dans un certain monde, de nous envelopper en bloc dans une réprobation sans appel, et d'attaquer nos croyances, ou, pour mieux dire, de prétendre que, n'en ayant aucune, nous ne sommes pas capables d'accomplir de grands devoirs. Je ne sais d'abord de qui ces personnes ont reçu la mission de scruter ainsi nos consciences. Je ne leur donne, pour ma part, aucun droit de ce genre et les laissant absolument libres dans leur foi, je suis autorisé à leur demander de me laisser libre pour la mienne.

Mais quant aux conclusions qu'elles veulent tirer de leurs opinions touchant notre valeur morale, les tristes conjonctures que nous venons de subir nous permettent de leur répondre en leur montrant comment les nôtres se sont conduits. Nous pouvons leur dire que Calmette est mort en faisant dignement son devoir auprès de l'armée; que Rigault est resté mort sous les murs de Sedan; que Burtaud est mort à l'armée de la Loire; que Leboucher est mort aussi; que Proust, trouvant les services chirurgicaux trop lents pour l'impatience de son dévouement, s'est fait soldat et est mort frappé d'une balle au combat d'Épinay, et que Parrot a succombé par un éclat d'obus au fort de Vanves.

Voilà le bilan bien incomplet des pertes de l'Internat de Paris. Dressé à la hâte, il ne dit pas tout. Mais en présence de ces noms respectés, en présence de ce dévouement pour la patrie, dévouement qui a été jusqu'au sacrifice de la vie, qui pourrait encore avoir l'audace d'avancer que l'étude de notre science, que la pratique des devoirs médicaux ne savent pas inculquer à nos élèves, à nos camarades, l'élévation de sentiment et la noblesse de cœur que notre France doit espérer de ses meilleurs enfants.

Messieurs, c'est peut-être attrister notre réunion, mais je tiens pour un devoir sacré de vous proposer un toast à la mémoire de ceux que nous avons perdus, à la mémoire de M. Denonvilliers, à la mémoire de nos camarades qui sont morts si jeunes pour le service de la patrie!

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Les cours de M. le docteur Fort commenceront le mercredi 2 avril 1873, et seront continués tous les jours jusqu'au 15 juin.

Cours d'anatomie. — Ce cours se composera de deux leçons chaque jour; la première aura lieu à une heure, dans l'amphithéâtre de M. Fort, rue Antoine-Dubois, n° 2 (anatomie descriptive, topographique et de structure).

Opérations. — Ce cours aura lieu tous les jours, à midi, à l'École pratique, dans le pavillon des professeurs particuliers, n° 7. Les élèves exécuteront eux-mêmes les opérations. Ils devront se pourvoir d'une carte au secrétariat de la Faculté.

Physiologie. — Le cours de physiologie se fera tous les jours, de deux heures et demie à trois heures et demie, dans l'amphithéâtre de la rue Antoine-Dubois, n° 2.

On s'inscrit chez M. Fort, 12, rue Caumartin, ou rue Antoine-Dubois, n° 2.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

L'hydrothérapie expliquée. Guide des malades aux établissements hydrothérapiques, par le docteur Maigrot, directeur de l'établissement de Saint-Dizier. — 2e édition. 1 vol. in-18. Prix : 1 fr. 25. — Paris, Adrien Delahaye.

Nouvelle méthode de traitement des fièvres intermittentes au moyen d'injections sous-cutanées d'acide phénique, par le docteur Déclat. — 1 vol. in-12. Prix : 1 franc. — Paris, Adrien Delahaye.

Le Directeur : Dr E. Le Sourd.

Paris. — Typographie A. Pougin, quai Voltaire, 13.

N° 32. — MARDI 18 MARS 1873. 46e ANNÉE. MARDI 18 MARS 1873. — N° 32.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Bureaux : 57, rue des Saints-Pères, 57
PRÈS L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

Le prix d'abonnement
doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne hors de Paris
dans les bureaux des Messageries et chez les Libraires
Les lettres non affranchies sont refusées.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui n'en peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS — Trois mois. . 8 fr. 50 c. Six mois. . . 16 — Un an. . . . 30 —

POUR L'ÉTRANGER le port en sus suivant les derniers tarifs des Postes.

Paris, le 17 mars 1873.

SÉANCE DE L'ACADÉMIE DES SCIENCES

M. Vulpian lit un mémoire intitulé : *Recherches relatives à l'action de la corde du tympan sur la circulation sanguine de la langue.* Dans ce travail, l'auteur a démontré, par des expériences qui nous paraissent tout à fait probantes, que les filets nerveux de la corde du tympan qui accompagnent le lingual dans l'intérieur de la langue exercent sur les vaisseaux sanguins de cet organe une influence analogue à celle que le nerf exerce sur la glande sous-maxillaire. On savait, depuis les belles expériences de M. Claude Bernard, que la corde du tympan est le nerf dilatateur des vaisseaux sanguins de la glande sous-maxillaire. M. Vulpian a institué des expériences analogues sur la partie de ce nerf qui accompagne le lingual jusque dans la langue, et il a constaté, à son tour, que la corde du tympan est un nerf dilatateur des vaisseaux sanguins de la langue.

— Au nom de MM. Gréhant et Picard, M. Claude Bernard présente une note intitulée : *De l'asphyxie et de la cause des mouvements respiratoires chez les poissons.* Les auteurs ont voulu d'abord élucider un point qui, depuis les belles recherches de Humboldt et Provençal, était encore inexpliqué. Ces derniers avaient constaté que, si l'on place un poisson dans l'eau privée de gaz par l'ébullition, le temps qui s'écoule jusqu'à l'arrêt complet des mouvements respiratoires, pris comme signe de l'asphyxie, est très-variable. Pour se mettre à l'abri d'erreurs possibles en employant le procédé de l'ébullition, MM. Gréhant et Picard ont voulu obtenir le vide absolu au moyen de la pompe à mercure. La variabilité signalée par Humboldt et Provençal a persisté malgré cette précaution, et c'est ce qui a conduit les auteurs à en rechercher la cause dans l'animal lui-même. Expérimentant sur le même poisson et laissant écouler plusieurs heures entre deux expériences, ils ont reconnu que l'arrêt des mouvements respiratoires, chez le poisson asphyxié une première fois, survient toujours dès les premières minutes qui suivent sa réintroduction dans l'eau privée de gaz. Cette observation les a conduits à penser que les différences signalées par Humboldt et Provençal « s'expliquent par une provision plus ou moins grande d'oxygène qui se trouverait épuisée au moment de l'asphyxie dans la première expérience, et qui ne se renouvellerait ensuite qu'avec une extrême lenteur. » C'est possible, c'est probable ; mais des expérimentateurs devraient avoir le droit d'être plus affirmatifs.

Partant de ces expériences, les auteurs ont eu l'idée de rechercher *le lieu d'origine de l'excitation qui détermine les mouvements respiratoires chez le poisson.* « Si un poisson asphyxié, disent les auteurs, est placé dans l'eau ordinaire, le museau hors de l'eau, les mouvements respiratoires ne reprennent pas, mais ils reprennent *aussitôt* que l'extrémité du museau est mise en contact avec le liquide. Il faut donc, pour que ces mouvements s'établissent qu'il y ait une excitation périphérique produite par l'eau dans une région localisée auprès de l'orifice de la bouche. » Et sans hésiter, ils ajoutent : « Nous concluons de nos expériences que c'est une excitation périphérique produite vers l'extrémité du museau des poissons qui est la cause déterminante des mouvements respiratoires ; mais il est nécessaire, pour que cette excitation soit efficace, que l'oxygène existe dans le sang. »

Si, avant d'expérimenter, MM. Gréhant et Picard se fussent préoccupés des vérités acquises à la physiologie générale, ils se seraient dit : toute fonction exige, pour entrer en jeu, l'intervention d'un excitant fonctionnel, et cet excitant s'exerce sur les nerfs impressionneurs qui aboutissent à l'organe qui doit fournir la fonction. La salive, par exemple, n'afflue dans la bouche (nous ne parlons que des conditions normales) que sous l'influence de la présence d'un corps étranger dans cette cavité et sous l'influence de la mastication ; la bile n'afflue dans le duodénum que dans des circonstances analogues ; les muscles n'entrent en fonction que sous l'influence de l'excitation nerveuse ; la respiration ne s'établit chez l'enfant que sous l'influence de l'air sur les orifices du tube aérien. Cette loi générale s'applique de tout point à la respiration chez le poisson, et la seule chose qui dût nous étonner, c'est que le poisson continuât de respirer en l'absence de l'excitant fonctionnel, c'est-à-dire en l'absence de l'eau. Telle n'a pas été la pensée de MM. Gréhant et Picard, puisqu'ils ont cru devoir expérimenter pour nous apprendre ce que nous savions et ce qu'ils auraient dû savoir comme nous. On ne saurait les absoudre de prendre le temps de l'Académie et le nôtre pour nous dire « que l'eau appliquée à la tête et non à la queue est la cause des mouvements respiratoires chez les poissons. » Il est de toute évidence que,

pour faire respirer un enfant, on n'ira pas plonger sa tête dans le récipient vide d'une machine pneumatique, et que pour lui faire voir des images, on ne le placera pas dans une chambre obscure.

— A force de faire et de publier des expériences de ce genre, on jette un discrédit regrettable sur la méthode expérimentale elle-même. On nous accuse d'être sévère pour les *expérimentateurs;* mais ce que nous en faisons, c'est dans l'intérêt de la *méthode*. Plus que personne, peut-être, nous apprécions l'importance de la méthode expérimentale quand elle est bien comprise et bien appliquée, et c'est pourquoi nous ne voulons pas qu'on la compromette en publiant, sous son enseigne, des choses qui ressortent à l'expérimentation, mais que la vraie méthode expérimentale répudie.

— M. Cl. Bernard présente, au nom de M. J. Meyer, une note intitulée : *Influence de l'ammoniaque dans les ateliers où l'on emploie le mercure.* L'auteur commence par avouer, ce dont nous ne saurions trop le féliciter, qu'il lui est impossible d'expliquer le fait, et qu'il ne hasarde aucune théorie. Mais il l'a expérimenté, et cela nous suffit : en versant, tous les soirs, après la fin du travail, un demi-litre d'ammoniaque liquide du commerce sur le sol de l'atelier, il est parvenu à supprimer les accidents dus au mercure dans les salles d'étamage de la glacerie de Chauny. Nous sommes heureux de signaler ce fait.

— M. A. Béchamp adresse une note intitulée : *Sur les microzymas normaux du lait comme cause de la coagulation spontanée de la fermentation alcoolique, acétique et lactique de ce liquide.* L'auteur, après avoir démontré l'existence et le développement de petits organismes dans les cellules des globules du lait, capables d'évoluer en bactéries, a institué des expériences dans le but de démontrer que la coagulation spontanée du lait devait être attribuée à ces organismes. Ces mêmes expériences l'ont conduit à admettre que l'alcool et l'acide lactique que l'on trouve dans le lait caillé sont le résultat de la présence de ces organismes, qu'il désigne sous le nom de mycrozymas.

— Point n'est besoin d'aller sonder les immenses profondeurs de l'Océan pour ajouter de nouveaux chaînons à la faune connue. M. de Quatrefages, au nom de M. de la Blanchère, fait part à l'Institut de la découverte d'une vandoise nouvelle trouvée dans les eaux du Rouergue. Ce poisson est connu dans le pays sous le nom de *nas-pountchut* (nez pointu), et M. de la Blanchère, traduisant littéralement, propose de l'appeler *squalius oxyrrhis*, La Bl. J'aime autant, n'en déplaise à l'inventeur, *nas-pountchut.* La vandoise *nas-pountchut* est un poisson assez beau ; il est arrivé à la taille de 35 centimètres et atteint à un poids de 1 kilogramme. C'est dans l'Aveyron que M. de la Blanchère a pêché son premier spécimen. Espérons que ce ne sera pas le dernier.

— Disons, en terminant, que M. Decaisne dénonce à l'Académie le vermouth comme étant un liquide aussi pernicieux que l'absinthe, et le *tutti quanti* des alcooliques. Le meilleur, dit-il, ne vaut rien ; jugez des autres ! Ceux-ci sont fabriqués avec de mauvais vins frelatés avec de l'acide chlorhydrique et de l'acide sulfurique et rendus amers avec des plantes avariées.

O tempora! o mores! Ce ne sont pas les prophéties qui nous manquent cependant. Oui, sans doute ; mais le mal qu'ils prophétisent est leur seule raison d'être ; ils disent, au nom de la science, ce que les sociétés protectrices disent d'une autre façon ; chacun donne sa note dans cette cacophonie des passions humaines ; mais leur parole est-elle douée de quelque vertu médicinale à l'endroit de l'abus des boissons ; *That it is question.*

HOPITAL COCHIN. — M. Després.

Abcès rétro-pharyngien, adénite rétro-pharyngienne.

(Observation recueillie par M. Viollet, interne du service.)

Ernest B..., âgé de seize ans, entre à l'hôpital Cochin le 4 février 1873. Ce jeune homme a tout l'extérieur d'un scrofuleux et accuse dans son enfance plusieurs maux d'yeux, quelques éruptions nasales et des maux de gorge. Il a eu des convulsions, dont il lui est resté une contracture du bras gauche.

Actuellement il se plaint d'avoir dans la gorge une grosseur qui le gêne pour respirer. En effet, sa respiration est pénible et bruyante, elle ressemble presque à du cornage ; pendant la nuit, ce bruit respiratoire augmente et empêche ses voisins de dormir. La voix est nasonnée et éteinte, la déglutition difficile ; il existe en outre à la gorge une sensation de constriction et de corps étranger très-prononcée.

L'examen du larynx permet de voir à droite, derrière le pilier postérieur de l'isthme du gosier, une tumeur allongée, ovoïde, de la grosseur d'un petit œuf et sans changement de coloration de la muqueuse. Au toucher, cette tumeur est à peu près indolente, molle et fluctuante. Elle comprime le larynx et oblitère l'œsophage, aussi il est facile de se rendre compte des troubles fonctionnels que présente le malade.

A l'extérieur, au niveau de l'angle de la mâchoire et à droite seulement, il existe deux petits ganglions durs ; un peu de gonflement accuse la tumeur pharyngienne.

Le malade est sans trace de fièvre.

Le début de cette affection ne date que d'un mois ; c'est d'abord la voix, qui est devenue nasonnée, puis s'est ensuite manifestée la sensation de corps étrangers dans la gorge, la dyspnée et la dysphagie ont suivi, il n'y a jamais eu de phénomènes fébriles marqués, aucune trace de douleurs osseuses du côté des vertèbres.

M. Després porta le diagnostic : adénite chronique suppurée, survenue sous l'influence antérieure de la scrofule, et abcès rétro-pharyngien consécutif.

Cet abcès ne pouvait être un abcès aigu, vu son indolence et l'absence de tout phénomène fébrile.

Ce n'était point un abcès par congestion, car il n'existait aucun point douloureux sur le squelette. Au contraire, l'engorgement des ganglions sur la partie latérale droite du cou, la marche de l'affection, paraissait bien confirmer le diagnostic d'adénite chronique.

5 février. — A l'aide d'un long trocart, M. Després ouvre la tumeur vers sa partie inférieure ; il s'écoule par la canule une assez grande quantité de pus bien lié (la valeur d'un verre à bordeaux). La piqûre du trocart est ensuite agrandie au moyen d'un bistouri boutonné. Soulagement immédiat du malade.

6 février. — La respiration n'est plus bruyante, elle s'effectue normalement, le cornage a disparu et ne gêne plus ses voisins ; la voix est bien moins nasonnée. Le malade se lève.

8 février. — Le pus s'écoule parfaitement ; on le voit soudre de l'incision lorsqu'on abaisse la langue du malade. Presque plus de saillie dans le pharynx.

10 février. — La suppuration diminue notablement, plus que quelques crachats purulents. La voix, la respiration, la déglutition, sont revenues à l'état normal.

13 février. — Les ganglions extérieurs paraissent avoir diminué de volume ; la plaie est presque entièrement cicatrisée, et il reste une légère induration à son niveau.

16 février. — Le malade sort guéri. Aucun pansement ne lui avait été fait, l'atmosphère humide de la bouche suffisait au pansement, comme elle suffit pour les plaies des alvéoles après l'arrachement des dents.

Ce malade, qui a fait l'objet d'une leçon clinique de M. Després, a été l'occasion des réflexions suivantes :

Au point de vue du diagnostic, aucune hésitation n'était possible; une tumeur franchement fluctuante développée en un mois, sans réaction inflammatoire chez un sujet ayant eu des maux d'yeux et des maux de gorge, coïncidant avec des engorgements des ganglions du cou, tous ces signes indiquaient de la manière la plus nette une adénite rétro-pharyngienne suppurée, analogue aux adénites chroniques suppurées sous-cutanées si fréquentes chez les enfants lymphatiques.

Eu égard à la nature de la lésion primitive, M. Després n'hésita pas à rattacher l'origine du mal à une adénite, et la suite de la maladie l'a prouvé, puisque dans l'espace de quinze jours la guérison a eu lieu. Le siége de la tumeur, *un peu sur le côté* de la ligne médiane, était une des raisons cliniques qui déterminent le plus à admettre cette origine. Les faits d'adénite post-pharyngienne ne sont pas entièrement nouveaux, car M. Verneuil, en 1863 (1) en a parlé; il disait les avoir observés chez les syphilitiques, et les dénommait bubon post-pharyngien. M. Gillette, dans sa thèse inaugurale sur les abcès post-pharyngiens (2), a bien établi la possibilité d'abcès de cette sorte; mais il n'y a jusqu'ici aucune observation d'adénite chronique simple rétro-pharyngienne diagnostiquée sur le vivant, sur les trente-quatre observations réunies dans la thèse de M. Gillette. Mais M. Marjolin a plusieurs fois répété à la Société de chirurgie qu'il avait observé des masses ganglionnaires strumeuses à la partie postérieure du pharynx, et que si le diagnostic avait été incertain, l'autopsie avait réellement montré que des ganglions strumeux existaient à la partie postérieure du pharynx. Le premier fait publié d'adénite rétro-pharyngienne remonte donc à M. Marjolin (3).

Les abcès rétro-pharyngiens, limités durant un certain temps lorsqu'ils ne sont pas des abcès par congestion, ne peuvent être que des adénites, où le pus est enkysté; car les abcès qui siégent dans le tissu cellulaire ne sont jamais limités, ils fusent dans la poitrine et tuent quelquefois les malades avant que le pus ait pu être reconnu ou soupçonné.

Le traitement appliqué ici s'inspirait de deux indications : évacuer tout le pus, mais empêcher le malade d'être asphyxié par le pus au moment de l'ouverture de l'abcès. L'abcès a été vidé en deux temps, la plus grande partie du pus a été évacuée avec un trocart, ce qui a empêché le pus de tomber sur le larynx; puis, lorsque la tumeur a été affaissée, l'ouverture faite par le trocart a été agrandie pour permettre l'écoulement régulier du pus pendant le temps nécessaire pour la guérison de l'abcès.

CAS CURIEUX DE DÉLIRE DES PERSÉCUTIONS

La mère et la fille.

Par M. le docteur E. Geoffroy (de la Fère).

Dans le numéro du 7 décembre dernier de la *Gazette des Hôpitaux*, une observation très-curieuse de délire des persécutions est rapportée par M. le docteur Legrand du Saulle. Ce savant aliéniste la fait suivre de quelques réflexions très-justes et très-vraies. En effet, dans presque tous ces cas de délire des persécutions communiqués à un ou plusieurs membres d'une même famille, il y a toujours deux espèces d'individus : l'un, le persécuté actif, marchant généralement vers l'incurabilité ; l'autre, le persécuté passif, guérissant presque toujours, lorsqu'il est isolé.

Cette dernière observation me rappelle un fait absolument semblable, que j'ai suivi, alors que j'étais élève du savant M. Baillarger, à la Salpêtrière. Je le livre à la publicité pour qu'il vienne grossir le recueil de tous ces cas d'aliénation mentale, peut-être plus fréquents qu'on ne croit, et encore trop peu connus.

Il s'agit ici de la mère et de la fille.

La nommée Camille X..., âgée de trente ans, couturière, entre à la Salpêtrière (service de M. Baillarger), le 14 décembre 1854, avec un certificat de police ainsi conçu : « Délire des persécutions communiqué par sa mère, dont elle a adopté toutes les idées déraisonnantes. — Très-grande faiblesse d'intelligence. » Cette fille n'a pas d'autre antécédent héréditaire, sous le rapport de la folie, que sa mère, qui est également à la Salpêtrière (service de M. Trélat), et dont nous donnerons plus loin l'état mental, et un jeune frère qui, paraît-il, est en proie aux mêmes idées délirantes, et sur lequel nous n'avons pu obtenir aucun renseignement.

Toujours bien portante, et ayant jusque-là une menstruation régulière, Camille X... n'avait rien présenté d'extraordinaire dans ses actes ou ses paroles jusque il y a trois ans. Depuis cette époque, elle est poursuivie par des individus, qui se sauvent aussitôt qu'on les regarde ; ils ne lui ont jamais fait de mal et ne lui parlent pas ; cependant ce sont de mauvais sujets. Malgré plusieurs changements de domicile, elle a été toujours poursuivie ; elle prétend que tous les boutiquiers mettent du poison dans tout ce que sa mère ou elle achètent. Ce sont des mains invisibles qui le versent ; elle aime mieux mourir par elle-même que par trahison, et une telle vie lui est insupportable. Ici, elle n'a pas peur, et pense que la police la protégera. Sa mère et elle ne travaillent plus depuis longtemps, parce qu'elles ne veulent pas ouvrir leur porte. Elles ont dû vendre tous leurs effets pour vivre, et depuis huit jours, elles sont dans la plus grande misère.

Examinée attentivement et à plusieurs reprises, on reconnait qu'elle raisonne encore assez bien sur tout ce qui ne touche pas à ses idées fixes, et qu'enfin elle n'a pas d'hallucinations proprement dites.

Voici maintenant le résultat de l'examen de la mère, entrée le même jour dans le service de M. Trélat.

Mme X... s'exprime sans embarras, avec précision, et s'étonne d'être amenée ici, ajoutant qu'il doit y avoir méprise à son égard. Elle avoue cependant, en la pressant de questions, « que des individus la poursuivaient sans qu'elle sût pourquoi. Les personnes qui la suivaient ainsi étaient des claqueurs, qui voulaient probablement lui faire peur, ou des gens de mauvaise vie. Quand elle allait porter son ouvrage (elle est également couturière), c'est à remarquer combien elle était tourmentée. Toujours, elle était entourée d'eau-forte. Un jour, un individu lui a versé une bouteille dans le cou, et ses effets ont été tachés et ont changé de couleur. Cet individu ne lui a pas parlé, il est vrai, mais il regardait des passants qui se promenaient plus loin. Une autre fois, ses bas ont été détruits par l'eau forte. Un autre jour, elle s'aperçut que son café avait une odeur détestable, et elle l'a jeté ; elle a dit alors à sa fille que ces gens-là devraient plutôt se mettre empoisonneurs. »

Mme X... n'a également aucune hallucination, ni aucun antécédent héréditaire dans sa famille.

Ces deux femmes firent un long séjour à la Salpêtrière, sans jamais se voir, ni communiquer entre elles. Enfin, après plusieurs alternatives de trouble mental, Camille X... sortit parfaitement guérie au mois de juin de l'année 1860, reconnaissant alors qu'elle avait été malade, et s'étonnant qu'elle ait pu croire aussi longtemps aux idées de persécutions de sa mère. Insensiblement, elle y avait ajouté foi, et s'était fatalement laissé entraîner dans le même cercle délirant.

(1) Verneuil, *Bull. Soc. de chir.*, p. 200 et 207.
(2) Gillette, *Abcès rétro-pharyngiens*, thèse de Paris, 1867.
(3) Marjolin, *Bull. Soc. de chir.*, 1861, p. 247.

Quant à la mère, elle était encore à la Salpêtrière à la fin de cette même année, et son état mental paraissait plutôt devenir incurable et marcher vers la démence.

Ce nouveau fait vient en tous points corroborer les idées de M. le docteur Legrand du Saulle sur le délire des persécutions communiqué.

ÉTUDE SUR LES SELS ARSENICO-FERRIQUES DE LA DOMINIQUE (1)

Par M. le docteur M. DURAND.

III

Étudions maintenant les éléments principaux dont sont constitués les dépôts de la source Dominique, dépôts que nous savons, d'après l'analyse si remarquable de M. Lebaigue, contenir de la chaux, de l'alumine, du quartz micacé, des acides sulfurique et phosphorique, mais surtout du fer et de l'arsenic.

Il y a à peine une trentaine d'années que la présence de l'arsenic a été reconnue dans certaines eaux minérales, et notamment dans les boues de ces sources. Dans un mémoire, publié à la fin du dix-septième siècle, par Robert Boyle, on lit bien le passage suivant :

« L'arsenic peut aussi se rencontrer dans les eaux minérales, ce qui n'est pas étonnant, car ce corps existe abondamment dans l'intérieur de la terre d'où jaillissent ces eaux. Il est très-difficile de constater sa présence, car il n'est que faiblement soluble dans l'eau (2)... »

Mais l'assertion de Robert Boyle ne fut alors considérée que comme une simple hypothèse dont les faits ne vinrent démontrer l'exactitude que beaucoup plus tard, c'est-à-dire à une époque plus rapprochée de nous, en 1839.

Ce fut, en effet, en cette année que M. Tripier, pharmacien principal des armées, adressa à l'Académie des sciences un mémoire dans lequel il faisait connaître que les dépôts de la source d'Hamman-Mez-Koutin, située en Algérie, contenait non-seulement de la chaux et de la magnésie, comme on l'avait cru jusqu'alors, mais encore de l'acide arsénieux (3). Ce fait d'une si haute importance au point de vue thérapeutique, ne rencontra que des incrédules auxquels, du reste, MM. Ossian Henry et Chevallier vinrent donner raison, l'examen chimique auquel ces deux savants avaient soumis les boues provenant des eaux d'Hamman-Mez-Koutin ne leur ayant fourni aucune trace d'arsenic (4).

M. Tripier ne se découragea point; il adressa à l'Académie plusieurs notes successives dans lesquelles il relatait les procédés d'analyse auxquels il avait eu recours (5). Enfin, en 1845, — six ans plus tard !! — de nouvelles eaux et de nouveaux dépôts d'Hamman-Mez-Koutin parvinrent à MM. Ossian Henri et Chevallier; les deux chimistes de l'Académie se remirent à l'œuvre, et, cette fois, leurs recherches confirmèrent les résultats obtenus, dès 1839, par M. Tripier (6).

Aussitôt que la découverte de M. Tripier ne put être contestée, elle fit son chemin; les analyses se multiplièrent, et l'on ne tarda pas à reconnaître qu'un certain nombre de sources étaient arsenicales; et cependant il y eut alors des médecins qui craignirent de révéler ce fait, parce qu'il y aurait à redouter, disaient-ils, que sa connaissance ne devînt un sujet de crainte pour les malades et une cause de ruine pour les eaux (1).

On ne suivit pas ce conseil et l'on s'en est parfaitement trouvé.

N'est-ce pas, en effet, à l'arsenic que certaines eaux minérales doivent leurs admirables propriétés curatives? Cette opinion était celle de l'illustre Thenard : « On ne saurait mettre en doute, a-t-il dit en parlant de ces eaux, que ce ne soit à la présence de cette substance (l'arsenic) que doit être attribuée leur puissante action sur l'économie animale. »

L'état dans lequel se rencontre l'arsenic dans les eaux minérales a été fort controversé; les uns l'ont inscrit dans leurs analyses, tantôt à l'état d'acide arsénieux, tantôt à l'état d'acide arsénique combiné avec la soude, la chaux et l'oxyde de fer. Il ne nous appartient pas de résoudre cette question, et, avec Thenard, nous nous bornerons à dire que nous pensons que, dans les eaux, l'arsenic produit de l'arséniate de soude. Après l'évaporation spontanée du liquide qui le tient en dissolution, cet arséniate se combine avec l'oxyde de fer et il se forme de l'arséniate de sesquioxyde de fer. Les analyses de M. Lebaigue démontrent que les choses se passent ainsi dans les résidus de la source Dominique.

(1) Suite. — Voir les numéros du 18 janvier et du 18 février 1873.

(2) Mémoire contenant l'histoire de quelques expériences sur les eaux minérales (en anglais), publié par Samuel Smith. 1856.

(3) *Comptes rendus de l'Académie des sciences*, février 1839.

(4) *Notice historique sur la découverte de l'arsenic dans les eaux minérales*, par A. Chevallier, p. 5 et 6. 1855.

(5) De l'existence d'un principe arsenical, etc. *Journal de chimie médicale*, août 1845.

(6) *Notice historique* (*loc. cit.*), p. 6.

(1) *Bulletin de l'Académie de médecine*, t. XX, p. 471.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Séance du 2 août 1872. — Présidence de M. CHAUSIT.

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

CORRESPONDANCE

La correspondance écrite comprend une lettre de M. le préfet de la Seine qui accuse réception de la lettre par laquelle la Société annonçait qu'elle croyait devoir cesser tout rapport avec l'administration préfectorale.

La correspondance imprimée comprend le *Marseille médical* de juillet 1872.

Notre collègue M. le docteur Boinet fait hommage à la Société d'une brochure sur son service chirurgical à la Société française de secours aux blessés militaires des armées de terre et de mer pendant le siége de Paris.

ÉLECTION

On vote sur la candidature de M. le docteur Reliquet au titre de membre titulaire.

M. Reliquet ayant obtenu la majorité des suffrages, est nommé membre titulaire de la Société de médecine de Paris.

Pour le titre de membre correspondant, M. le docteur Sentex obtient l'unanimité des membres présents et est nommé membre correspondant de la Société de médecine de Paris.

COMMUNICATION

Inconvénients des voyages immédiatement après le mariage. — M. GALLARD. On voit souvent, la métrite et surtout la métrite interne se développer peu de temps après le mariage, et c'est ce qui a fait accuser les excès de coït, dont l'action ne saurait être douteuse puisque Parent Duchâtelet a constaté la très-grande fréquence des métrorrhagies chez les filles publiques. Mais

je me demande si, dans tous ces cas la véritable cause ne serait pas plutôt une série d'avortements répétés, survenus peu de temps après la conception et provoqués alors par la répétition de l'acte vénérien, ou par toute autre cause agissant de la même façon.

Je ne m'explique pas autrement la production de la plupart des métrites internes qui surviennent au début d'un assez grand nombre d'unions conjugales. Je crois que le plus souvent il y a eu alors conception, suivie d'un avortement très-précoce, que j'attribue moins à l'abus du coït qu'à l'habitude, si fort à la mode aujourd'hui, du voyage de noces. La jeune femme qui, au moment de la conception, a éprouvé des sensations fort inconnues pour elle, ne soupçonne pas l'état dans lequel elle se trouve. Pendant le cours du voyage, quelquefois à la suite d'une excursion plus ou moins fatigante, elle voit apparaître ses règles. Sont-elles en retard ou en avance? Elle songe à peine à le remarquer. Leur abondance même, plus grande peut-être que d'habitude, n'attire pas son attention ou lui paraît justifiée par son état nouveau. Du repos, des soins hygiéniques qu'elle avait l'habitude de prendre à cette époque, il est à peine question. Le voyage continue. Les fatigues se succèdent; une nouvelle époque, ou peut-être un nouvel avortement, se produit, et au bout de quelques mois, la nouvelle mariée, partie bien portante, revient épuisée, endolorie, toute désolée de rester inféconde, alors que l'état dans lequel elle se trouve est la conséquence d'une ou de plusieurs conceptions ayant mal abouti, plutôt que d'une stérilité véritable.

La Société se forme en comité secret pour entendre la lecture d'un rapport du conseil de famille.

La séance est levée à cinq heures et demie.

Le secrétaire annuel : AD. TISSIER.

Séance du 16 août 1872. — Présidence de M. LUNIER, vice-président.

La Société se réunit dans le local de l'Association des médecins de France, rue d'Aumale, 7, local que M. le secrétaire général de l'Association a bien voulu mettre à la disposition de la Société de médecine de Paris.

Le rapport de la séance du 2 août n'ayant pu être rédigé dans son ensemble, il n'est donné lecture que de la partie relative à la correspondance et aux élections.

M. GALLARD propose de faire imprimer dans un fascicule spécial tout le dossier relatif aux différends de la Société avec l'administration préfectorale. Toutes les lettres échangées entre la Société et la préfecture, tous les rapports qui ont été faits trouveraient place dans ce fascicule.

MM. Collineau et Voisin appuient la proposition de M. Gallard.

M. LUNIER demande que ce fascicule soit rédigé par l'ancienne commission à laquelle seraient adjoints MM. Gallard et Gillebert d'Hercourt.

Cette proposition est adoptée.

M. LE PRÉSIDENT donne lecture d'une lettre de M. Worms, qui donne sa démission de membre de la Société.

La démission de M. Worms est acceptée à l'unanimité des membres présents.

M. RELIQUET, élu membre titulaire dans la dernière séance, remercie la Société d'avoir bien voulu l'admettre dans son sein.

La séance est levée à cinq heures.

Le secrétaire annuel : AD. TISSIER.

Séance du 4 octobre 1872. — Présidence de M. LUNIER, vice-président.

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

Cette séance, entièrement occupée par la discussion sur la révision des attributions du conseil de famille, sera transcrite dans le registre des huis clos de la Société.

Une commission, composée de MM. Peter, Boinet, Delpeuch, Perrin et Motet, rapporteur, est chargée d'étudier la question et de présenter à la Société des conclusions.

M. LE PRÉSIDENT annonce à la Société qu'un de ses membres, M. le docteur Tissier, vient d'être nommé chevalier de la Légion d'honneur.

La séance est levée à six heures un quart.

Le secrétaire annuel : Dr ONIMUS.

Séance du 25 octobre 1872. — Présidence de M. LUNIER, vice-président.

Le procès-verbal de la séance précédente est lu et adopté.

A propos du procès-verbal, M. Lunier et M. Forget font remarquer qu'ils ont, dans tout le cours de la discussion, adopté la proposition de M. Boinet, demandant la nomination d'une commission.

M. FORGET demande que le procès-verbal mentionne qu'il a été donné lecture de la lettre de démission de M. Gros.

M. MOTET, au nom de la commission nommée dans la séance précédente, lit le rapport sur les révisions à apporter au règlement relativement au conseil de famille.

La commission propose les deux solutions suivantes :

La première, supprimant le conseil de famille, réserve à la Société le soin de demander des explications, de formuler un blâme, de prononcer l'exclusion d'un membre qui aurait démérité. Le conseil d'administration instruit préalablement l'affaire; le secrétaire général rédige un rapport, sur les conclusions duquel la Société, réunie en comité secret, délibère et se prononce.

La seconde constitue le conseil de famille, détermine le nombre des sociétaires qui en feront partie, définit leurs pouvoirs, les délimite nettement, et laisse, dans le cas d'exclusion, le soin à la Société de se prononcer.

Ces propositions sont, après une discussion très-courte, mises aux voix, et la première est adoptée à l'unanimité.

CORRESPONDANCE

La correspondance comprend : un Mémoire de M. Gillette sur les os sésamoïdes, et une lettre de M. Boys de Loury, demandant le titre de membre honoraire. Séance tenante, sur la proposition de M. Forget, ce titre est conféré unanimement à M. Boys de Loury.

M. CHARRIER relate l'observation d'un cas de vaginisme traité par la dilatation forcée. Il s'agit d'une jeune femme de vingt-trois ans, bien constituée, réglée à quinze ans, et dont la santé a toujours été bonne jusqu'à son mariage.

Les premières approches furent un peu douloureuses, et la douleur alla toujours en augmentant, de telle sorte que les rapports conjugaux devinrent impossibles. M. Blachez tenta un traitement par les opiacés, la belladone, les grands bains, mais ce fut sans résultats. Alors, il appela M. Charrier en consultation, qui trouva la malade dans l'état suivant :

L'introduction du petit doigt est douloureuse, presque impossible. La vulve est rouge, et il existe un peu d'écoulement. Derrière les caroncules enflammées, on sent l'anneau du constricteur dur, tendu, résistant.

Après avoir chloroformé la malade, M. Charrier introduisit le spéculum à polype, dont l'écartement peut être considérable, et par deux fois il l'ouvrit le plus possible et sentit alors le sphincter se déchirer. Il s'écoula une grande quantité de sang, et on mit à demeure une grosse mèche belladonée; puis, les jours suivants, de l'éponge préparée.

Cette opération a été faite au mois de février, et, depuis cette époque, la guérison ne s'est pas démentie.

M. Charrier rapporte cette observation, non parce qu'elle ren-

ferme des faits nouveaux, mais parce que, dans cette Société même, on avait émis des doutes sur la guérison possible des cas de vaginisme par la dilatation forcée à l'aide du spéculum.

M. BOINET fait observer que l'on peut remplacer le spéculum par de grandes mèches de charpie, comme cela a été déjà fait depuis longtemps. Il a, au moyen du spéculum, opéré plusieurs cas de vaginisme. Le vaginisme est toujours accompagné d'une irritation vulvaire; il y a une inflammation circonscrite autour des petites lèvres, et qui peut être la cause de la contracture des muscles.

M. PERRIN trouve que la dilatation forcée est un moyen très-douloureux et qui n'est pas toujours suivi de succès. L'inflammation de la vulve n'est pas constante; la cause réelle de la contracture est l'hyperesthésie vulvaire, et il faut, dans cette affection, faire jouer à l'état névrosique de l'anneau le rôle le plus considérable.

M. FORGET demande si, dans le cas rapporté par M. Charrier, la femme était déflorée, car il a souvent observé des cas de vaginisme par suite d'un hymen trop résistant. Il suffit alors de couper l'hymen.

M. CHARRIER. L'hymen éait rompu, mais on trouvait, derrière les caroncules, un anneau très-résistant. Cette malade avait également une vaginite, mais qui diffère un peu de la vaginite ordinaire.

M. RELIQUET. Au lieu du spéculum, on peut employer la dilatation par les doigts. Il a vu plusieurs de ces phénomènes être accompagnés de miction douloureuse et de spasmes de l'urèthre.

M. BOINET a observé des cas dans lesquels l'irritation retentit sur la vessie. Chez une femme ayant une fissure à l'anus, il survint de la rétention d'urine. Il était en même temps impossible de la sonder; car, chaque fois que la sonde touchait le méat, il y avait une très-grande douleur, et même une attaque de nerfs si on insistait un peu plus. Mais dès que l'opération de la fissure de l'anus fut pratiquée, tous les symptômes disparurent, ainsi que les douleurs dans la vessie, dans l'urèthre et dans les ovaires.

M. DE RANSE cite deux faits où l'introduction de spéculums métalliques provoquait des spasmes, tandis que des spéculums en bois ne déterminaient aucun spasme.

M. PETER fait observer qu'il serait préférable d'appeler vulvisme l'affection désignée sous le nom de vaginisme, car elle est le résultat d'une action réflexe, et elle est produite évidemment par un phénomène d'hyperesthésie. C'est une loi générale et qui se rencontre partout où à l'ouverture d'un organe il y a des muscles sphincters; qu'à une irritation plus ou moins vive succède aussitôt la contraction des muscles. C'est ce qu'on observe pour la pupille, pour la gorge, en un mot pour tous les organes doués de sphincter. Dans le vulvisme, c'est le même mécanisme qui se réduit à une action réflexe sur place.

M. VOISIN rapporte un cas où il existait un spasme vésical très-manifeste en dehors de toute maladie locale, mais pendant le cours d'une maladie spinale. Chez une femme atteinte de parésie des membres inférieurs et supérieurs et d'hyperesthésie générale, la moindre goutte d'urine qui passait par le canal uréthral déterminait des douleurs très-vives; les rapprochements sexuels étaient très-douloureux également. Des injections de morphine firent disparaître l'hyperesthésie cutanée et la douleur en ceinture, mais ne purent calmer l'hyperesthésie de la vessie. Celle-ci fut guérie par le bromure de potassium à faible dose, reparut dès qu'on cessa l'emploi de ce médicament, et disparut de nouveau lorsque le bromure de potassium fut de nouveau administré.

M. ONIMUS fait observer que les spasmes de la vessie existent dans beaucoup d'affections spinales, et que c'est un symptôme presque constant au début de l'ataxie locomotrice.

La séance est levée à six heures mois un quart.

Le secrétaire annuel : ONIMUS.

VARIÉTÉS

—

I. **Nouveaux éléments de physiologie humaine**, par WUNDT, professeur à l'université d'Heidelberg, traduit par BOUCHARD, ancien agrégé à la Faculté de Strasbourg (1).

II. **De la température dans les maladies**, par WUNDERLICH, professeur à l'Université de Leipzig, traduit par F. LABADIE-LAGRAVE, interne lauréat des hôpitaux de Paris, avec une introduction par M. JACCOUD.

II

Tout autre est le livre de M. Wunderlich. A l'auscultation, à la percussion, il a ajouté un autre moyen, c'est la thermoscopie. Il l'a érigée en méthode, servant à la fois au diagnostic, au pronostic et au traitement : — au diagnostic, en ce que tout écart brusque de température permet de conclure à l'existence d'un dérangement, d'un trouble morbide quelconque; — à la marche et au pronostic, en ce que l'examen thermoscopique indique, avec autant d'exactitude que de précision, les écarts survenus dans la marche régulière de la maladie; en ce que les modalités de la température, dans le cours d'une maladie, en font connaître aussi les recrudescences ou les amendements et marquent la transition d'un stade morbide à un autre; — à la thérapeutique, en ce que la thermoscopie peut appeler l'attention sur les influences nocives qui pourraient avoir agi sur les malades dans le cours de la maladie et qu'elle peut fournir d'excellentes indications thérapeutiques.

Mais est-ce à dire qu'une fois armé de son petit thermomètre, le médecin ne sera plus qu'un simple enregistreur; qu'il se trouvera, grâce aux indications thermoscopiques, à l'abri des erreurs de diagnostic; que son instrument lui dira ce qu'il faut faire, ce qu'il faut éviter, ce qu'il faut prédire? Non; ce serait vraiment trop simple et trop heureux. Wunderlich nous semble avoir un peu exagéré les services de la thermoscopie, services incontestables, il faut le reconnaître. Il nous fait l'historique de la thermoscopie clinique; partant de la température physiologique, il en étudie les modifications pathologiques, selon que les maladies sont *typiques*, comme le typhus, la variole, la rougeole, la pneumonie, etc., ou *atypiques*, comme la diphthérite, la péritonite, etc., selon qu'elles sont *monotypiques* ou *polytypiques*. Puis après avoir signalé la fluctuation quotidienne de la température pathologique, il passe au cycle thermique des maladies fébriles et à l'état thermométrique des différentes maladies.

Il y a plus d'honnêteté chez Wunderlich que chez Wundt; son livre est une monographie, et les monographies étrangères nous sont plus utiles que les traités généraux; elles ont un but plus pratique.

Traduit de l'allemand par M. Labadie-Lagrave, ce livre est précédé d'une préface de M. Jaccoud, grand partisan et ami déclaré des idées allemandes.

Si nos voisins sont incorrigibles dans leurs instincts rapaces, nous le sommes vraiment aussi dans la facilité avec laquelle nous acceptons ce qui nous vient de l'étranger. Qu'une idée, qu'une découverte ait pris naissance sur le sol français, il faut, de la part de l'inventeur, des efforts inouïs, une notoriété incontestable, une tribune dans les hôpitaux ou une chaire à la Faculté pour la faire accepter. Mais que l'inventeur soit un modeste praticien, sa découverte est lettre morte. Et voilà ce qui est arrivé pour la thermoscopie. Il y a plus de vingt-cinq ans que M. de Robert de Latour emploie dans sa clientèle privée le petit thermomètre de poche. Des brochures, des articles de journaux en font foi (2); et cependant non-seulement Wunderlich ne cite pas M. de Robert de Latour, mais il ne fait même aucune mention de ses travaux : il se contente de

(1) Fin. — Voir le numéro du 13 mars 1873.

(2) ROBERT DE LATOUR. *De la chaleur animale comme principe de l'inflammation.* Paris, 1853. — Voir aussi *Union médicale*, 13, 15 février 1862.

renvoyer tout l'honneur de la thermoscopie à Baerensprung et à Traube.

Comme le disait M. Bouchut, ces Allemands nous prennent notre linge, le démarquent et nous le renvoient, intimement convaincus que nous le reconnaîtrons pas.

A part ce larcin ou cet oubli, le livre de Wunderlich est appelé à prendre dans nos bibliothèques classiques une place qui était vacante.

En France et à Paris surtout, nos professeurs sont trop absorbés par la clientèle de la ville. Comme leurs collègues de l'Ecole de droit, ils devraient se borner aux consultations, s'interdire la clientèle privée et se bien convaincre de cette pensée que *le professorat est un but et non un moyen.* Ils pourraient alors consacrer à la science et à leur enseignement un temps précieux absorbé par les malades de la ville, et il y aurait encore de beaux jours pour la Faculté de Paris.

A. CORLIEU.

THÈSES

SOUTENUES A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

PENDANT L'ANNÉE 1873.

8. Bruant. Considérations sur quelques cas d'ostéo-périostite à la suite d'infection purulente et de fièvres graves.
9. Bertier. Des eaux minérales de la Savoie, contribution à l'étude de leurs propriétés physiologiques et thérapeutiques.
10. Carbonnel. De la mortalité actuelle au Sénégal et particulièrement à Saint-Louis.
11. Picard. Étude clinique de l'ulcère variqueux et de ses divers traitements.
12. Okinczyc. Tubercules des testicules.
13. Castiaux. Documents pour servir à l'étude de la méthode aspiratrice.
14. Treille. Les tumeurs de l'ovaire considérées dans leurs rapports avec l'obstétrique, c'est-à-dire au point de vue de la conception, de la grossesse, de l'accouchement et de la puerpéralité.
15. Vinay. De l'emploi du ballon à air dans les accouchements.
16. Mion. Des moyens externes de traitement dans la fièvre intermittente.
17. Pinguet. Des rétrécissements du rectum. Appréciation des diverses méthodes thérapeutiques.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Faculté de médecine de Nancy. — Sont nommés : 1° Aides de cliniques, MM. Stœber, Hergott et de Cherbert;

2° Aide de botanique et de pharmacologie, M. Lemaire;

3° Préparateur du cours de physique, M. Arnold;

4° Aide-bibliothécaire, M. Biéchy;

5° Aide d'anatomie normale et de médecine opératoire, M. Rouyer;

6° Aide d'anatomie pathologique et de micrographie, M. Bancel.

— *Faculté des sciences de Dijon.* — M. Bellier est nommé préparateur de chimie, en remplacement de M. Chenot, démissionnaire.

— *Errata.* — Page 245, dernier alinéa, *au lieu de* « même sans les conditions, » *lire* « dans... »

Page 246, avant-dernier alinéa, *au lieu de* « la rectotomie est un moyen de traitement, c'est toujours pour des coarctations excessives et peu admissibles, » *lire* « au moyen de traitement excessif et peu admissible, c'est toujours pour des coarctations du rectum avec fistule, etc. »

Même page, 2e colonne, *au lieu de* « naturellement rétrécie, » *lire* « notablement... »

Page 242, 1re colonne, 25e ligne, il est dit « qu'on avait constaté dans le sang d'une malade 5 grammes pour 100 d'urée, » c'est « 5 centigrammes pour 100 d'urée qu'il faut lire.

— Clientèle médicale à céder à cinq lieues de Paris.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Anatomie descriptive et dissection, contenant un Précis d'embryologie, la structure microscopique des organes et celle des tissus, par le docteur FORT, ancien interne des hôpitaux, professeur d'anatomie à l'École pratique. 2e édition, considérablement augmentée. 3 vol. in-12, avec 662 fig. intercalées dans le texte. — Prix : 25 fr. *franco*.

L'Étudiant micrographe, traité pratique du microscope et des préparations, par ARTHUR CHEVALIER, O. ✵, 1 vol. de 600 pages, 600 figures : 7 fr. 50. — Delahaye, place de l'École-de-Médecine. — Catalogue illustré des microscopes, gratis, chez Arthur Chevalier, Palais-Royal.

De la propylamine et de la trymétbylamine, par M. le docteur DUJARDIN-BEAUMETZ. — Une brochure in-8°. Prix : 0,75. — Paris, 1873, Germer Baillière.

Thèses soutenues à la Faculté de médecine de Paris. A. Coccoz, libraire, rue de l'École-de-Médecine, n° 30.

Le Directeur : Dr E. LE SOURD.

Paris. — Typographie A. POUGIN, quai Voltaire, 13.

Eaux minérales de Vals acidules.

Gazeuses, Bicarbonatées, Sodiques, analysées par. O. Henri.

Thermalit 13°	Saint-Jean	Rigolette	Précieuse	Désirée	Magdeleine
Acide carbonique libre...	1.425	2.095	2.218	2.145	2.050
Bicarbonate de soude....	1.480	5.800	5.940	6.040	6.280
— de potasse...	0.040	0.263	0.230	0.263	0.255
— de chaux....	0.310	0.259	0.630	0.571	0.520
— de magnésie.	0.120		0.750	0.900	0.672
— fer et mang.	0.006	0.024	0.010	0.010	0.029
Chlorure de sodium......	0.060	1.200	1.080	1.100	0.169
Sulfate de soude et chaux.	0.054	0.220	1.185	0.200	0.235
Silicate et silice, alumine..	0.080	0.060	0.060	0.058	0.097
Iodure alcal. arsenic lit..	indice	traces	indice	indice	traces
	2.151	7.826	8.885	9.142	9.248

Ces eaux sont *très-agréables* à boire à table, pures ou coupées avec du vin. Un excès d'acide carbonique et la proportion heureuse des bicarbonates calciques-magnésiens en font, malgré la plus riche minéralisation qui soit connue en France, des eaux *légères, douces*, essentiellement *digestives*. Dose ordinaire, une bouteille par jour. (*Indiquer autant que possible la source que l'on entend prescrire.*) *Emplois spéciaux* : SAINT-JEAN, maladie des organes digestifs ;—PRECIEUSE, maladies de l'appareil biliaire ; — DESIREE, maladies de l'appareil urinaire ; — RIGOLETTE, chlorose, anémie ; — MAGDELEINE, maladies de l'appareil sexuel.

SOURCE FERRO-ARSENICALE DE LA DOMINIQUE

Acide sulfurique libre		1.33
Silicate acide / Arséniate » / Phosphate » / Sulfate »	sesqui-oxyde de fer	0.44
— de chaux		
Chlorure de sodium		
Matières organiques		

Cette eau est arsenicale; elle n'a aucune analogie avec les précédentes. Fièvres intermittentes, cachexies, dyspnée, maladies de la peau, scrofule, maladies organiques, etc.

Les eaux de ces sources se transportent et se conservent sans altération ; elles se trouvent dans les principales pharmacies de France, au prix de 8,80 c. la bouteille en verre noir, revêtue d'une étiquette et coiffée d'une capsule en étain indiquant la source où elle a été puisée.

Apiol des docteurs Joret et Homolle

Médaille à l'Exposition univ. de Londres 1862.

Le commerce délivre sous le nom d'Apiol une liqueur verdâtre, d'une odeur térébinthacée. C'est une imitation très-infidèle de ce puissant emménagogue. Son emploi n'offre aucune des garanties d'efficacité que possède l'Apiol pur, préparé d'après les procédés des docteurs Joret et Homolle, le seul que de savants et consciencieux observateurs ont expérimenté dans les hôpitaux de Paris, le seul qui a été l'objet de rapports favorables.

L'*Apiol pur*, ainsi que le constate un rapport fait à la Société de pharmacie de Paris, *est un liquide huileux, de couleur ambrée, non volatil, plus dense que l'eau*... Toute préparation ne présentant pas ces caractères principaux ne saurait mériter la confiance du corps médical.

Exiger sur le flacon les cachets Joret et Pujol.
Dépôt général, pharm. Briant, 150, r. de Rivoli.

MALADIES DE LA GORGE
DE LA VOIX ET DE LA BOUCHE

Pastilles de Dethan au Chlorate de potasse recommandées contre les Maux de gorge, Enrouements, Angines, Aphthes, Scorbut, la Salivation mercurielle, les Ulcérations des amygdales, des gencives et de la langue. — A Paris, pharmacie Dethan, faubourg Saint-Denis, 90, et dans les principales villes de France et de l'étranger.

EXPOSITION DE 1867

La seule et unique Médaille pour la Pepsine, en récompense de la supériorité de fabrication constatée après expériences faites par les membres du Jury de l'Exposition 1867, MM. Felhing (de Stuttgart), Fritsche (de Saint-Pétersbourg), a été accordée exclusivement à la

Pepsine de Boudault, seul fabricant et fournisseur de la Pepsine dans les hôpitaux de Paris depuis 1854.

Quinze années de fabrication supérieure.

Elle est employée dans les *dyspepsies légères et rebelles, gastrites, gastralgies, dans les vomissements incoercibles de la grossesse, la lienterie des enfants, et autres affections des organes digestifs*, sous forme de vin, Elixir, Prises, Pastilles et Dragées. *Se méfier des contrefaçons.*

Pharmacie Hottot, 24, rue des Lombards, Paris.

EPILEPSIE
HYSTERIE — NEVROSES

Le Sirop de Henry Mure, **au bromure de potassium** (exempt d'iodure), dont l'usage est aujourd'hui universellement répandu, a déterminé un nombre considérable de guérisons publiées dans les recueils scientifiques.

Chaque cuillerée de Sirop de Henry Mure contient 2 grammes de **bromure de potassium** d'une pureté chimique irréprochable.

PRIX DU FLACON : 5 francs.

Vente au détail. — A Paris, 16, rue de Richelieu, pharmacie Lebrou.

Vente en gros. — S'adresser à M. Henry Mure, pharmacien, à Pont-Saint-Esprit (Gard).

MÉDAILLE D'**OR** ET PRIX DE **16,600** FRANCS

QUINA LAROCHE ÉLIXIR

tonique, reconstituant et fébrifuge

EXTRAIT COMPLET des 3 sortes de quinquina (rouge, jaune et gris). **Paris**, *rue Drouot*, 22, *et dans toutes les pharmacies.*

J. Laroche

HÉMATOSINE

De **TABOURIN**, chev. de la Légion d'honneur et **LEMAIRE**, chimiste.

FERRUGINEUX PHYSIOLOGIQUE, ASSIMILABLE

L'Hématosine assure une guérison complète et prompte de toutes les maladies causées par l'appauvrissement du sang.

Chlorose, anémie, scrofule, lymphatisme des enfants, leucorrhée (*flueurs blanches*), **aménorrhée, maigreur excessive, faiblesse générale, épuisement, convalescences longues et difficiles, etc., etc.**

L'Hématosine est parfaitement supportée par les estomacs les plus délicats ; elle ne constipe pas ; elle passe très-bien sans amener ni fatigue, ni dégoût, ni accidents d'aucune sorte.

Vente en gros chez DESNOIX et Cᵉ, 22, rue du Temple, à Paris. Au détail, chez tous les pharmˢ.

PILULES DE HOGG

1° *Pilules nutrimentives à la pepsine acidifiée*, dyspepsie, digestion difficile, diarrhée, vomissements, etc.

2° *Pilules à la pepsine unie au fer réduit par l'hydrogène*, en vue des maladies chroniques et des affections qui en dépendent (pertes blanches, pâles couleurs, menstruation difficile), et de fortifier les tempéraments débilités.

3° *Pilules à la pepsine unie au proto-iodure ferreux inaltérable*, en vue des maladies scrofuleuses, lymphatiques et syphilitiques, la phthisie, la cachexie chlorotique et les affections atoniques générales de l'économie.

On emploie la pepsine Boudault dans ces trois préparations.

Ces pilules ne se vendent qu'en flacons triangulaires chez HOGG, pharmacien-chimiste, rue Castiglione, 2, à Paris, et dans toutes les pharmacies. — Envoi *franco* par la poste.

BIÈRE FANTA
HYGIÉNIQUE ET NUTRITIVE

BUREAU DES COMMANDES : 18, *Boulevard des Italiens.*

La bière, bien fabriquée, est d'une influence utile sur le développement des systèmes musculaire et osseux ; elle a une grande valeur nutritive. Ces puissantes raisons l'ont fait conseiller par les médecins et les hygiénistes aux mères pendant la grossesse et aux nourrices pendant l'allaitement. Elle est préférable pour elles à toute autre boisson. Elle est très-utile aux convalescents. Les soins minutieux apportés dans le choix des substances et dans la fabrication de la **Bière Fanta**, et les succès obtenus par son usage journalier lui ont valu la préférence d'un grand nombre de médecins français et étrangers.

PANCRÉATINE DEFRESNE

ET LES PRODUITS QUI EN DÉRIVENT

EMPLOYÉS DANS LES HOPITAUX DE PARIS

(Voir le Mémoire présenté à l'Académie de médecine.)

La **Pancréatine Defresne** perd un tiers de sa force dans l'estomac, mais continue son action dans le duodenum en présence de la bile alcaline. Elle rend assimilable, 15 fois son poids de corps gras ; elle digère 50 fois son poids de fibrine ; 140 gr. d'empois ou 8,90 d'amidon.

ELLE RÉUSSIT BIEN DANS LES

DYSPEPSIES, GASTRITES, GASTRALGIES ET AUTRES AFFECTIONS DES ORGANES DIGESTIFS.

L'HUILE DE FOIE DE MORUE DEFRESNE

émulsionnée par la **Pancréatine**, est inappréciable dans les maladies de poitrine.

La Pancréatine, l'Huile de foie de morue pancréatique, l'Émulsion pancréatique, les Pilules, le Vin et l'Élixir pancréatiques, se trouvent à la pharmacie Defresne, rue des Lombards, 2 et 4, et dans toutes les autres pharmacies. — ON Y TROUVE AUSSI LE

GOUDRON DEFRESNE

Liqueur préparée physiologiquement à l'aide de l'acide cholique et ayant tout l'arome et toutes les propriétés du goudron.

PAPIER RIGOLLOT
POUR SINAPISMES

Adopté par les Hôpitaux de Paris, les Ambulances et Hôpitaux militaires, et par les Marines française et anglaise.

26, rue Vieille-du-Temple, à Paris, et dans toutes les pharmacies.

EAU SULFUREUSE DE
SAINT-HONORÉ-LES-BAINS

Employée avec grand succès dans les hôpitaux, contre les maladies du larynx, les bronchites, catarrhe, asthme, phthisie, maladies des enfants et de la peau. — *Vente* dans toutes les pharmacies. — *Dépôt* : 60, rue Caumartin, Paris.

N° 33. — JEUDI 20 MARS 1873. 46e ANNÉE. JEUDI 20 MARS 1873. — N° 33.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Bureaux : 57, rue des Saints-Pères, 57
PRÈS L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix d'abonnement doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

On s'abonne hors de Paris dans les bureaux des Messageries et chez les Libraires
Les lettres non affranchies sont refusées.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui n'en peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS

Trois mois.	8 fr. 50 c.
Six mois.	16 —
Un an.	30 —

POUR L'ÉTRANGER le port en sus suivant les derniers tarifs des Postes.

Paris, le 19 mars 1873.

SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

La discussion sur l'inspectorat touche à son terme : il ne reste plus à entendre que M. Gubler, usant de son droit de rapporteur pour parler le dernier.

M. Durand-Fardel a fait hier un discours dont les conclusions se rapprochent singulièrement de celles que M. Jules Guérin avait formulées dans la séance précédente.

Lui aussi il demande un remaniement complet de la législation relative à l'inspectorat des eaux minérales.

Lui aussi, il croit que l'inspectorat ayant été imaginé à une époque où la médecine auprès des eaux minérales se faisait dans des conditions bien différentes des conditions actuelles, ne pourrait être aujourd'hui restauré tel qu'il fonctionnait autrefois.

Lui aussi, il déclare que c'est là une importante question, demandant une étude approfondie. Il va même jusqu'à proposer à l'Académie de s'adjoindre le comité supérieur d'hygiène pour tâcher d'arriver ensemble à une solution pratique.

Il est donc bien loin d'accuser ceux qui ont soulevé cette question d'avoir créé une agitation intéressée et dangereuse.

Mais avant d'entrer dans l'examen de ce discours, qui contraste si vivement par le fond comme par la forme avec celui de M. Pidoux, nous devons parler de la réponse faite à celui-ci par M. Guérin dans la séance précédente et dont nous n'avons dit qu'un mot mardi dernier, faute de place.

Nous n'insisterons pas sur les circonstances au milieu desquelles M. Jules Guérin a pris la parole pour *faits personnels*, sur les expressions particulièrement désobligeantes pour ses adversaires, que M. Pidoux avait introduites dans son discours. Les corrections qu'il y a faites après la lecture pouvent être considérées comme une première réparation.

C'est ce que penseront sans doute les médecins libres exerçant aux eaux minérales. C'est ce qu'a pensé M. Guérin qui, sur les épreuves de sa réponse a, de son côté, supprimé les passages correspondants à ceux que retranchait ainsi M. Pidoux.

Du reste, après cela, toute *rouerie* étant écartée du débat, la réponse touche plutôt encore au fond même de la question qu'à une défense personnelle de M. Jules Guérin.

En effet, quand cet orateur éminent eut à expliquer comment il avait, lui aussi, été inspecteur officiel et comment il avait renoncé à ce titre (il y a une quarantaine d'années) pour devenir médecin libre, il le fit de manière à prouver que dès lors il avait jugé l'inspectorat dans les conditions où il fonctionne, comme il le juge maintenant.

On l'avait nommé inspecteur des bains de mer de Dieppe ; et en cette qualité, il jouit pendant deux ans de prérogatives analogues à celles qui ont été laissées aux inspecteurs d'eaux minérales par le décret de 1860.

Il avait la police de l'établissement, était chargé de veiller à la séparation des sexes ; était, par son titre officiel, particulièrement désigné à la confiance des malades et des étrangers qui venaient prendre les bains de mer à Dieppe.

Comme les inspecteurs actuels d'eaux minérales, il n'avait pas d'autorité directe, mais seulement un droit de conseil sur l'aménagement des appareils de bains, de douches, etc.; la médecine gratuite des pauvres étrangers qui venaient dans l'établissement pour leur santé lui était dévolue en principe ; il avait à faire des rapports, à entretenir une correspondance avec la préfecture ; il était fonctionnaire... et il se demandait en vain en quoi consistait l'utilité de ses fonctions.

Pour lui-même cette utilité paraissait être l'attraction que produit un titre officiel, mais il était honteux de devoir des clients à cette espèce de drapeau.

D'ailleurs, les autres médecins habitant Dieppe considéraient ce privilége de la situation officielle comme une prérogative injuste et sans motif. De là des rapports moins confraternels ; l'urbanité médicale en souffrait et la dignité professionnelle en était un peu compromise.

Quant à la santé des baigneurs, M. J. Guérin n'avait, pas plus que les inspecteurs d'eaux minérales sous le régime actuel, les moyens ou le pouvoir de la sauvegarder.

Le libre usage existait de fait pour les bains de mer, comme il existe aujourd'hui de droit pour les eaux minérales.

Comment empêcher un malade d'entrer dans la mer et d'y rester le temps qu'il veut ? Souvent il le fait sur l'ordonnance expresse de son médecin ordinaire qui, habitant dans quelque ville du centre, ne se doute pas des dangers des bains de mer administrés trop longuement ou mal à propos.

Et pourtant, il faut le savoir, ces dangers sont plus grands peut-être que ceux d'aucune eau minérale.

Je connais bien cette question, car j'ai passé plusieurs étés

au bord de la mer, et comme M. Jules Guérin, j'ai assisté à des désastres causés par l'usage intempestif de l'hydrothérapie marine.

Aussi je comprends ce qu'il éprouva de découragement à voir cet abus de bains de mer se répéter presque chaque jour, malgré lui ; à voir, par exemple, maintenir dans la mer pendant un nombre de minutes que quelque confrère de Paris avait innocemment fixées par une ordonnance précise, de pauvres enfants grelottants, sans réaction, qui bientôt atteints de diarrhées incoercibles, allaient trouver la mort où le médecin de Paris croyait leur faire trouver la force.

Les prescriptions faites d'avance par un médecin étranger à la localité sont infiniment plus pernicieuses et fréquentes aux bains de mer qu'ailleurs.

C'est là surtout qu'on aurait pu songer à abolir le libre usage si la chose eût été possible. Car ceux qui dirigent vers la mer des malades, souvent très-gravement atteints, se font le plus généralement l'idée la plus fausse de ce qu'ils ordonnent ; et c'est avec une légèreté incroyable qu'ils font mettre en œuvre un moyen extrêmement puissant pour remonter la constitution ou pour l'abattre, pour guérir ou pour tuer.

Du moment où il fut complétement convaincu que son titre officiel n'ajoutait rien à l'utilité qu'il pouvait avoir comme médecin libre au point de vue de la santé publique, M. Guérin se résolut à devenir médecin libre et il donna sa démission, renonçant aux prérogatives attachées au fonctionnarisme.

Il a donc aujourd'hui le droit d'appuyer par un grand exemple son opinion sur l'inspectorat tel qu'il fonctionne.

Tout ce qui distinguait autrefois un inspecteur d'eaux minérales d'un inspecteur de bains de mer a disparu depuis le décret de 1860 ; et depuis lors les inspecteurs de bains de mer ont été eux-même supprimés.

Les établissements s'en trouvent-ils plus mal ? Au contraire. C'est depuis ce temps qu'ils se sont partout multipliés et améliorés sur nos plages. Jamais autant de monde n'est venu s'y presser ; et, chose curieuse, imprévue, l'intervention médicale est peut être bien plus fréquemment réclamée, la protection qui en résulte pour la santé publique est bien plus efficace, depuis que les médecins inspecteurs ont été remplacés par des médecins libres.

M. Jules Guérin en conclut que le système actuel doit être abandonné, que le maintenir serait perpétuer un état de choses illogique, et partant injuste.

Un fonctionnaire sans fonctions n'a vraiment pas de raison d'être ; et on est à se demander quelles fonctions utiles on pourrait bien encore découvrir pour un inspecteur après le décret de 1860.

M. Pidoux et tous les autres défenseurs de l'inspectorat ont parlé beaucoup et surtout des soins à donner aux pauvres malades. Or, un rapport, fait dans sa dernière session à un des conseils généraux les mieux placés pour bien connaître la vérité, rapport dont les conclusions ont été transmises au gouvernement sous forme de vœux, nous apprend comment les choses se passent en réalité aux Eaux-Bonnes, ainsi que dans les autres stations pyrénéennes.

« En fait d'attributions vraiment médicales, dit l'honorable « rapporteur, la loi de 1860, n'en a conservé qu'une aux inspec- « teurs, celle de soigner les indigents malades. Seulement, à « l'exercice de cette attribution invoqué comme argument en « faveur du maintien de l'inspectorat, il y a une petite objection. « Dans la plupart des établissements thermaux, et notamment « dans toutes nos stations pyrénéennes, les préfets, par un senti- « ment de bon ordre et pour éviter l'encombrement, assignent « aux indigents, pour faire usage des eaux, le mois qui précède et « le mois qui suit la saison officielle, de sorte que les pauvres « sont forcés de quitter la station le jour où l'inspecteur fait « son entrée dans la ville d'eaux, et, pour y revenir, doivent « attendre qu'il soit parti pour aller donner ailleurs ses soins « précieux à des clients plus fortunés. La plus belle attribution « des médecins-inspecteurs, la seule qui puisse justifier le trai- « tement que les communes sont obligées de leur servir, est « donc forcément dévolue à un confrère moins favorisé. A l'un « le titre et les honoraires, à l'autre le travail ingrat et obscur. « C'est l'éternel *alter tulit honores* du poëte latin. »

(Voir *Journal des Eaux-Bonnes, Eaux Chaudes et Saint-Christian*, numéro du lundi 17 mars 1873.)

C'est sans doute parce qu'il connaissait des faits semblables, que M. Durand-Fardel a réclamé, dans son discours, la séparation des fonctions de l'inspecteur (si on lui donne des fonctions réelles) d'avec celles du médecin gratuit des malades indigents, soit en ville, soit dans les maisons hospitalières, lorsque les indigents sont hospitalisés.

En effet, sans cette condition, comment arriver à résoudre le problème qu'a posé M. Durand-Fardel à nos législateurs : « Définir avec précision les droits et les devoirs d'un médecin inspecteur ; donner les moyens de se servir des uns ; assurer l'accomplissement des autres ? »

Ce problème présente, du reste, d'autant plus de difficultés que M. Durand-Fardel se sépare de ceux qui, suivant le mot spirituel de M. Guérin, pour conserver l'inspectorat, rêvent une *restauration*.

Il sait combien les eaux minérales et la médecine auprès des thermes se sont transformées depuis la suppression de l'ancien régime.

Il voudrait du neuf; et sincèrement il s'est demandé si l'inspectorat ne pourrait pas être remplacé par des commissions médicales.

S'il ne le croit pas après examen, c'est qu'il s'est laissé arrêter par des obstacles qui, quant à nous, ne nous semblent point insurmontables.

Nous en parlerons avec détail dans un prochain article.

Dr Victor Revillout.

CLINIQUE D'ACCOUCHEMENTS. — M. Guéniot

Suppléant M. le professeur Depaul.

Sur la faiblesse congénitale et son traitement (1).

(Leçon recueillie par M. le Dr G. Chantreuil, ancien chef de clinique.)

Messieurs, en obtenant que l'alimentation soit de tout point appropriée aux besoins de l'enfant, vos efforts néanmoins resteraient infructueux si vous ne mettiez la plus grande vigilance à lui procurer le degré de chaleur qui lui est nécessaire. C'est là un soin indispensable, en général beaucoup trop négligé.

Il ne suffit pas, en effet, *que l'enfant ne soit jamais refroidi* ; il faut plus : *il est nécessaire que constamment il ait chaud* ; que votre main, au contact de ses pieds, de ses jambes, de son nez etc., éprouve une sensation de chaleur comparable à celle

(1) Fin. — Voir les numéros des 11 janvier et 27 février 1873.

que détermine un bain tiède. Le nouveau-né atteint de faiblesse congénitale doit être, en un mot, pour ainsi dire *couvé, pénétré de chaleur*. C'est à cette condition seulement que la circulation, la respiration, et toutes les grandes fonctions peuvent s'exercer dans son frêle organisme.

Aussi, que d'enfants succombent par la privation de ces soins ! Voyez, ici même, quelle peine nous éprouvons à faire comprendre cette nécessité aux nourrices. Si l'on ne surveille sans relâche, elles se figurent avoir satisfait à nos prescriptions parce qu'elles ont enveloppé l'enfant de feuilles d'ouate ; comme si un morceau de glace, entouré de vingt doubles de flanelle, pouvait être, par ce seul fait, moins froid que le morceau tout nu !

Sans doute l'enfant n'est point assimilable à un morceau de glace. Il renferme en lui une source de chaleur. Mais, ce qu'il importe de ne pas oublier, c'est que cette source est tout à fait insuffisante à l'entretien de sa vie. De là l'absolue nécessité d'emprunter du calorique au dehors pour le lui transmettre ; et je n'ai pas besoin de vous dire que ce n'est ni la laine, ni le coton (corps inertes et simplement protecteurs) qui peuvent par eux-mêmes le lui fournir.

A moins donc que la température extérieure, comme on le voit certains jours d'été, n'atteigne ou ne dépasse 30 degrés centigrades, il est essentiel de procurer à l'enfant une certaine quantité de calorique.

Dans cette vue, pendant l'hiver, la température de la chambre devra être maintenue, autant que possible, à 20 degrés. L'enfant sera enveloppé dans toutes ses parties, — le visage excepté, — de feuilles d'ouate bien chauffées et bien adaptées aux diverses régions. Des boules d'eau chaude seront placées dans l'intérieur du berceau et toujours renouvelées en temps utile. Souvent, enfin, l'enfant sera tenu tout emmaillotté sur les genoux de sa nourrice, à proximité du foyer, de manière qu'il en reçoive les rayons de chaleur.

Recommandez avec instance l'emploi de ces moyens ; répétez chaque jour aux personnes qui entourent l'enfant qu'ils sont indispensables ; et surtout, assurez-vous, par un examen direct, que vos prescriptions sont bien exécutées. Autrement, ce serait trop vous exposer à prendre l'apparence pour la réalité. Assez de fois déjà vous avez été témoins de la négligence des nourrices et des mères pour être édifiés sur ce point ; je n'y insiste pas.

Les soins qui précèdent ont pour objet de transmettre au nourrisson le complément de chaleur qui lui manque. Mais ce n'est point assez. Il faut s'efforcer encore d'augmenter celle qui lui est propre ; il faut, en d'autres termes, activer et accroître en lui la production du calorique.

A cet effet, vous devrez, par certaines manœuvres, exciter l'enfant à contracter ses muscles, à mouvoir ses membres, à dilater plus amplement sa poitrine. Vous m'avez vu pratiquer ces sortes de manipulations, *ce massage ;* il me suffit de vous rappeler ici brièvement la façon de procéder. C'est à vous, en effet, que l'opération incombera pendant les premiers jours ; car c'est à vous de montrer à la garde comment elle devra exécuter elle-même ces manœuvres pendant les jours suivants.

L'enfant étant mis à nu dans ses langes déployés, et reposant sur les genoux d'une personne à proximité du feu, l'opérateur enduit ses mains d'huile ou d'un corps gras quelconque, puis il les chauffe à la flamme et procède au massage en commençant par les extrémités inférieures. Il frictionne la plante des pieds, comprime avec les deux pouces, alternativement, les tissus de cette région, pétrit légèrement les parties molles de la jambe et fait mouvoir en divers sens les articulations. Presque aussitôt, l'enfant réagissant, contracte lui-même ses muscles, meut ses orteils, ses pieds et les autres segments du membre.

Les frictions, les pressions, les mouvements articulaires sont ensuite étendus aux cuisses, aux lombes, à la région dorsale et jusque sur les membres supérieurs. Pendant qu'il exécute ces manœuvres, l'opérateur se chauffe fréquemment les mains et rapporte à l'enfant cette chaleur puisée au foyer. Bientôt la peau se colore davantage, prend un ton plus vif et s'échauffe sans offrir ni brûlure ni sécheresse, grâce à l'emploi du corps gras dont elle se trouve pénétrée.

Ces manipulations, messieurs, ne doivent pas durer plus de cinq à huit minutes ; mais il convient de les répéter deux, trois ou quatre fois dans les vingt-quatre heures. Nul moyen n'est plus propre à réveiller les fonctions languissantes de l'enfant, à le faire sortir de son atonie et de sa torpeur. C'est ce massage surtout qui, fortifiant les muscles, activant et régularisant la circulation, favorise la succion chez celui qui est né trop faible pour prendre le sein. C'est ainsi que nous sommes parvenu à exciter, ranimer et faire teter la petite jumelle que vous avez eue sous les yeux.

Et ne croyez pas que de telles manœuvres soient désagréables à l'enfant, ni qu'il traduise par des cris ou des pleurs une réelle souffrance. Tout au contraire, il semble se complaire à cet exercice et donne des signes visibles de satisfaction. Sa respiration devient plus ample ; ses yeux s'ouvrent et affrontent la lumière ; ses membres, en perpétuel mouvement, réagissent contre la main qui les excite ; et de cette gymnastique, à la fois active et passive, il résulte un accroissement sensible de la calorification.

L'opération terminée, l'enfant est ensuite ouaté, emmaillotté, mis au sein, puis couché avec toutes les précautions sus-indiquées.

Quant aux soins, dits de propreté, leur importance est par elle-même assez évidente pour que je m'abstienne d'y insister. Ils ont pour objet : d'abord, d'entretenir la peau dans un état parfait de netteté ; puis, de soustraire l'enfant à toute atmosphère viciée.

Pour satisfaire à cette double indication, il convient d'administrer chaque jour un bain chaud de trois ou quatre minutes. A la sortie du bain, l'enfant, toujours tenu près du foyer, sera promptement séché, puis massé, imprégné d'huile et poudré de lycopode ou d'amidon. Souvent, dans le cours de la maladie et même pendant la nuit, on devra le démailloter, à l'effet de s'assurer si la peau est souillée de ses déjections. Dans ce cas, les surfaces contaminées seront lavées, épongées à l'eau tiède, puis séchées, graissées et poudrées. Enfin, toute cause d'infection sera sévèrement écartée de la chambre, et, à plus forte raison, du voisinage ou de l'intérieur du berceau.

Si vous faites exécuter avec rigueur ces diverses pratiques d'hygiène, plus d'une fois vous serez surpris des succès inattendus, des résultats presque merveilleux qui seront dus à la constance de vos efforts. Bientôt vous verrez, chez l'enfant, les diverses fonctions se régulariser et la vie s'affermir ; des pesées, pratiquées chaque semaine, vous révèleront un accroissement progressif et continu ; bref, en moins de trois mois l'enfant sera hors de danger et rentrera dans les conditions ordinaires du nouveau-né bien portant. Mais, par contre, n'oubliez pas que l'omission, même temporaire, de ces précautions entraîne ordinairement des conséquences fâcheuses et irrémédiables.

Je ne sais, messieurs, si déjà vous avez réfléchi sur ce que

présente d'étonnant et de vraiment unique en physiologie, le passage brusque de la vie intra-utérine à la vie extérieure. Voyez quels changements profonds s'opèrent alors dans toutes les grandes fonctions ! Avant sa naissance, l'enfant se nourrit d'une manière incessante ; il absorbe sans discontinuité, sans relâche, les matériaux tout préparés que lui apporte le sang maternel. Aussi son estomac est-il inactif, et les glandes annexées au tube digestif sont-elles, à l'exception du foie, presque complétement inertes.

Les poumons ne se dilatent pas, la poitrine reste immobile. Le cœur, quoique doué d'une activité exceptionnelle, fonctionne néanmoins d'une façon toute spéciale. Les yeux et les oreilles sont fermés; la plupart des organes sommeillent : le fœtus vit dans la nuit et le silence.

Et voilà que, tout à coup, ces mêmes organes sont appelés à fonctionner dans un milieu nouveau. Les uns sortent pour la première fois de leur inertie ; les autres se modifient ou se transforment ; tous semblent obéir à des lois nouvelles, et tendent à approprier leur mode de fonctionnement aux conditions particulières de la vie extérieure.

Pour l'enfant dont l'organisme est arrivé à maturité, une telle révolution peut s'accomplir sans secousse, sans danger, et d'après des lois qui sauvegardent l'intégrité de la vie. Mais pour celui qui naît six semaines ou deux mois avant terme, combien les conditions sont autres ! Forcés d'entrer en jeu avant d'être entièrement constitués, ses organes se trouvent plus ou moins inaptes à remplir le rôle qui leur est dévolu. De là, l'origine des divers accidents ou affections dont je dois maintenant vous dire quelques mots.

En premier lieu, je vous signalerai les défaillances ou la *torpeur syncopale*, sorte d'inertie fonctionnelle plus ou moins comparable à l'état de léthargie des animaux hibernants, mais qui, à la différence de l'hibernation, cause promptement la mort si l'on ne se hâte de la combattre. Dans cet état, l'enfant sommeille d'une façon continue, sans faire entendre aucun cri, sans manifester aucun besoin. Ses extrémités sont froides, ses téguments décolorés, sa respiration insensible : on dirait un corps inanimé. En fait, sans la perception des battements cardiaques, qui sont eux-mêmes très-ralentis, la méprise serait des plus faciles, et fréquemment elle est commise par les personnes étrangères à notre art.

Lorsqu'on tente de réveiller l'enfant, il ne répond point d'abord aux excitations ; ce n'est que progressivement et par degrés presque insensibles que l'on parvient à le ranimer. Il commence alors par entr'ouvrir les yeux, puis par faire entendre quelques petits cris plaintifs; mais ses membres restent inertes, et c'est vainement qu'on le présente au sein : il est trop faible, trop engourdi pour teter. Une active surveillance et des soins persévérants sont nécessaires encore pour le tirer de cette dangereuse léthargie.

Cet accident, retenez-le bien, se produit surtout lorsque les enfants, faibles de naissance, sont restés trop longtemps sans teter ou que l'on n'a pas suffisamment satisfait à leur besoin de chaleur. Presque toujours ce sont ces deux causes réunies qui déterminent l'état dont il s'agit. Aussi, n'est-ce pas sans raison que je vous ai tant recommandé de régler les heures des repas, en même temps que la distribution de la chaleur ; et cela, même pendant la nuit, l'enfant dût-il être une ou plusieurs fois interrompu dans son sommeil.

Vous savez déjà comment on peut prévenir la torpeur syncopale : il suffit d'appliquer avec rigueur les règles d'hygiène dont je vous ai entretenus. Mais, pour combattre cet état dangereux lorsqu'il existe, quel remède devrez-vous lui opposer ? Eh bien, messieurs, il en est un (un seul peut-être) qui vous permettra d'opérer de véritables résurrections ; ce remède, c'est le massage, le massage prolongé pendant un quart d'heure, une demi-heure et plus, puis répété au bout de quelques heures, et pratiqué d'après le procédé que je vous ai précédemment indiqué. Je crois inutile d'y revenir.

Une affection non moins commune que la torpeur syncopale consiste dans la formation et le développement du *muguet*. L'histoire de ce dernier vous est trop connue pour que je m'y arrête ici. Je vous dirai seulement que, chez l'enfant né avant terme, la suracidité des sécrétions buccales le prédispose d'une façon exceptionnelle à l'envahissement du parasite ; et c'est pour lutter contre cette tendance pathologique qu'il est utile, dans les premiers temps, d'administrer chaque jour une ou plusieurs cuillerées à café d'eau de Vals ou de Vichy.

A plus forte raison, contre le muguet confirmé sera-t-il opportun de modifier le milieu buccal, par l'application répétée d'une forte solution alcaline. Voici celle que j'emploie volontiers, depuis que je l'ai vu mettre en usage par l'un de mes anciens maîtres à la Maternité, M. le docteur Delpech :

Bicarbonate de soude.	10 grammes.
Eau.	50 —

L'application se fait à l'aide d'un pinceau que l'on porte sur tous les points de la muqueuse buccale. Si le muguet ne date que d'un ou deux jours ; s'il ne forme encore que de petits dépôts disséminés, ce moyen à lui seul peut suffire, et la guérison vient confirmer la doctrine émise par M. Gubler (1) sur ce sujet.

Mais si déjà le parasite constitue des amas épais et confluents, ne vous bornez pas à combattre l'excès d'acidité des sécrétions buccales ; votre médication resterait impuissante. Il faut, dans ces cas, détruire la mucédinée elle-même, et jusque dans ses couches les plus profondes. A cet effet, nul moyen ne me paraît plus efficace et ne m'a donné des succès plus complets que la cautérisation au nitrate d'argent. C'est ainsi que procédait Natalis Guillot. Malgré la répugnance que j'eus d'abord à cautériser ainsi la muqueuse buccale, j'en ai obtenu de si beaux résultats que je n'hésite pas aujourd'hui à vous recommander l'emploi de cette pratique. Vous m'avez vu tout récemment y recourir. Après avoir entraîné au dehors tout ce que mon petit doigt coiffé d'une compresse avait pu détacher de muguet, je passai rapidement un crayon de nitrate d'argent sur les divers points de la bouche qui étaient envahis par le parasite ; puis, réintroduisant le petit doigt, je séchai la muqueuse en promenant sur elle un linge fin. Le résultat fut excellent et la guérison prompte. Il est rare, en effet, qu'il soit nécessaire de renouveler une cautérisation bien faite. Les collutoires astringents ou alcalins suffisent ensuite à compléter la cure.

La *diarrhée*, l'*érythème* et le *sclérème* sont aussi des affections souvent observées chez les enfants faibles, qui ne sont pas pourvus de tous les soins dont je vous ai parlé. Contre la première, outre la régularisation des tetées, il conviendra parfois d'administrer certains remèdes propres à hâter la guérison. C'est ainsi que l'on pourra prescrire avec avantage une mixture sirupeuse de coings et de gomme, à la dose de six ou huit cuillerées à café par jour, ou bien un mélange de sous-nitrate de bis-

(1) *Études sur l'origine et les conditions de développement de la mucédinée du muguet*. In *Mém. de l'Acad. de médecine*, 1857.

muth et de craie préparée à la dose de 40 centigrammes, en même temps que plusieurs petits lavements d'amidon bouilli.

Contre l'érythème, sans parler des soins de propreté qui sont de rigueur, l'usage de la pommade suivante que j'ai introduit à l'hospice des Enfants-Assistés, vous donnera le meilleur résultat :

Huile d'amandes douces. . 18 grammes.
Blanc de baleine. . . . . . 12 —

(Faire fondre doucement au bain-marie; puis, le mélange des deux corps étant opéré, laisser refroidir lentement.)

Quant au sclérème, son traitement le plus efficace n'est autre que l'application sévère des précautions hygiéniques sur lesquelles j'ai tant insisté. Le massage répété, déjà préconisé il y a plus de dix ans par Legroux, en constitue l'élément le plus important; la chaleur communiquée et l'alimentation au sein représentent deux autres conditions également indispensables pour le succès.

MALADIES DE L'OREILLE

Par M. J. Toynbee, F. R. S.
(Traduction de M. Darin.)

INFLAMMATION CHRONIQUE.

Obs. VIII. — *Catarrhe chronique du méat externe consécutif à la fièvre scarlatine et compliqué de douleurs de tête.*

E. D., 7 ans, fut admis dans mon service au dispensaire de Saint-Georges et Saint-Jacques, le 24 février 1845. Avait eu la fièvre scarlatine à l'âge de trois ans; à la suite, douleurs d'oreilles et écoulement des deux conduits auditifs; l'otorrhée apparaissait après chaque accès d'otalgie. Actuellement, et pendant les deux dernières années, douleur à l'occiput.

L'examen montra le méat membraneux de chaque oreille rouge, épaissi et versant une sécrétion laiteuse. Les deux M. T. étaient opaques, la couche dermoïde était hypertrophiée et vasculaire.

Le *traitement* consista dans des injections répétées à l'eau chaude, l'application d'une sangsue de fois à autre, au pourtour de l'orifice du méat, avec des médicaments toniques à l'intérieur. Au bout de dix semaines de cette médication, l'ouïe s'était beaucoup améliorée et la céphalalgie avait disparu.

Inflammation catharrhale chronique du méat dermoïde s'étendant au cerveau.

Il est rare de voir l'inflammation catarrhale chronique gagner l'os et le cerveau; du moins, n'ai-je rencontré qu'un seul cas bien marqué; ce cas eut une issue fatale.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 18 mars 1873. — Présidence de M. Depaul.

CORRESPONDANCE OFFICIELLE

M. le ministre de l'instruction publique transmet ampliation d'un décret par lequel est approuvée l'élection de M. Béclard comme secrétaire perpétuel.

M. le ministre de l'agriculture et du commerce transmet :

1° Une demande d'autorisation d'exploiter, pour l'usage médical, une source minérale ferrugineuse;

2° Des rapports sur le service médical des eaux minérales de Gamarde, Préchacq, Dax, Terces et Saubusse (Landes), d'Évaux (Creuse) (Commission des eaux minérales.)

CORRESPONDANCE NON OFFICIELLE

La correspondance non officielle comprend une note de M. Robellard sur un *nouvel appareil extenseur et contentif des muscles du cou* ;

2° Une lettre de M. Larrieu, membre du conseil général de Saône-et-Loire, établissant que la ville de Bourbon-Lancy ne doit pas figurer au nombre de celles qui ont demandé la suppression de l'inspectorat.

M. Ricord offre en hommage, en son nom et en celui de M. Demarquay, un livre intitulé : *Les ambulances de la Presse.* « On pourra voir, dit-il, qu'avec le concours de confrères dévoués, nous avons porté haut le drapeau de la chirurgie et de la médecine civile. »

M. Richet présente, de la part de M. le docteur Hybord, une brochure sur le *Zona ophthalmique.*

M. Larrey présente, de la part de M. le docteur Raoul Deslonchamps, médecin principal de 2e classe, une brochure intitulée : *Nouveaux appareils en zinc laminé pour les membres inférieurs.*

M. Barth, de la part de M. le docteur Decaisne, présente une *Étude médicale sur les buveurs de vermouth.* En voici les conclusions :

« De mes observations sur trente-quatre buveurs de vermouth et de l'examen de onze vermouths de qualités et de prix différents, je crois pouvoir conclure :

1° La liqueur connue sous le nom de vermouth et fabriquée avec des vins blancs et un certain nombre de plantes toniques et amères, est un excitant puissant ;

2° Le degré alcoolique du vermouth, quoique moindre que celui de l'absinthe, est en général assez élevé ;

3° L'abus du vermouth produit, comme l'abus de l'eau-de-vie et de l'absinthe, les états qu'on a désignés sous les noms d'*alcoolisme aigu et d'alcoolisme chronique* ;

4° Sans amener aussi rapidement que l'absinthe l'alcoolisme aigu et l'alcoolisme chronique, le vermouth détermine en très-peu de temps des désordres dans les fonctions digestives et le système nerveux ;

5° Comme pour l'absinthe, un des plus grands dangers du vermouth consiste dans la sophistication qu'on lui fait subir ;

6° La plupart des vermouths livrés à bas prix sont composés de façon à masquer le goût détestable des vins et des plantes de mauvaise qualité qui servent à fabriquer cette liqueur. Dans ce but, une industrie coupable fait souvent entrer dans ces vermouths des liqueurs acides ou minérales plus ou moins nuisibles.

7° Les vins blancs qui entrent dans la composition du vermouth à bas prix, sont la plupart du temps piqués, plâtrés, etc. Les plantes, souvent avariées, n'ont plus qu'une valeur commerciale insignifiante.

8° Comme le vin de quinquina et les autres vins amers usités en médecine, le vermouth de bonne qualité, c'est-à-dire fabriqué avec des vins blancs irréprochables et des plantes qui n'ont subi aucune altération, doit être employé seulement comme médicament dans certains cas déterminés.

9° Le vermouth, même de bonne qualité et employé généralement comme apéritif, devrait être banni de la consommation. »

M. Depaul dépose sur le bureau une brochure de M. le docteur Stanski intitulée : *Nouvelles études sur la spontanéité de la matière.*

LECTURE.

M. Dubreuil (de Marseille), lit un mémoire sur une *Nouvelle méthode de traitement des déviations de la taille, basée seulement sur l'action musculaire et des positions utilisant le poids du corps.*

Depuis plus de vingt ans, M. le docteur Dubreuil (de Marseille) travaille à perfectionner cette nouvelle méthode de traitement des déviations de la taille.

Le traitement consiste en actions musculaires, ou mouvements qui sont exécutés par les personnes qui le suivent, et dont l'effet est d'agir sur les ligaments et autres tissus lésés dans le sens de rétablir leur élasticité naturelle, et en positions qui font agir pendant quelque temps le poids du corps comme moyen de fa-

courber et tordre la colonne en sens inverse de celui qui est vicieux, la moindre négligence dans l'exécution pouvant empêcher une partie du résultat qu'on désire. Pendant l'exécution, il est indispensable de surveiller très-attentivement la colonne, afin d'être certain que l'exécution s'accomplit avec une rigoureuse précision; un vêtement fendu par derrière, dans la partie qui correspond au dos, facilite cette surveillance. Pendant l'exécution de presque tous les mouvements employés, la personne qui dirige est assise, tandis que celle qui les exécute est debout et se tient aussi droite que possible.

Tous les mouvements sont répétés plusieurs fois d'un seul côté ou des deux côtés du tronc, selon l'effet qu'ils doivent produire.

Les actions musculaires ont toutes pour but, quelle que soit la nature de la déviation, d'agir sur la colonne de manière à détruire toutes les résistances qui peuvent exister depuis la troisième vertèbre cervicale jusqu'au sacrum; ce n'est qu'en usant ces résistances par l'assouplissement des ligaments ou des autres tissus qui peuvent contribuer à produire l'obstacle, qu'on peut obtenir des résultats avantageux.

Quatorze actions dont l'utilité a été reconnue après une longue expérience sont employées dans le traitement des différentes formes de déviations.

La première action contribue puissamment à redresser la partie inférieure de la colonne.

La deuxième, la quatrième et la sixième ont une très-grande importance dans le traitement de la scoliose.

La neuvième, employée principalement chez les jeunes enfants atteints de scoliose, suffit presque toujours pour obtenir des guérisons rapides.

La douzième et la treizième ont une importance considérable dans le traitement de la cyphose.

Enfin, la quatorzième est exclusivement consacrée à la cordose.

Les résultats que cette méthode permet d'obtenir peuvent être ainsi résumés :

Toutes les scolioses du premier degré sont complétement guéries dans l'espace de quatre à cinq mois.

Les scolioses du deuxième degré, dans tous les cas qui ne présentent pas encore une déformation osseuse très-avancée et une torsion considérable, peuvent être guéries, selon leur gravité, dans l'espace de dix mois à un an.

Les scolioses du deuxième degré les plus graves, c'est-à-dire celles qui se rapprochent le plus du troisième degré, sont toujours améliorées dans une proportion assez considérable pour que le résultat puisse être considéré comme une véritable guérison, car les avantages perdus sont presque entièrement restitués dans l'espace d'un an à dix-huit mois.

Les scolioses du troisième degré que le temps n'a pas encore aggravées dans une proportion considérable, sont assez améliorées pour qu'une grande partie des avantages perdus soient restitués.

Les cyphoses, dont les courbures sont récentes et arrondies, sont guéries dans presque tous les cas. Quand la courbure remonte à une époque assez éloignée, mais sans être considérable, on peut encore obtenir des guérisons, ou au moins une amélioration assez importante pour faire disparaître presque entièrement les inconvénients qui résulteraient de la déviation.

Dans les cyphoses graves et anciennes, même dans la courbure angulaire, une grande amélioration est toujours certaine.

La cordose (courbure en avant) est guérie dans tous les cas qui ne présentent rien d'exceptionnel et où l'âge n'est pas encore trop avancé.

Les actions musculaires qui viennent d'être énoncées constituent tout le traitement orthopédique; elles doivent être exécutées une fois par jour, quatre ou cinq fois par semaine. Les personnes qui suivent ce traitement ne sont astreintes, en dehors du traitement, à aucune précaution particulière; le traitement médical est lui-même très-simplifié par le traitement orthopédique dont l'influence, heureuse sur la santé générale, est des plus prononcée.

L'instinct naturel qui porte toujours à exécuter les mouvements dans le sens le plus commode, peut gravement compromettre les résultats si, pendant l'exécution, une surveillance intelligente n'est pas continuellement exercée.

Le docteur Dubreuil ne craint pas d'affirmer que, dans les limites indiquées dans son mémoire, cette méthode donne des résultats toujours certains et durables. (Renvoyé à une commission composée de MM. Hérard, Richet, Jules Guérin.)

Discussion sur l'inspectorat des eaux minérales.

(Voir le Premier-Paris).

A quatre heures et demie, l'Académie se forme en comité secret.

VARIÉTÉS

Dictionnaire annuel des progrès des sciences et institutions médicales. — 8e année. 1872 (1).

Par M. le docteur P. GARNIER.

Ce dictionnaire accueille tous les travaux, les systèmes et les doctrines, et leur emprunte les faits, les idées qui ont une utile application pratique. Le praticien occupé qu'il veut servir et qui ne suit les courants de la science que par son modeste journal, ne comprendrait rien, dit l'auteur, à ces études si arides de microscopie, d'ophthalmologie mathématique, ni à ces expériences physiologiques et thérapeutiques sur les lapins et les cobayes, ces réactions chimico-physiques auxquelles on prétend réduire aujourd'hui la science et l'art de guérir.

THÈSES

SOUTENUES A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

PENDANT L'ANNÉE 1873.

18. Roumégous. De l'extension permanente dans le traitement des fractures du fémur au tiers supérieur.

19. Rigodon. De l'emploi de la liqueur de Villate dans le traitement des trajets fistuleux consécutifs aux plaies par armes à feu.

20. Langevin. Des épanchements pleurétiques (symptômes et traitement).

21. Carpentin. Étude hygiénique et médicale du Camp-Jacob *sanitarium* de la Guadeloupe (Antilles françaises).

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Faculté de médecine de Paris. — Les prix suivants viennent d'être décernés pour l'année scolaire 1871-1872 :

Prix Corvisart. — La question proposée était : *Des paraplégies.* — La Faculté partage le prix de 400 francs de la manière suivante : 1° une médaille de vermeil et une somme de 200 francs à M. Brière, interne à l'Hôtel-Dieu; 2° une médaille de vermeil et une somme de 200 francs à M. Letourneur, interne à la Pitié.

Question proposée pour le concours de 1873 : Observations recueillies dans les cliniques de la Faculté sur les diverses formes de la pleurésie.

Prix Barbier. — La Faculté a accordé le prix à M. Defois, interne à l'hôpital des Cliniques, pour son appareil à injections histologiques.

Prix Châteauvillard. — La Faculté a partagé le prix de 2,000 fr., savoir : 1° 1,000 francs à M. le docteur Luys, pour son ouvrage intitulé *Recherches sur la structure de l'encéphale*; 2° 1,000 francs à M. le docteur Legrand du Saulle, pour son ouvrage sur le *Délire des persécutions.*

Prix Lacaze. — La Faculté a accordé ce prix à M. le docteur Pidoux, pour son ouvrage intitulé : *Études générales et pratiques sur*

(1) Un vol. in-12. Prix : 7 francs. — Germer Baillière.

la phthisie. Elle a accordé une mention honorable à M. Lépine, pour ses ouvrages intitulés : *De la pneumonie caséeuse et de l'unité de la phthisie.*

Thèses récompensées. — 1re classe (médailles d'argent) : MM. Guyochin, Huchard, Hybord (Paul), Langlet, Landrieux, Niderkorn, Piéchaud, Pichet et Sueur.

2e classe (médailles de bronze) : MM. Arzerouny-Miliran, Bailly, Blaquart, Foucault, Hestrès, Hœpffner, Hybord (Albert), de Lanessan, Lingrand, Muron, Quinquaud, Rébatel, Schaan, Verdun, Voulet et Webert.

3e classe (mentions honorables) : MM. Audineau, Battarel, Beverley, Blanc, Blazard, Carville, Caubet, Cordier, Crevaux, Fabre, Gigard, Gromier, Hekimian, Herbet, Letona, Levêque, Marais, Mauriac, Onfrey, Pourteyron, Rigodin, Robuchon, Solmon, Straub, de Welling.

— Par arrêté ministériel, sont nommés membres du jury international des récompenses pour l'Exposition universelle de Vienne, MM. Würtz, doyen de la Faculté de médecine de Paris (arts chimiques), et Tardieu, professeur à la Faculté de médecine de Paris (instruments de l'art médical).

— La Société de médecine de Paris tiendra sa prochaine séance le samedi 22 mars 1873, à trois heures et demie très-précises, 3, rue de l'Abbaye, dans la salle des séances de la Société de chirurgie.

Ordre du jour : 1° Lecture du procès-verbal de la précédente séance; — 2° Continuation de la discussion sur la syphilis vaccinale; — 3° Communication de M. Duroziez; — 4° Lecture de M. le docteur Lolliot, d'un mémoire manuscrit à l'appui de sa candidature au titre de membre titulaire.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Mémoires de médecine et de chirurgie, par F. Moutet, professeur de clinique chirurgicale à la Faculté de médecine de Montpellier. 1 vol. in-8°, avec planches. — Prix : 5 francs. — Paris, Asselin.

Résumé d'anatomie, par le docteur Fort. — 1 vol. in-32 de 500 pages, avec figures. — Prix : 5 fr.

Le Directeur : Dr E. Le Soupd.

Paris. — Typographie A. Pougin, quai Voltaire, 13.

N° 34. — SAMEDI 22 MARS 1873. 46e ANNÉE. SAMEDI 22 MARS 1873. — N° 34.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Bureaux : 57, rue des Saints-Pères, 57
PRÈS L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix d'abonnement doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

On s'abonne hors de Paris dans les bureaux des Messageries et chez les Libraires. Les lettres non affranchies sont refusées.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui n'en peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS: Trois mois. . 8 fr. 50 c. — Six mois. . . 16 — — Un an. . . . 30 —

POUR L'ÉTRANGER le port en sus suivant les derniers tarifs des Postes.

REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE

Les laboratoires de clinique. — Laboratoire de la Charité.

Nous avons annoncé au commencement de l'année scolaire la création de trois instituts anatomo-pathologiques auprès des principaux services de clinique, à l'Hôtel-Dieu, à la Charité et à la Pitié. Ces nouveaux instituts, après une période d'essais et de tâtonnements, sont aujourd'hui en mesure d'entrer en plein fonctionnement. Nous avons assisté, mercredi dernier, à l'inauguration de ces exercices annexes de l'enseignement clinique de M. le professeur Sée, à la Charité. M. Cornil, agrégé à la Faculté et chef du laboratoire de clinique affecté à ce service, a fait avant-hier dans l'amphithéâtre de M. le professeur Gosselin, en présence de MM. Sée, Bouchard, Duval, Lépine et de plusieurs autres médecins et devant une très-nombreuse assistance d'élèves, une sorte d'exposition-programme du complément d'enseignement dont il a été chargé.

Le programme de ce cours, qui sera une suite de démonstrations plutôt que de véritables leçons orales, consistera à exposer aux yeux des élèves, une fois par semaine (c'est le mercredi qui sera affecté à cet usage), toutes les pièces anatomo-pathologiques provenant des autopsies qui auront été faites dans l'intervalle d'une séance à l'autre, toutes les préparations d'histologie pathologique ou normale, tous les résultats d'expériences susceptibles d'éclairer, de confirmer ou de rectifier les données diagnostiques fournies par l'observation et par l'exploration des malades, d'élucider un point d'anatomie ou de physiologie pathologique, de guider dans l'étude de la pathogénie, ainsi que dans la recherche des actions thérapeutiques et l'appréciation des résultats des divers moyens de traitement en voie d'expérimentation. M. Cornil, dont tout le monde connaît et apprécie la compétence en matière d'anatomie pathologique et d'histologie, sera secondé dans cette partie de l'enseignement par deux auxiliaires d'une égale compétence, chacun dans un ordre spécial de connaissances, par M. Duval, le nouvel agrégé, pour la physiologie, et par M. Daremberg pour la partie chimique.

Cette première séance a été consacrée presque tout entière à l'exposition de quelques principes élémentaires d'histologie, préliminaire indispensable, la première condition pour apprécier les altérations des tissus étant d'en bien connaître la texture normale. Cette première assise posée, M. Cornil est entré en matière en faisant l'histoire histologique de l'œdème. Il fera successivement, dans les séances suivantes, l'histoire de l'inflammation et des principaux autres procès morbides. Ces faits généraux conduiront naturellement aux applications à tous les faits particuliers que pourra fournir la clinique.

Enfin, après l'exposition orale, aidée par l'exhibition des pièces quand il s'agit d'objets visibles à l'œil nu, par les dessins et figurations sur le tableau, à défaut des objets eux-mêmes, viendra l'étude des préparations microscopiques, à laquelle tous les élèves pourront se livrer à tour de rôle à la fin de chaque séance, grâce à huit ou dix microscopes tout armés d'avance et disposés sur les tables de l'amphithéâtre.

Le laboratoire de clinique est mis, bien entendu, à la disposition des deux services de clinique médicale de la Charité, M. Bouchard, chargé, comme suppléant, des cours de clinique en remplacement de M. Bouillaud, apportera et recevra réciproquement son contingent dans cet enseignement. Il sera mis, enfin, à l'occasion, au service de la clinique chirurgicale.

Les leçons de clinique médicale continueront à être faites pendant le semestre d'été, comme pendant le semestre d'hiver, par M. le professeur Sée les jours pairs, et par M. Bouchard les jours impairs, avec cette seule différence que le mercredi étant consacré aux démonstrations et aux travaux du laboratoire, comme nous l'avons dit plus haut, M. Sée ne fera ses leçons à l'amphithéâtre que les lundis et vendredis, les leçons du lundi devant être consacrées plus spécialement à la revue et à l'étude des faits du service, et celles du vendredi étant réservées pour l'histoire de certains groupes de maladies et pour l'étude de la pathogénie. Ainsi M. Sée continuera jusqu'à nouvel ordre, tous les vendredis, à entretenir ses élèves des divers ordres de phénomènes morbides consécutifs aux maladies du cœur.

Puisse l'expérience qui va être faite de cette extension nouvelle donnée aux études cliniques, réaliser les heureux résultats qu'on en attend, et leur imprimer ce caractère de certitude, ce cachet de précision propres aux sciences physiques, ainsi appelées à leur prêter leur utile concours, sans leur faire perdre cet esprit d'observation qui, longtemps livré à lui seul, a suffi, à l'honneur de nos devanciers et des grands maîtres de tous les temps, à édifier cette masse imposante de notions médicales qu'il s'agit désormais d'accroître en les perfectionnant !

De la propylamine dans le rhumatisme articulaire aigu.

Depuis l'exposé que nous avons fait ici des premiers essais de la propylamine contre le rhumatisme articulaire aigu, dans les hôpitaux de Paris, plusieurs faits nouveaux se sont produits, et quelques modifications ont été introduites dans l'application même ou l'usage de ce médicament. M. Beaumetz, dans une deuxième communication à la Société médicale des hôpitaux, a annoncé que son collègue M. Gombault avait obtenu quelques guérisons rapides par l'emploi de la propylamine, tant dans son service d'hôpital que dans sa clientèle privée, notamment dans deux cas de rhumatisme aigu grave, dont l'un à la quatrième attaque et l'autre à la cinquième, ont été suivis de guérison après cinq jours de traitement; et qu'il avait lui-même à signaler un nouveau succès, pour une deuxième attaque de rhumatisme articulaire aigu, dont la première avait duré plus d'un mois, tandis que cette dernière attaque a cédé après cinq jours de traitement et huit jours de maladie. D'autres essais ont été faits par plusieurs médecins des hôpitaux, mais sans résultats assez concluants pour pouvoir être mis en ligne de compte, soit que les cas eux-mêmes n'aient pas été des cas francs et nettement accusés de rhumatisme articulaire aigu, soit que ces essais eux-mêmes soient trop récents encore pour être assuré de la guérison. Enfin on comprend que pour un certain nombre il subsiste des doutes sur la part réelle qui revient à la médication, la durée d'un rhumatisme aigu étant elle-même trop variable pour que l'on puisse déterminer un temps précis ou même une évaluation suffisamment approximative à l'abréviation obtenue.

Quoiqu'il en soit, nous n'en continuerons pas moins à consigner ici les résultats qui nous sont communiqués comme des éléments de l'enquête ouverte sur ce point de thérapeutique.

Voici trois observations que nous adresse M. le docteur Pirotais (de Fougères), ancien interne des hôpitaux de Paris. Nous laissons parler notre confrère.

Obs. I. — A. C..., âgé de trente-deux ans, d'une faible constitution, et très-lymphatique, se plaignant souvent de douleurs rhumatismales, me consulte le 2 mars pour des douleurs articulaires aiguës des poignets et des phalanges qui se trouvent en effet très-gonflés; il est animé; pouls 110; immobilité des membres supérieurs.

Le 4, je constate une aggravation dans son état : le pouls est à 120; il souffre davantage. Les genoux, les jointures déjà mentionnées et l'articulation coxo-fémorale droite sont en proie aux plus vives douleurs. Impossible de lui imprimer des mouvements dans le lit. Je lui prescris le traitement mixte suivant :

Squames de scille.	3	grammes.
Feuilles de digitale.	1	—
Orge et gomme, ãã	10	—

F. s. a. paquets, n. 2 pour tisane. Faire fondre 6 grammes de nitrate de potasse par litre, quatre verres par jour. Liniment sur les jointures trois fois par jour.

Ether.	15	grammes.
Baume tranquille.	30	—
Cérat camphré.	50	—

Le 5. L'état aigu continue sans amélioration sensible. Pouls 125; pas de lésion de l'endocarde.

Le 6. Même état; constipation; je prescris une potion de colchique.

Le 7. Les douleurs articulaires sont toujours violentes; il a eu trois selles; pouls 120.

Le 8. J'emploie la propylamine.

Propylamine.	4	grammes.
Teinture de cannelle.	25	—
Sirop simple.	50	—
Eau de fleurs d'oranger. . .	10	—
Eau distillée.	100	—

Quatre à cinq cuillerées par jour, selon la tolérance du malade, et je fais cesser toute autre médication.

Le 9. Je constate une amélioration accentuée. Le malade souffre moins; il a mieux dormi. Pouls 110. Une demi-heure après l'ingestion de chaque cuillerée, le malade éprouve une diminution dans l'acuité de ses douleurs, coïncidant avec une diaphorèse abondante.

Le 10. Il a dormi plus que d'habitude; il peut se mouvoir librement dans son lit et changer ses positions. Il n'éprouve, pour ainsi dire, plus de douleurs dans les jointures, c'est plutôt de la pesanteur que des souffrances.

Le 11, pouls à 90, chaleur moins vive, les articulations sont réellement bien dégagées, les poignets et les articulations phalangiennes primitivement atteintes sont encore le siége d'un notable gonflement. Il continue la potion, qui produit le même état diaphorétique.

Le 12. Il se lève, ayant parfaitement dormi et souffrant beaucoup moins de ses jointures. Il continue néanmoins à prendre la potion.

Le 13. Il va bien, il n'éprouve plus qu'un grand sentiment de lassitude. En cinq jours, avec 8 grammes de propylamine, cet homme a recouvré la liberté de ses mouvements.

Obs. II. — Mlle J. P..., bonne constitution, âgée de vingt-deux ans, bien réglée, est prise, le 6 mars, d'un rhumatisme articulaire aigu, à marche ambulante et rapide. Il se fixe aux coudes et au genou droit, en s'accompagnant de l'érythème noueux. La fièvre est grande. Pouls 120. Je prescris un julep avec 45 grammes de sirop de morphine et un liniment renfermant 10 grammes de chloroforme et 30 grammes d'huile de jusquiame.

Ce traitement calmant ne déterminant pas d'effet marqué, je prescris, le 8, la potion suivante :

Propylamine.	4	grammes.
Teinture de cannelle et eau de fleur d'oranger. . . .	ãã 15	—
Sirop simple.	60	—
Eau distillée.	100	—

Cinq cuillerées par jour. Je la vois le soir. Elle supporte bien la potion, cependant avec un peu de pyrosis. Elle prend du tilleul sucré à discrétion. Comme dans l'observation précédente, les sueurs se sont déjà montrées abondantes.

Le 9. L'érythème persiste, mais les douleurs sont moindres; les deux coudes jouissent de leur liberté; le genou droit, très-volumineux, a repris son volume habituel. Elle a eu des sueurs abondantes.

Le 10. L'amélioration continue; la malade peut se lever; elle prend facilement sa potion, quoique devenue fortement ammoniacale.

Le 12. Elle va bien et cesse l'usage de la propylamine.

Obs. III. — P... (Joseph), habitant Saint-Sauveur, près Fougères, a seize ans, il est de faible constitution; il a eu, en février 1871, un premier rhumatisme articulaire aigu, dont la durée a

été de trente jours. Je le traitais à cette époque avec les liniments calmants et le sulfate de quinine, dont il se trouva bien... Depuis ce temps, il a encore éprouvé quelques fugitives douleurs rhumatismales.

Le 10 mars, je commence de nouveau à lui donner mes soins pour un rhumatisme articulaire plus aigu que le premier. Il est dans le décubitus dorsal, dans l'impossibilité de faire le plus léger mouvement. Il a du trismus, car l'articulation temporo-maxillaire est prise; le rhumatisme est généralisé, mais il est surtout violent dans les articulations capulo-humérales. Il est en proie à un tel état de souffrance qu'il est impossible de l'ausculter pour une bronchite. Il a un bruit de souffle à la pointe du cœur.

Je lui fais prendre 1 gr. 60 de propylamine par jour dans les mêmes excipients que ci-dessus.

Le 11, le jeune malade va mieux, les articulations sont moins endolories; il a des sueurs profuses.

Le 13, il va de mieux en mieux, il peut se lever.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 26 février 1873 (1). — Présidence de M. TRÉLAT.

M. FORGET termine ainsi son discours :

Mes deux malades, qui présentaient un état morbide analogue, ne différant que par le degré d'ancienneté et d'intensité de la lésion, furent l'un et l'autre traités par l'incision des trajets fistuleux et la division du tissu induré, ainsi que je l'avais vu faire par les chirurgiens nos maîtres. Dans l'un des cas qui me sont propres, une forte sonde cannelée mit sans trop de peine en évidence l'ouverture d'une des fistules à l'intérieur de l'intestin; dans l'autre, je dus l'établir artificiellement et achever ensuite l'opération.

Les tissus incisés, par la nature même de leur composition, sont généralement peu vasculaires; aussi chez ces deux malades, malgré l'étendue du traumatisme, il se fit un écoulement de sang modéré; d'ailleurs il est facile d'y mettre obstacle, en introduisant, comme je le vis faire à Roux, une mèche volumineuse dans le rectum, jusqu'au-dessus de la limite de l'incision, et laissée à demeure.

Je pansai mes deux opérés, comme cela a lieu pour la fistule à l'anus; la guérison eut lieu, mais elle fut longue à obtenir.

Si c'est pour de semblables états pathologiques que la rectotomie externe est conseillée par M. Verneuil, à coup sûr, personne, je crois, n'en contestera l'opportunité. La rectotomie, en effet, est une opération qui a deux limites extrêmes, dont l'une, très-voisine de l'anus, est atteinte par l'incision de la fistule ano-rectale la plus simple, et dont l'autre, placée à une hauteur variable dans l'intestin, doit nécessairement être dépassée si on veut obtenir la guérison radicale des lésions anatomiques complexes et variées que M. Verneuil a eu le mérite de rappeler à l'attention de la Société, et dont il lui a offert de beaux exemples de guérison.

Après avoir considéré le sujet en discussion au point de vue de l'opération chirurgicale sur laquelle M. Verneuil a surtout insisté dans son mémoire, je ne veux pas l'abandonner sans m'arrêter, à l'exemple de mes collègues qui ont pris la parole avant moi, sur quelques points les plus importants de l'histoire clinique des rétrécissements du rectum, et saisir ainsi l'occasion de remettre en lumière un travail publié en 1839 (*Gazette médicale*) par le fondateur de la Société de chirurgie, Auguste Bérard, en collaboration avec un de ses internes, M. Maslieurat-Lagémard.

Je n'entrerai pas dans les détails de ce mémoire; il me suffira d'en donner un résumé succinct pour en faire apprécier l'importance et le degré d'utilité.

(1) Fin. — Voir le numéro du 15 mars 1873.

Les auteurs examinent successivement :

1° *La nature des rétrécissements* (c'est la pathogénie). — Inflammatoire, elle est le résultat de la condensation simple du tissu conjonctif sous-muqueux; — spécifique, d'origine syphilitique, elle est produite par l'ulcération de la muqueuse rectale, soit primitive (chancre de l'anus), soit consécutive (gomme et condylome).

2° *Forme du rétrécissement.* — Valvulaire, anneau circonférentiel; semi-lunaire, bride formant croissant. C'est le plus souvent un tissu inodulaire auquel je crois que les recherches modernes autorisent à ajouter l'action des sphincters, dont la contracture progressive et permanente s'explique étiologiquement par l'influence morbide de la syphilis constitutionnelle, et j'ajoute, peut-être aussi de la diathèse rhumatismale.

Le rétrécissement en nappe, en colonne circonscrite, est signalé par Aug. Bérard. C'est le premier degré de l'induration pathologique s'étendant à toute la circonférence de l'intestin à une hauteur variable.

Étiologie. — Sur un chiffre de quarante-trois malades, il compte quatorze cas chez des individus atteints de syphilis; quinze cas de rétrécissements organiques; neuf cas par cloisons fibreuses, occupant toute la circonférence du rectum sur cinq malades, et simplement semi-lunaires sur quatre autres malades. Sur ces neuf cas de rétrécissement par brides fibreuses, cinq étaient d'origine syphilitique; chez plusieurs, il s'accompagnait de l'agglomération d'un grand nombre de tubercules durs, lisses, indolents, donnant au toucher la sensation des condylomes de la marge de l'anus.

A l'occasion de ces derniers cas, les auteurs citent deux observations qui leur sont personnelles, recueillies sur des femmes atteintes de syphilis, l'une récemment, l'autre plus anciennement. Chez toutes deux, la guérison fut obtenue à l'aide d'un traitement antisyphilitique et de la dilatation (pilules de Dupuytren, mèches enduites d'onguent napolitain et d'extrait de belladone). Le traitement se prolongea quatre et six mois.

Siége du rétrécissement. — Sur les quarante-trois cas, il occupait l'extrémité inférieure du rectum dans trente cas; dans douze cas, il ne pouvait pas être atteint avec le doigt; il répondait à l'angle sacro-vertébral. C'est la disposition observée chez notre grand auteur tragique Talma. Sur un seul des quarante-trois malades, il y avait atrésie du rectum dans toute sa hauteur.

Enfin, sous le rapport *du sexe* et de *l'âge*, Bérard et son collaborateur notent vingt-trois femmes et vingt hommes; *l'âge* pour les femmes est de quarante-cinq à cinquante ans, et de cinquante-cinq à soixante ans pour les hommes.

En résumé, il est aisé de reconnaître aux principaux traits du mémoire que je viens de reproduire, que l'observation clinique portant sur les rétrécissements du rectum avait bien vu, il y a trente-cinq ans, toutes les particularités d'origine, de forme, de siége et de constitution anatomique, qui les caractérisent chacun en les différenciant les uns des autres.

A en juger par la discussion actuelle, à bien peu de choses près, nous en sommes au même point où Bérard avait laissé, en 1839, le sujet dont nous nous occupons.

Quant au traitement, avec tous ses contemporains, il recommandait et pratiquait comme méthode générale, la dilatation simple ou combinée avec l'incision directe du rétrécissement et une médication interne appropriée au sujet. C'est encore cette méthode qui, de nos jours, est généralement adoptée par les chirurgiens, et qui, à mon avis, doit être conservée, sauf les cas exceptionnels caractérisés par des indications spéciales.

M. DESPRÉS. Le mémoire de Maslieurat-Lagémard est dans la thèse de M. Perret. Ce mémoire est fait par lui-même avec le mémoire de Costalla. Or, les deux observations de chancres et de plaques muqueuses qui lui sont propres sont-elles évidentes? C'est ce qui ne m'est pas démontré. Tous les mémoires précités parlent de rétrécissement du rectum chez des syphilitiques pédérastes. Je voudrais que la nature des accidents, chancres ou plaques muqueuses, fût spécifiée.

M. FORGET répond qu'il n'est pas fait mention de chancres ni de plaques muqueuses dans les observations, et que c'est lui qui les a interprétées.

COMMUNICATION

M. CHASSAIGNAC commence une lecture, qui sera terminée dans la prochaine séance.

M. PANAS présente une malade opérée de cataracte sénile par deux procédés différents. L'œil droit a été opéré, le 5 février 1873, par la kératotomie scléro-cornéale supérieure intéressant le tiers de la circonférence.

L'œil gauche a été opéré le 3 janvier de la même année par le procédé Leibreich.

L'observation sera communiquée ultérieurement.

ÉLECTION

POUR TROIS PLACES DE MEMBRES CORRESPONDANTS.

M. Spillman obtient	22	voix
M. Chipault	21	—
M. Ribell	17	—
M. Pamard	5	—
M. Cazin	5	—
M. Beau	3	—
M. Boissarie	2	—
MM. Chairou et Duplouy	1	—

En conséquence, MM. Spillmann, Chipault et Ribell sont nommés membres correspondants de la Société de chirurgie.

La séance est levée à cinq heures et demie.

Le vice-secrétaire : DE SAINT-GERMAIN.

Séance du 5 mars 1873. — Présidence de M. TRÉLAT.

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

CORRESPONDANCE

La correspondance comprend :

La *Gazette des Hôpitaux*; — l'*Union médicale*; — la *Gazette hebdomadaire*; — les *Archives générales de médecine et de chirurgie*; — le *Bulletin général de thérapeutique*; — la *France médicale*; — le *Bordeaux médical*; — la *Gazette obstétricale*; — le *Marseille médical*; — le *Lyon médical*.

M. CHIPAULT, membre correspondant à Orléans, écrit à la Société une lettre de remercîments.

M. KRISHABER écrit pour être inscrit au nombre des candidats à la place déclarée vacante parmi les membres titulaires.

Discussion sur les rétrécissements du rectum.

M. VERNEUIL. M. Forget me reproche en termes courtois d'être un peu trop radical et de vouloir, dans le traitement des rétrécissements du rectum, substituer la rectotomie linéaire aux autres méthodes usitées jusqu'à ce jour. Cette opération, parfois laborieuse, l'effraye quelque peu et lui semble bien grave si on la compare à la dilatation et aux incisions internes, qui ont donné de bons résultats à nos maîtres.

Dans la crainte d'ailleurs d'avoir mal compris ma pensée intime, notre collègue réclame de moi des explications catégoriques qu'il ne trouve pas dans mon premier travail.

Je vais répondre aussi brièvement que possible, mais de manière à dissiper toute obscurité.

Je ne rejette point les méthodes anciennes. Je les ai toutes mises en usage, sauf les débridements internes. Dans plusieurs endroits, je parle de leurs avantages et des résultats favorables qu'elles m'ont donnés, et je me déclare disposé à les employer encore. Seulement, je crois leur efficacité très-restreinte et bornée aux cas légers. Dans les cas graves, elles sont impuissantes, à peine palliatives, souvent sont mal tolérées et même dangereuses à l'occasion. La dilatation qui semble la plus innocente a plus d'une fois causé des accidents mortels.

M. Forget trouvant que ces cas sont rares et tiennent à des circonstances tout à fait exceptionnelles, est disposé à n'en point tenir compte. Je lui ferai remarquer que si la mort avait suivi l'une de mes opérations, il serait en droit d'accuser ma méthode, dès lors je suis en droit d'accuser à mon tour celles qu'il préconise et de protester contre leur innocuité prétendue.

Quant à la gravité de la rectotomie linéaire, je pense que M. Forget l'exagère; cette opération peut être laborieuse, difficile, j'en ai fourni la preuve. Dans les cas où tout le périnée ne forme plus qu'une masse indivise, criblée de fistules, lorsque le rétrécissement est à la fois très-étroit, très-épais, très-élevé, le passage de la chaîne est véritablement difficile. Mais une fois la manœuvre exécutée, le reste de l'opération est plus simple et les suites singulièrement bénignes, au moins d'après mon expérience.

Dans les cas où j'ai appliqué la rectotomie au lieu d'élection, c'est-à-dire en arrière sur la ligne médiane, le passage de la chaîne s'est effectué très-aisément, et si l'on songe, d'autre part, aux parties très-peu importantes que la section verticale intéresse en ce point, on ne trouve pas matière à trop s'alarmer des accidents consécutifs.

En résumé : 1° je pense qu'on peut conserver les méthodes anciennes à titre de palliatifs et pour les cas légers, mais que, dans les cas graves et lorsque ces méthodes n'auront ni guéri, ni pallié le mal, ni éloigné ni dissipé les accidents du rétrécissement, il faut recourir sans scrupule à la rectotomie.

2° Je pense encore que cette opération n'est pas grave; que le fût-elle davantage, elle constituerait encore une précieuse ressource dans les cas invétérés et rebelles qui compromettent sérieusement la vie et contre lesquels les méthodes ordinaires sont frappées d'impuissance.

C'est d'après ces préceptes que j'ai agi dans les cas que j'ai eu l'honneur de vous communiquer; ils sont, vous le savez, au nombre de dix. Mettons de côté les trois cancéreux, dont j'ai cherché seulement à diminuer les souffrances, il reste six cas de rétrécissement compliqués de fistules et un cas de rétrécissement relativement simple.

Dans les six premiers, M. Forget n'a point attaqué ma pratique, c'est que, sans doute, il aurait agi comme moi; peut-être toutefois aurait-il divisé le rétrécissement à l'aide du bistouri. Pour ma part, je préfère la chance de l'écraseur comme plus sûre et plus innocente. Mais c'est à l'avenir à juger entre les deux agents de section; quant à la nécessité de la section, elle reste, je crois, hors de contrôle; si j'ai été quelque peu téméraire, c'est seulement dans la septième observation où j'ai osé, pour atteindre le rétrécissement, intéresser toute la région sphinctérienne exempte de tout désordre anatomique. M. Forget a seulement effleuré la discussion de ce cas, mais il a sûrement remarqué que depuis 1867, c'est-à-dire depuis plus de quatre ans, on avait employé la dilatation sous toutes ses formes, qu'on avait même, à deux reprises, pratiqué des débridements de l'obstacle à l'intérieur du rectum; que tout était resté vain, que les douleurs étaient incessantes et que, depuis bien longtemps, le patient amaigri, infirme, souffreteux, ne pouvait se livrer à aucun travail sérieux. En ce cas, n'étais-je pas autorisé à sortir de la voie commune et proportionner la gravité du moyen à la ténacité du mal, à pratiquer la rectotomie, qui a enfin délivré ce malheureux sans provoquer le moindre accident notable.

Ces explications, je l'espère, satisferont notre collègue, dissiperont toute équivoque, et me feront juger moins audacieux, moins radical que je le parais.

M. CHASSAIGNAC. Guérir des malades atteints d'une désolante infirmité, quelquefois voués à une mort certaine, et qui, jusque vers le milieu de ce siècle, étaient réputés inguérissables, tel est

le but poursuivi en vain par la chirurgie des temps passés, dans le traitement des rétrécissements.

L'entérotomie rectale par écrasement linéaire, a donc soulevé une question de réelle importance, et qui va nous mettre à même de savoir où en est arrivée sur ce point de la science la Société de chirurgie et les progrès qu'il lui a été donné de faire pénétrer, en cette matière, dans la pratique générale.

Il me serait difficile de rester indifférent au sort d'un procédé imaginé et exécuté par moi il y a plus de dix-huit ans, pour la cure des rétrécissements du rectum ; procédé décrit avec soin dans deux de mes ouvrages, et qui a fourni des résultats heureux, non encore égalés jusqu'à ce moment, ni dans la pratique française, ni dans la pratique étrangère.

Malgré l'intérêt qui s'y attache, le sujet n'a été, sur plusieurs de ses points, que très-imparfaitement effleuré. Il a donné lieu déjà à des discussions de détail qui sont en voie de s'approfondir, et il ne saurait convenir à la Société d'en rester sur aucune partie de cette question à des à peu près et à des sources incomplètes.

Tout en cherchant à ne discuter que des opinions vraiment compétentes, j'aurai à vous entretenir des points suivants :

1° L'origine de la méthode ;

2° La détermination de la valeur clinique des procédés comparés entre eux ;

3° Les principes à l'aide desquels on peut préserver les malades des tentatives dangereuses et irréfléchies.

L'idée qu'on pourrait, sans danger, fendre le rectum depuis son orifice à la peau jusqu'à sa limite péritonéale, et cela dans toute l'épaisseur de ses tuniques, n'était venue à aucun chirurgien jusqu'en 1856.

C'est de cette époque et aux environs de 1853 que se sont élaborées les notions qui ont préparé et accompli la réforme du traitement des rétrécissements du rectum.

La dilatation sous toutes ses formes, les scarifications, les incisions plus ou moins profondes sur l'anneau du rétrécissement, tels avaient été les moyens thérapeutiques employés dans la pratique générale avant 1856, époque à laquelle, après avoir exécuté de nombreuses amputations de cancers du rectum et de bourrelets hémorrhoïdaux volumineux, ainsi que des opérations de fistules à l'anus ayant leur orifice interne à une grande profondeur, j'acquis la preuve certaine qu'on pouvait, au moyen de la section mousse, éviter d'une manière presque assurée l'hémorrhagie, quelle que fût la hauteur qu'atteignit la section intestinale.

Fort de cette immunité antihémorrhagique et sans savoir encore au degré où je crois la connaître aujourd'hui, l'action préventive contre la phlébite purulente et contre l'érysipèle opératoire, je crus devoir instituer pour les rétrécissements du rectum une série d'opérations toutes fondées sur ce principe : qu'on peut, sans danger d'hémorrhagie, de phlébite ou d'érysipèle, diviser l'intestin dans toute son épaisseur et dans toute la portion de sa hauteur, qui remonte jusqu'au cul-de-sac péritonéal exclusivement.

La rectotomie par écrasement linéaire a été décrite pour la première fois en 1856, page 220 du livre *De l'écrasement*, en traitant du cancer du rectum, puis en 1861, *Traité des opérations*, t. II, pages 709 et 710.

Dans cette question des rétrécissements du rectum, un certain nombre de chirurgiens ont confondu comme à plaisir des choses très-disparates, des rétrécissements de l'anus et des rétrécissements supra-sphinctériens de l'intestin proprement dit, des rétrécissements avec fistules et des rétrécissements sans fistules.

Rien d'étonnant dès lors à ce qu'il ait été émis sur ce sujet des assertions si contestables et parfois absolument contradictoires entre elles. Un rétrécissement par induration chronique, purement phlegmasique, et un rétrécissement par induration cancéreuse, sont des maladies complétement distinctes et d'un pronostic diamétralement opposé. Aussi, envisager en bloc tous les rétrécissements du rectum, sans tenir compte de la diversité de leur siége anatomique précis, de leurs causes, de leurs complications, ce serait s'exposer à présenter un tableau bien confus et bien infidèle de la question.

Eu égard au siége anatomique, les rétrécissements du rectum doivent être tout d'abord divisés en deux grandes classes. Ceux qui occupent la région sphinctérienne, c'est-à-dire la partie inférieure de l'organe et ceux qui existent dans le corps même de l'intestin, au-dessus de la région des sphincters. Les uns sont *superficiels*, les autres *profonds*.

Il est de toute évidence que, tout en occupant le même organe, des rétrécissements superficiels, parfaitement accessibles à l'action des instruments et à la vue de l'observateur, se prêtent à des manœuvres opératoires qu'il serait dangereux d'appliquer aux rétrécissements profondément placés. On ne peut donc s'empêcher d'admettre, au point de vue pratique et en ce qui concerne le siége anatomique, deux classes de rétrécissements : les superficiels et les profonds.

Les opérations, et c'est l'immense majorité de la pratique courante, ne sont réellement pas des rectotomies, ce sont des sphinctérotomies anales.

Sur un total de vingt-huit opérations recueillies par Curling, on voit que, dans vingt et un cas, le rétrécissement siége à un pouce et demi, deux pouces (anglais) de l'orifice anal. Tous étaient faciles à atteindre par le doigt. Dans deux cas, ils étaient plus rapprochés de l'anus. Dans les trois derniers, ils atteignaient la partie la plus profonde du rectum.

Chez deux malades (Obs. XXIII et XXVI), M. Curling a trouvé un rétrécissement double.

Quand il s'agit des causes, il faut bien admettre des groupes étiologiques distincts pour ne pas rapprocher mal à propos et soumettre aux mêmes règles de traitement des rétrécissements par cause traumatique et des rétrécissements par cause diathésique ou constitutionnels.

Plusieurs de ces groupes ont été discutés, et tout ce que l'on peut dire à cet égard, c'est qu'il est à désirer que chacun de nous fasse connaître le résulat de ses observations et de ses recherches sur chacune des divisions du sujet.

Parmi les rétrécissements dont le cours de mes études m'a conduit à examiner les caractères, se trouvent les rétrécissements, suites de la cautérisation du rectum et de la région sphinctérienne.

Ce qui les rend dangereux, c'est que, de toutes les causes qui amènent des rétrécissements, il n'en est aucune qui soit aussi puissante que la présence du tissu inodulaire. Donc, de toutes les causes chirurgicales ou accidentelles de rétrécissements, il n'en est aucune de plus puissante que la brûlure. (*Traité opérat.*, p. 746, t. II.)

Par opposition à ce qui a lieu dans les cas très-rares de rétrécissements, à la suite de l'écrasement linéaire appliqué à l'ablation des hémorrhoïdes, et dans lesquels la bride est tellement fine que le moindre effort de dilatation suffit pour en triompher, il est universellement reconnu aujourd'hui que des rétrécissements incurables peuvent être la conséquence de la cautérisation pour le traitement des bourrelets hémorrhoïdaux. Ainsi nous trouvons, dans un article publié par M. de Beauvais, *Gazette des Hôpitaux*, 23 août 1855, le passage suivant : « M. Jobert dit avoir été témoin de rétrécissements incurables succédant à l'emploi du fer rouge. »

L'auteur de l'article cite aussi, lui, deux cas de rétrécissements graves dont un a eu lieu dans la pratique de Philippe Boyer.

C'est là une circonstance beaucoup plus sérieuse qu'elle ne le paraît au premier abord.

En effet, lorsqu'un malade doit être opéré par cautérisation de la région anale, on ne peut pas lui promettre d'une manière positive qu'il ne sera point exposé à un rétrécissement incurable du rectum, il y a là de quoi lui donner à réfléchir.

Philippe Boyer attribue, il est vrai, son insuccès, dans un cas, à une cautérisation profonde qui a intéressé la muqueuse et les fibres du sphincter. Il est évident qu'on ne peut jamais affirmer à l'avance que l'action cautérisante respectera, suivant la volonté de l'opérateur, les points dont il s'agit. Il n'y a donc de certitude complète dans aucun cas.

Or, le rétrécissement incurable du rectum est une affection excessivement grave. J'en ai observé un très-curieux exemple pendant que je faisais le service de Breschet, à l'Hôtel-Dieu. Il s'agissait d'un nommé B... (Henri), âgé de trente-six ans, brocanteur, à qui, dans un autre hôpital, on avait donné un lavement d'acide sulfurique au lieu d'un lavement de guimauve. Il en résulta un rétrécissement du rectum avec fistule à l'anus et vaste brûlure de la partie supérieure des cuisses. Rien de plus affligeant que la situation de ce malheureux..

Si, dans les cas de rétrécissement rectal par brûlure on n'opère pas par autoplastie ou par section de toute l'épaisseur du tissu inodulaire, comme on le fait par l'emploi de la chaîne, les incisions qui n'atteignent pas jusqu'au tissu conjonctif inclusivement sont vouées à une impuissance radicale.

Parmi ces brûlures chirurgicales, je dois rappeler celles produites par le fer rouge poursuivant trop profondément l'hémorrhagie et celles succédant à l'emploi de ces cautères de l'ancien répertoire, en forme de pinces à gaufres. Quoique qualifiées d'ingénieuses, ces plaques ou demi-cuvettes causaient d'affreuses brûlures, attendu que si le dedans des cuvettes brûlait l'hémorrhoïde, vous comprenez bien que la surface extérieure ou la convexité de ces cuvettes brûlait la peau.

Conséquence bien autrement grave que le rétrécissement, la mort des sujets causée par la cautérisation, dont M. Nélaton a rapporté deux exemples, dont j'ai rapporté les observations, t. II, p. 747, du *Traité des opérations chirurgicales*. Le malade opéré par M. Nélaton, au moyen du fer rouge, succomba par érysipèle.

Ces rétrécissements après l'emploi du fer rouge, pour l'opération des hémorrhoïdes, étaient tellement redoutés à l'époque où on cautérisait les tumeurs hémorrhoïdales, qu'on ne croyait pas payer trop cher la sécurité contre les chances de rétrécissement en l'achetant par l'introduction quotidienne, pendant des mois entiers, de mèches volumineuses, ce qui, au moment du pansement, infligeait au malade une véritable torture.

Aussi les chirurgiens circonspects sont-ils toujours très-sobres dans l'application du fer rouge au voisinage de la région anale.

J'ai été à même d'observer un certain nombre de fois le genre de rétrécissements dont s'accompagne, dans quelques-unes de ses périodes, quelquefois pendant toute sa durée, le cancer du rectum. Tantôt ce genre de rétrécissement tient à l'existence d'une induration complétement annulaire, tantôt à un aplatissement avec induration en plaque amenant une déviation ou coudure de l'intestin rectum. C'est ce que j'observe en ce moment sur un malade confié à mes soins et à ceux du docteur Chevalier. On trouvera l'indication d'un fait de rétrécissement annulaire à l'article de la *dilatation*.

Quelquefois ces rétrécissements, vraiment cancéreux, ayant été pris pour des rétrécissements par induration de phlegmasie chronique et incisés comme tels, ont donné lieu à des accidents d'autant plus fâcheux que la section des tissus cancéreux peut provoquer des hémorrhagies incoërcibles ou la crevasse des parois du rectum dans le tissu cellulaire pelvien.

Au sujet du rétrécissement syphilitique du rectum, je partage entièrement l'opinion émise par notre honoré collègue M. Alphonse Guérin, et je mentionnerai à l'appui des mêmes idées une observation très-concluante de Curling et qui se trouve décrite à la page 112 de son ouvrage sur les maladies du rectum.

Cet auteur, dont je m'étonne de n'avoir pas entendu prononcer le nom dans cette discussion, ne s'y est pas mépris dans les quelques excellentes observations qui servent de base, non à un article, mais à deux descriptions distinctes de son traité ; l'une page 104, l'autre page 115.

Dans ses observations, il s'attache à préciser le diagnostic avec une exactitude parfaite, et l'on sait positivement à quoi on a affaire.

Je compare quelques-uns de ces rétrécissements à certains rétrécissements syphilitiques des bronches.

Dans un cas de rétrécissement syphilitique de la trachée, chez une malade du service de M. Moissenet, à Lariboisière, j'ai pratiqué la trachéotomie, qui ne pouvait sauver la malade, puisque l'obstacle respiratoire était au-dessous de la trachée (*Bull. Soc. chir.*, 1er décembre 1858. Voir dans le même Bulletin, une observation presque identique de M. Demarquay, et de cause également syphilitique).

L'existence de ces rétrécissements syphilitiques, même dans la profondeur des muqueuses, est un fait parfaitement démontré.

Je ne parle pas de ces rétrécissements laryngiens dans la production desquels la destruction des cartilages amène une semi-oblitération, qui n'est compatible avec la conservation de la vie que par la présence indéfinie d'une canule à respiration.

Un mot des rétrécissements simplement produits par ce genre d'induration, auquel donne lieu la rectite chronique, quand elle n'est pas bornée à la muqueuse et quand elle a envahi le tissu sous-muqueux et même la tunique musculeuse.

Dans le King's college Museum, se trouve une pièce de rétrécissement considérable du rectum, avec épaississement des tuniques et hypertrophie de la couche musculaire.

Si l'on tient à être exact anatomiquement, on doit distinguer deux formes de l'hypertrophie musculaire dans les rétrécissements du rectum :

1° L'hypertrophie musculaire faisant partie intégrante des parois du rétrécissement ;

2° L'hypertrophie adventive des couches musculaires situées au-dessus du rétrécissement, et faisant partie des parois de l'ampoule qui s'observe dans les cas de rétrécissement chronique.

Notons encore parmi les rétrécissements qui surviennent par cause traumatique, ceux qui succèdent à l'introduction de corps étrangers, soit contre la volonté soit par la volonté des malades, et qui donnent lieu à des plaies, à de véritables crevasses de l'intestin.

Une pièce d'un grand intérêt se trouve au Muséum de l'hôpital Saint-Barthélemy. Elle a été recueillie sur une enfant de cinq ans. Dix mois avant la mort, elle avait subi une perforation de la cloison recto-vaginale par une canule à lavement. Le lieu sur lequel avait porté l'instrument présentait un petit enfoncement de la paroi du vagin. Une cicatrice longue et blanche, irrégulière, existait sur la paroi du rectum. Près de la cicatrice, on voit les traces d'une petite ulcération de la muqueuse du rectum. A un pouce de l'anus, immédiatement au-dessous de la cicatrice, le calibre du rectum est réduit à un huitième de pouce et les tissus environnants sont indurés.

A l'occasion de ces blessures du rectum par l'introduction brusque d'une canule, et amenant des phlegmons et dans certains cas le rétrécissement, il m'a été affirmé par un ancien membre de cette société, homme d'une véracité parfaite, qu'il avait, pendant son séjour comme élève dans un hôpital de vieillards de Paris, constaté des lésions de ce genre, et voici dans quelles circonstances.

Un de ces infirmiers, dont en cherchant bien on pourrait encore retrouver quelques types, et qui s'imposent une sorte d'autorité dans leurs salles, avait établi de sa propre fantaisie une redevance pécuniaire que chaque malade était tenu d'acquitter quand il recevait un lavement. Ceux qui refusaient de se soumettre à ce tyrannique impôt étaient traités avec une brutalité révoltante et subissaient une introduction de la canule allant jusqu'à déchirure de l'intestin.

Ce sont surtout les phlegmons accompagnés d'eschares à la suite d'une percussion violente dans la région périnéale, qui donnent lieu à des rétrécissements d'une guérison difficile.

J'en ai observé un exemple chez un charpentier, qui, de la hauteur d'un étage, était tombé à cheval sur une traverse de l'étage supérieur.

Chez une femme du service de Curling, à London hospital, la maladie avait pour origine un violent coup de pied reçu dans la région anale quatre ans auparavant.

Une forte pression, sans choc violent et sans corps étranger, semblerait susceptible de déterminer une altération des tuniques du rectum propre à causer le rétrécissement.

Plusieurs femmes, au dire de Curling, font remonter à un accou-

chement laborieux la production de la maladie, car il semble ne rester aucun doute que dans des accouchements de ce genre une lésion a été produite sur l'intestin et est devenue le point de départ d'une altération chronique. Sur un chiffre de trente-huit cas, vingt se rapportaient à des femmes, et neuf d'entre elles faisaient remonter l'origine de la maladie à un accouchement laborieux.

Il est parfaitement admissible que des pressions exercées dans l'excavation pelvienne, et assez puissantes pour produire sur les tissus pelviens et les parois membraneuses, comme celles de la vessie, des eschares suivies de fistules, peuvent fort bien donner lieu à des altérations qui, sans aller jusqu'à gangrène et à perforation, sont susceptibles d'amener le rétrécissement du rectum.

Ce qui détermine le rétrécissement de l'intestin par froncement cicatriciel, ce n'est pas tant la nature de l'ulcération que le degré de profondeur auquel elle a atteint. Dans la dysentérie comme dans diverses phlegmasies, si la muqueuse seule a été atteinte, la cicatrice est plate et le rétrécissement n'a pas lieu. Mais si l'ulcération a pénétré profondément en détruisant le tissu musculaire et en intéressant le tissu fibro-aréolaire, il y a cicatrice froncée et rétrécissement.

(*A suivre.*)

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Hôpitaux de Lyon. — M. le docteur Daniel Mollière est nommé chirurgien-major de l'Hôtel-Dieu.

— M. le professeur Gubler commencera son cours de thérapeutique le samedi 22 mars, à cinq heures, et le continuera à la même heure les mardis, jeudis et samedis suivants.

— Clientèle médicale à céder à cinq lieues de Paris.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Parallèle de l'hystérie et des maladies du col de l'utérus, suivi de mémoires sur la saignée dans la grossesse, la conservation des membres, les contagions mystérieuses, la médication active dans les fièvres éruptives, etc., par le docteur DECHAUX (de Montluçon), médecin de l'hôpital de Montluçon. Paris, 1873. 1 vol. in-8° de 344 pages. — Prix : 5 francs. — J.-B. Baillière et fils.

Principes d'électrothérapie, par le docteur E. CYON, professeur de physiologie à l'Université de Saint-Pétersbourg. Ouvrage récompensé par l'Académie des sciences (médaille d'or 1867). Paris, 1873. 1 vol. in-8° de 280 pages avec figures intercalées dans le texte. — Prix : 4 francs. — J.-B. Baillière et fils.

Le Directeur : Dr E. LE SOURD.

Paris. — Typographie A. POUGIN, quai Voltaire, 13.

N° 35. — MARDI 25 MARS 1873. 46e ANNÉE. MARDI 25 MARS 1873. — N° 35.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Bureaux : 57, rue des Saints-Pères, 57
PRÈS L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix d'abonnement
doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

On s'abonne hors de Paris
dans les bureaux des Messageries et chez les Libraires
Les lettres non affranchies sont refusées.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui n'en peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS		POUR L'ÉTRANGER
Trois mois. .	8 fr. 50 c.	le port en sus suivant les derniers tarifs des Postes.
Six mois. . .	16 —	
Un an. . . .	30 —	

Paris, le 24 mars 1873.

SÉANCE DE L'ACADÉMIE DES SCIENCES

Un des noms qui se rattachent avec le plus d'éclat à l'histoire encore récente des régénérations osseuses, est sans contredit celui de M. Ollier. L'éminent chirurgien n'a pas dit encore son dernier mot sur cet intéressant sujet. M. Nélaton présente en son nom une note intitulée : *Des moyens d'augmenter la longueur des os et d'arrêter leur accroissement; application des données expérimentales à la chirurgie.*

L'auteur établit d'abord, d'après les expériences qu'il a recueillies sur les animaux, ces deux faits essentiels : 1° en irritant par incision, par cautérisation ou autre moyen, la moelle, le périoste ou la substance osseuse indistinctement de la diaphyse, on obtient un allongement de l'os, mais à condition que l'irritation sera suffisamment persistante ; cet accroissement peut aller jusqu'à un dixième de la longueur totale de l'os ; 2° L'irritation intense du cartilage de conjugaison par broiement, dilacération répétée de sa substance, produit comme résultat définitif un arrêt sensible de l'accroissement.

Ces faits de l'expérimentation étant confirmés par l'observation clinique qui nous montre, en effet, tantôt un allongement de l'os enflammé, tantôt un arrêt d'accroissement, M. Ollier a eu la pensée de les utiliser dans la pratique chirurgicale. « Si, par exemple, le radius est ralenti ou arrêté dans son accroissement par une ostéite épiphysaire avec altération de son cartilage de conjugaison inférieur, le cubitus, continuant à s'accroître selon les lois de son développement normal, il dépassera le radius en bas. Il déjettera alors la main sur le bord radial du membre, et il en résultera une déviation très-choquante au point de vue de la forme, et très-gênante au point de vue fonctionnel. Si alors on arrête l'accroissement du cubitus, par la destruction de son cartilage de conjugaison inférieur, on fait cesser la déviation de la main, qui reprend peu à peu sa position normale à mesure que le radius s'accroît. Supposons, d'autre part, une ostéite de la partie moyenne de la diaphyse avec hypertrophie considérable de cet os. Le cubitus resté sain et n'ayant pas été influencé par l'inflammation de voisinage, ne peut suivre le radius dans son allongement, et, tout en croissant régulièrement, se trouve bientôt notablement plus court. Il en résulte une déviation de la main, qui s'incline de plus en plus vers le bord cubital de l'avant-bras. Pour remédier à cette déviation de la main, il y a un moyen efficace, c'est d'activer l'accroissement du cubitus. Or, la position superficielle de la diaphyse de cet os permettra d'agir sur son périoste, soit par des irritations sous-cutanées, soit par des cautérisations, de manière à entretenir à son niveau une irritation, dont le résultat sera une hypertrophie de l'os en longueur. »

M. Ollier n'a pas encore mis en pratique son procédé sur l'homme, et nous espérons que d'ici au moment où l'occasion se présentera de le faire, l'éminent chirurgien, revenu à des sentiments moins enthousiastes pour un joli procédé de laboratoire, aura la bonne idée d'y renoncer. Il ne nous paraît pas prudent, en effet, sous prétexte de prévenir une *difformité plus ou moins choquante et une gêne dans le mouvement fonctionnel*, de se livrer, sur un os sain, à des traumatismes qui peuvent être suivis des plus fâcheux résultats, si l'on songe surtout que les ostéites sont, le plus souvent, l'indice d'un état général peu favorable aux opérations.

HOPITAL DE LA PITIÉ. — M. Gallard.

Du cathétérisme utérin (1).

Pour le cathétérisme utérin, la femme doit être placée dans la même position que pour l'examen au spéculum. On peut introduire la sonde dans la cavité utérine : soit après avoir préalablement mis le col à découvert au moyen du spéculum, soit, plus simplement, sans le secours d'aucun autre instrument.

Dans le premier cas, le spéculum de Ricord est le seul dont on puisse faire usage, encore faut-il que ce soit le vrai spéculum à une seule charnière.

Depuis quelque temps, les fabricants d'instruments ont pris la mauvaise habitude de faire des spéculums, façon Ricord, à deux charnières; ce sont de détestables instruments pour l'usage de la sonde ; ils sont aussi incommodes que les spéculums pleins, que l'on ne peut pas retirer quand la sonde est introduite. Avec le véritable spéculum de Ricord, au contraire, comme il y a un espace libre qui sépare supérieurement les deux valves, dans

(1) Le cathétérisme utérin mal pratiqué peut donner lieu à des accidents si graves, que nos lecteurs liront avec intérêt les pages suivantes, détachées par M. Gallard des *Leçons cliniques sur les maladies des femmes*, que notre confrère va publier prochainement chez J.-B. Baillière.

toute leur longueur, on peut, par cet intervalle, faire passer le manche de la sonde, qu'on laisse en place au moment où l'on retire le spéculum. Ce retrait du spéculum s'opère aussitôt que le bec de la sonde a été introduit dans la cavité du col, et alors qu'elle y a pénétré de 2 ou 3 centimètres seulement. On la maintient en place, en tenant le manche de la main droite, au moment où l'on retire le spéculum de la main gauche.

Dans le second procédé — et c'est celui que je vous engage à employer de préférence, quoiqu'il exige un peu plus d'adresse — vous pratiquez d'abord le toucher avec la main gauche; vous placez le doigt indicateur sur la lèvre postérieure du col, immédiatement en arrière de l'orifice externe, que vous devez sentir sous la pulpe de votre doigt; puis, sur ce doigt vous glissez l'instrument, sa convexité étant en arrière, et, par conséquent, le bec en haut, jusqu'à ce qu'il arrive à l'orifice du museau de tanche. S'il s'agit d'une femme qui a eu des enfants, la manœuvre sera généralement plus facile; comme le col est cylindrique et que son ouverture est assez large, la sonde, dirigée sur l'indicateur gauche, pénétrera sans le moindre effort dans cet orifice.

Chez la femme qui n'a pas eu d'enfants, une première difficulté peut résulter de l'étroitesse de l'orifice externe du col; il arrive quelquefois qu'il n'a pas un calibre assez grand pour permettre l'introduction de la sonde; et, même dans les cas où son étroitesse n'est pas suffisante pour constituer un obstacle insurmontable, comme le col est conique, comme son orifice est situé à l'extrémité la plus étroite du cône, la sonde glisse sur les parois latérales et s'enfonce dans les culs-de-sac vaginaux, alors qu'on tente de la faire pénétrer dans cet orifice. En pareil cas, il vaut mieux ne pas se fatiguer en tentatives infructueuses, qui prolongeraient inutilement l'examen, et se décider au plus vite à faire usage du spéculum. On reconnaît alors facilement si l'obstacle résulte de l'étroitesse de l'orifice externe du col, et, si on ne peut y faire pénétrer le bec de la sonde : ou l'on choisit un instrument d'un calibre plus étroit, ou l'on pratique, avec le bistouri, deux petites incisions latérales sur le col, pour élargir l'orifice du museau de tanche. Ces petites incisions, qui ne peuvent avoir le moindre inconvénient, suffisent pour permettre de franchir l'orifice externe du col utérin. Mais il ne faut pas oublier que, à l'état normal, l'orifice interne n'a pas un calibre supérieur à celui de l'orifice externe, qu'il est même plus étroit; aussi l'élargissement de l'orifice externe par de petites incisions latérales, ne peut-il être utile pour faciliter le cathétérisme que si la coarctation est formée par des brides cicatricielles, et non si elle est due à une conformation congénitale. Quand le col est dévié, son orifice est plus difficile à atteindre pour y faire pénétrer le bec de la sonde; mais c'est là une difficulté résultant d'un état pathologique et dont nous n'avons pas à nous occuper en ce moment, puisque nous supposons la parfaite intégrité physiologique des organes que nous examinons.

Dès que le bec de la sonde a pénétré de 2 ou 3 centimètres dans le canal cervical, on retire le spéculum, si on s'est servi du secours de cet instrument, et on introduit le doigt indicateur gauche dans le vagin, en le dirigeant au-dessous de la sonde qui lui sert de guide jusqu'au col. A dater de ce moment, les manœuvres sont absolument les mêmes que si l'on n'avait pas fait usage du spéculum.

La sonde a été introduite étant dirigée d'avant en arrière, le manche est donc porté en avant, vers le pubis, et la concavité de la courbure se trouve également en avant, au moment où le bec vient de s'engager à travers l'orifice externe dans la cavité cervico-utérine. Si on continuait à pousser dans cette direction, le bec de l'instrument irait refouler la paroi postérieure du col, ce que l'on sentirait parfaitement sur la pulpe du doigt indicateur gauche, qui a dû se porter le long de cette paroi postérieure, pour surveiller et diriger les mouvements de la sonde. Il faut alors abaisser entre les cuisses le manche de la sonde, de façon à relever le bec de l'instrument et à le ramener dans l'axe du détroit supérieur du bassin. Ce simple mouvement, exécuté avec la plus grande douceur, suffit pour dégager le bec de la sonde de la paroi utérine postérieure contre laquelle il buttait, et le replacer dans l'axe du conduit qu'il doit parcourir; aussi, quand l'utérus affecte sa position normale, voit-on la sonde pénétrer en quelque sorte d'elle-même à mesure que l'on abaisse son manche, en le portant d'avant en arrière. Ce mouvement doit, comme je vous l'ai dit, et je ne saurais trop vous le répéter, être pratiqué avec la plus grande douceur; la sonde doit pénétrer en quelque sorte toute seule, et vous devez la tenir assez légèrement pour la guider, sans qu'il vous soit possible de forcer un obstacle si vous en rencontrez. De la douceur avec laquelle il est procédé dépend, en effet, toute l'innocuité de ce moyen d'exploration, qui n'est dangereux qu'entre des mains inhabiles.

Des obstacles sérieux peuvent, même dans les conditions les plus normales, s'opposer au cathétérisme et devenir un danger redoutable pour celui qui songerait à les franchir brutalement et de haute lutte. Il peut arriver en effet que le bec de la sonde s'engage sous un des replis de l'arbre de vie formant valvule; alors, si l'on veut forcer, on déchirera le tissu utérin, on fera une fausse route, on pourra même perforer la matrice et pénétrer jusque dans le péritoine. Vous prévoyez, sans que j'y insiste, toute les conséquences funestes d'une semblable manœuvre. Ne forcez donc jamais; reculez devant l'obstacle; retirez un peu votre sonde; faites mouvoir son bec dans différents sens, il se dégagera de la valvule sous laquelle il était venu butter, il reprendra la direction du canal cervical et pénétrera plus loin, sans encombre.

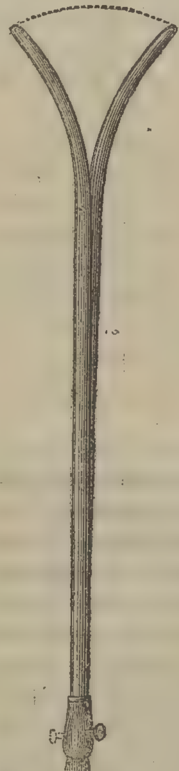


Fig. 1. — Arc de cercle que parcourt le bec de la sonde quand on la retourne simplement pour changer sa direction.

A défaut d'une simple valvule, l'obstacle peut résulter d'une flexion de l'utérus, et alors, au lieu de continuer à pousser le bec de l'instrument dans la direction normale du canal utérin, il faudra le diriger précisément dans le sens de la flexion. Ce mouvement doit être exécuté avec une certaine précaution, que je veux vous indiquer dès à présent, quoique ce soit une manœuvre commandée pour l'examen d'un état pathologique, et qu'il n'est nullement nécessaire de pratiquer pour pénétrer dans la cavité utérine, à l'état physiologique et sain.

Lorsque le bec de votre sonde rencontre un obstacle qu'il est impossible de franchir après de légères tentatives faites en retirant un peu l'instrument et dirigeant son bec dans différents sens; si surtout le doigt introduit dans le vagin vous permet de sentir une tumeur située en arrière du col ou sur ses côtés, vous penserez que l'organe est en état de flexion, et, pour pénétrer jusque dans la cavité utérine ainsi fléchie, il vous faudra, de toute nécessité, diriger dans le sens de cette flexion la courbure de votre instrument, que jusque-là vous

aurez maintenue en avant. Mais pour porter cette courbure, soit sur les côtés, soit en arrière, il ne vous suffit pas de faire opérer un simple mouvement de rotation au manche de l'instrument. Si vous procédiez ainsi, vons feriez décrire au bec de votre sonde un arc de cercle considérable (fig. 1), et qui, se passant dans une cavité aussi étroite que celle du col ou même du corps de la matrice, dont les parois sont rapprochées, au contact l'une de l'autre, y déterminerait des désordres ou tout au moins des froissements pénibles et douloureux. Considérez au contraire le bec de la sonde comme un centre immobile, et faites décrire le mouvement d'arc de cercle au manche de l'instrument, et alors le bec pourra être porté dans les diverses directions suivant lesquelles il devra se présenter dans le canal cervico-utérin pour y pénétrer plus profondément sans exercer aucune déchirure, aucun froissement ou tiraillement sur la muqueuse qui tapisse ce conduit. La figure 2 indique comment ce

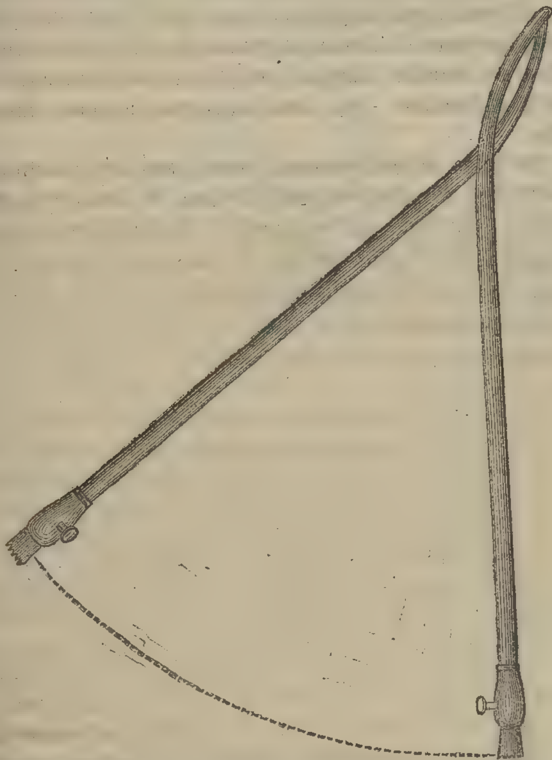


Fig. 2. — Mouvement à imprimer au manche de la sonde utérine pour changer sa direction en déplaçant le moins possible son extrémité, qui est introduite dans l'utérus.

mouvement doit être exécuté, et il importe de procéder ainsi, non-seulement quand il s'agit de changer complétement la direction de la sonde et de porter tout à fait en arrière — comme cela est indispensable quand il y a rétroversion ou rétroflexion — sa concavité, qui, dans l'exploration de l'utérus normal, doit être maintenue, dirigée en avant ; mais aussi quand on fait ces tâtonnements que je vous ai dit être nécessaires et pour glisser la sonde entre les divers obstacles provenant de valvules formées par l'arbre de vie, qui gênent plus ou moins son introduction, et pour replacer le bec dans l'axe du canal cervical. C'est pourquoi il m'a paru bon de vous signaler dès à présent cette petite manœuvre.

En général, la sonde, une fois introduite dans le col, parcourt assez facilement toute sa cavité pour arriver à l'orifice interne. A cette portion rétrécie du canal, qui le fait communiquer avec la cavité utérine, vous éprouvez, sinon toujours, du moins presque toujours, un temps d'arrêt à l'état normal. Si vous retirez alors votre sonde en maintenant le doigt au point d'affleurement de l'orifice externe, vous voyez qu'elle avait pénétré de 2 centimètres et demi à peine, s'il s'agit d'une femme qui n'a pas eu d'enfants, de 3 centimètres environ dans le cas contraire ; et ces mesures vous donnent la longueur normale de la cavité du col. Si vous n'avez aucun intérêt à connaître la longueur du col, vous pouvez vous dispenser de retirer la sonde, et, en glissant l'extrémité unguéale de l'indicateur le long de la tige, jusqu'à ce que vous ayez senti l'encoche pratiquée sur cette tige, vous apprécierez, d'après la distance qui sépare cette encoche de l'orifice externe, la longueur dont l'instrument doit encore pénétrer pour arriver jusqu'au fond de la cavité utérine.

Mais, même quand vous avez acquis la conviction que vous êtes arrêté par le rétrécissement résultant de la coarctation de l'orifice interne, même quand le toucher méthodiquement pratiqué vous a donné la certitude qu'il n'existe ni flexion, ni tumeur, gardez-vous d'exercer une violence quelconque pour vaincre la résistance que vous rencontrerez, car un cathétérisme brutal est toujours dangereux. D'après la façon dont s'emboîtent les arbres de vie, leurs saillies seules peuvent constituer l'obstacle que la contraction spasmodique des fibres musculaires utérines peut rendre plus difficile à franchir. C'est ce qui explique — sans qu'il soit nécessaire d'admettre, pour l'orifice interne, la présence d'un sphincter spécial que l'anatomie ne montre pas — comment il se fait que le cathétérisme, très-facile à un moment, soit devenu à peu près impossible le lendemain ou à quelques instants de distance. En général, plus vous vous rapprocherez de l'époque des règles, plus l'opération sera facile, et vous ne devez pas être surpris s'il vous arrive parfois de ne pouvoir pénétrer au milieu de la période intermenstruelle, dans un utérus que quelques jours auparavant vous aviez exploré sans la moindre difficulté et que la sonde parcourera tout aussi librement quelques jours plus tard. Dans ces cas, il y a tout avantage à ne pas insister, et il faut retirer la sonde, sauf à recommencer une seconde tentative à une autre séance.

D'autres fois, l'obstacle est tout à fait matériel et résulte de la présence de petites tumeurs polypeuses plus ou moins pédiculées, ayant à peine le volume d'un grain de riz ou d'un pepin d'orange qui, développées au niveau de la portion intermédiaire du col et du corps, oblitèrent à peu près hermétiquement l'orifice interne du col et rendent tout cathétérisme impossible, même avec les stylets les plus fins. C'est surtout dans ces cas, que rien ne peut vous faire prévoir à l'avance, qu'il s'agit de procéder avec réserve et prudence, et de ne pas insister, sous peine de faire fausse route ou de produire des déchirements dangereux.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Séance du 14 novembre 1872. — Présidence de M. Lunier, vice-président.

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

CORRESPONDANCE

La correspondance comprend :

Une série de mémoires envoyés par M. le docteur Bouyer, d'Amélie-les-Bains, à l'appui de sa candidature au titre de membre correspondant. Ces mémoires sont :

1° Sa thèse inaugurale (1862) : *Étude sur les eaux minérales d'Amélie-les-Bains.*

2° *Considérations pratiques sur l'asthme, sa nature, ses différentes*

formes et sur l'action des eaux sulfureuses d'Amélie-les-bains, appliquées au traitement de cette affection (1866).

3° *Notice sur le climat d'Amélie-les-Bains* (1867).

4° Une relation manuscrite de *grossesse compliquée pendant les quatre derniers mois d'une névralgie utérine, s'accompagnant de constrictions irrégulières et provoquant des troubles nerveux tétaniformes et l'abolition des facultés sensoriales et intellectuelles. Emploi méthodique et régulier des injections hypodermiques de morphine.* (Une commission composée de MM. Leudet, Aimé Martin et Charrier, rapporteur, est nommée pour statuer sur la demande de M. Bouyer.)

— Une brochure *sur l'étiologie et la nature de l'érysipèle. Est-il contagieux?* par M. Forget.

— Un mémoire *sur les dyspepsies* du docteur Moncarvo, de Rio de Janeiro, à l'appui de sa candidature au titre de membre correspondant. (Comm. : Lunier, Blondeau, Onimus, rapporteur.)

— Une brochure de M. Aug. Voisin *sur l'alcoolisme et la séquestration des aliénés.*

M. VOISIN insiste, à propos de cette brochure, sur les faits qu'il a observés, au sujet de l'influence de l'ivresse sur les produits de la conception. L'épilepsie, les convulsions du jeune âge, la myélite chronique, sont des conséquences possibles de la conception pendant l'ivresse, quel que soit le liquide ingéré.

M. BOINET fait remarquer que l'on sait depuis longtemps que les enfants des ivrognes sont souvent idiots ou épileptiques, et même une expression spéciale a été employée pour exprimer ce fait : on les appelle souvent les enfants du lundi.

M. ANTONIN MARTIN dit qu'il faut également dans ces statistiques tenir compte de l'état de la femme.

M. GUIBOUT croit que les ivrognes n'ont pas de désirs vénériens, l'ivresse empêchant l'érection.

M. PERRIN observe que la mortalité est très-grande dans les familles d'ivrognes.

M. FORGET remarque qu'il y a une grande différence à faire entre un alcoolique chronique et un homme en état d'ivresse passagère. Un homme de bonne constitution en état d'ébriété accidentelle ne procrée pas un enfant épileptique, tandis que cela n'a lieu que dans l'intoxication alcoolique.

M. LUNIER fait observer que le coït est impossible chez un homme en état d'ivresse complète, mais qu'au contraire, les femmes peuvent être fécondées; c'est ce qui a lieu dans les pays où beaucoup de femmes s'alcoolisent. C'est dans ce cas que l'on observe surtout des enfants mort-nés ou atteints d'affections des centres nerveux.

Il faut néanmoins établir une grande différence entre les boissons alcooliques et le vin; celui-ci ne produit pas l'alcoolisme chronique, tandis qu'il détermine plutôt la paralysie générale. L'étude comparative des affections nerveuses selon chaque département semble en même temps démontrer que les affections alcooliques ont lieu plus fréquemment dans les pays où l'on consomme plus de viande. Il faut exclure de cette statistique les villes, car le genre de vie influe également sur la production de ces maladies.

M. VOISIN dit qu'il aurait pu citer un plus grand nombre d'observations, mais qu'il n'a voulu donner que celles sur lesquelles il n'y a aucun doute. Les cas qu'il a signalés se rapportent à des alcooliques chroniques.

LECTURE

M. GILLETTE lit un rapport sur la candidature de M. Péry (de Bordeaux).

M. AIMÉ MARTIN lit une observation de péritonite rhumatismale.

Observation de péritonite rhumatismale. — L'observation que je présente à la Société de médecine de Paris, m'a paru offrir un véritable intérêt scientifique, non-seulement à cause de la nature spéciale et de la rareté de l'affection qui en fait l'objet, mais aussi parce que j'ai pu, pendant neuf années consécutives, suivre sur un même malade la marche de la diathèse rhumatismale.

J'ai assisté aux premières manifestations de cette diathèse qui, après avoir miné lentement l'organisme, a fini par le détruire.

En décembre 1863, alors que je commençais l'exercice de la médecine, je fus appelé pour donner des soins à un jeune homme, M. L. V..., âgé de dix-sept ans, d'une constitution robuste, qui était atteint d'un rhumatisme articulaire aigu. Lorsque je le vis pour la première fois, je le trouvai en proie à une fièvre ardente; les articulations des vertèbres cervicales, des épaules, des coudes, des poignets, ainsi que celles des genoux et les diverses articulations des pieds, étaient extrêmement douloureuses. Tout mouvement imprimé au malade lui arrachait des cris. A ce moment (24 décembre), il n'y avait encore aucune complication; je prescrivis le traitement par le sulfate de quinine à haute dose, des purgatifs et, en même temps, des potions calmantes et des frictions laudanisées sur les diverses articulations malades, que je fis recouvrir d'ouate et de taffetas gommé.

Dans les premiers jours de janvier 1864, je constatai une amélioration notable dans l'état du malade; les diverses articulations prises devinrent moins tendues et moins douloureuses, la fièvre tomba et tout me faisait espérer une marche rapide vers la guérison, lorsque, le 12 janvier, on vint me chercher en toute hâte, en me disant que le malade était au plus mal. Je ne l'avais pas vu depuis deux ou trois jours et je le trouvai dans un état d'extrême agitation, les traits grippés, la face affreusement pâle, respirant avec une difficulté très-grande, se plaignant d'une gêne et d'une douleur assez vives à la région précordiale; il avait eu, depuis quelques heures, deux syncopes, son pouls était petit et très-fréquent. Les signes que me fournirent la percussion et l'auscultation, c'est-à-dire une matité très-étendue à la région douloureuse, l'éloignement des bruits du cœur, un bruit de frottement péricardique des plus marqués, confirmèrent la première idée que m'avait suggéré l'aspect du malade, qui était évidemment atteint d'une péricardite, dont le début avait été, pour ainsi dire, foudroyant.

Je combattis cette nouvelle affection avec la plus grande vigueur. Je fis appliquer successivement une dizaine de vésicatoires d'une très-large surface à la région du cœur; j'employai les purgatifs drastiques, les diurétiques, j'eus recours à une saignée abondante, qui, au début de la péricardite, produisit le plus excellent effet. Malgré tous ces moyens thérapeutiques, l'épanchement ne se résorba que bien lentement en laissant après lui des fausses membranes qui, pendant près d'une année, entretinrent une gêne de la circulation et enrayèrent la convalescence, qui fut très-longue. M. L. V... ne put guère reprendre sa vie ordinaire que vers la fin de l'année 1864.

Après cette première secousse, la santé générale redevint excellente et se maintint telle pendant deux ans et demi. Pendant ce laps de temps, il n'y eut aucune manifestation symptomatique quelconque de la diathèse qui, ainsi que nous allons le voir, ne faisait que sommeiller.

En juin 1867, brusquement et sans avoir commis aucune imprudence qui puisse expliquer cette invasion nouvelle de la maladie, M. V... est atteint de rhumatisme musculaire généralisé; j'employai, pour combattre cette affection, les divers moyens dont j'avais usé une première fois; mais je n'obtins d'amélioration marquée qu'après une saignée que je renouvelai, avec le même succès, une dizaine de jours plus tard. Au bout de deux mois, mon malade était guéri. Il était entré, depuis quelque temps, comme employé dans une maison de commerce; il put, à la suite de cette récidive, reprendre ses occupations et les continuer, sans interruption, pendant deux années entières sans avoir un jour de maladie pendant cette période relativement longue.

En novembre 1869, M. V... est pris subitement d'une affection qui le force à s'arrêter dans la rue; il vient aussitôt me voir et je constate, pour la seconde fois chez lui, tous les symptômes de la péricardite. Cette récidive ne fut pas de longue durée : la guérison (incomplète, il est vrai) fut obtenue après un mois de traitement; mais à partir de cette époque, la respiration ne fut jamais libre; la voussure précordiale, très-accusée, persista en partie ainsi que l'œdème des extrémités, qui, constant pendant la durée de la péri-

cardite, se reproduisit depuis très-fréquemment, chaque fois que la dyspnée devenait plus forte. La matité, qui persista toujours depuis lors sur une assez grande étendue, et l'éloignement des bruits du cœur et l'impulsion plus forte de cet organe indiquaient un commencement d'hypertrophie; mais je ne constatai aucun bruit anormal qui indiquât l'existence d'une lésion des orifices ou des valvules.

Cette rechute avait été plus grave que la précédente, en ce sens que mon malade, à partir de ce moment, ne recouvra plus la santé complète; il resta valétudinaire et ne put reprendre ses occupations qu'en les interrompant souvent. Il avait, suivant l'expression vulgaire, du plomb dans l'aile; il traîna pendant quelques mois de cette façon, venant me voir fréquemment pour se plaindre de ses oppressions; il appliqua, à plusieurs reprises, suivant mon conseil, de larges vésicatoires à la région du cœur, et chacune de ces applications fut suivie d'un soulagement marqué.

Le 23 mai 1870, il me fit demander pour quelques douleurs vagues dans les articulations; je le trouvai avec de la fièvre, de l'embarras gastrique; les articulations n'étaient pas douloureuses au toucher, mais elles étaient le siége de douleurs vagues assez aiguës. Je prescrivis un vomitif et du sulfate de quinine. Le lendemain, le tableau avait tout à fait changé: presque toutes les articulations qui avaient été atteintes une première fois étaient reprises; la rougeur, la tuméfaction, la chaleur de la peau, des douleurs très-vives au moindre mouvement, tous ces symptômes indiquaient une invasion nouvelle du rhumatisme articulaire aigu. J'ordonnai une potion opiacée et des fomentations calmantes sur toutes les articulations atteintes, en même temps que la continuation du sulfate de quinine. Tout se passa d'une manière normale pendant quelques jours; je vis le malade le 28 mai, au matin, il allait aussi bien que possible, et je constatai avec étonnement et non sans quelque appréhension, la rapide disparition des symptômes inflammatoires, si violents quatre jours auparavant. Le soir du même jour, je fus rappelé auprès du malade; je ne puis m'y rendre que quatre ou cinq heures après avoir été demandé. J'avais laissé le matin un quasi-convalescent, je retrouvai, le soir, un moribond. Il était étendu dans son lit, n'ayant aucune conscience de ce qui se passait autour de lui, râlant, dans un état comateux complet; les pupilles étaient extrêmement contractées, le pouls irrégulier et tumultueux. On me raconta qu'il avait été pris, toujours brusquement, d'une sorte de délire, dont la violence était telle qu'on avait dû appeler plusieurs personnes pour le maintenir dans son lit. Il ne parlait, pendant cette crise, que de meurtres et de scènes sanglantes auxquelles il croyait assister.

Après trois heures de cet état d'excitation, était survenu un assoupissement profond, comateux; sa respiration était devenue stertoreuse; il était depuis deux heures dans cette dernière situation, lorsque je pus l'examiner. L'état me parut presque désespéré; il fallait agir avec promptitude et énergie, faire une révulsion violente et immédiate, ou bien pratiquer une évacuation sanguine; c'est à ce dernier parti que je m'arrêtai, me souvenant que je n'avais jamais obtenu de bons résultats dans le traitement des divers accidents que j'avais observés chez ce malade que par ce moyen. Je n'hésitai pas, en présence d'un cas aussi grave et qui exigeait une médication extemporanée, je n'hésitai pas, dis-je, à pratiquer une saignée des plus copieuses (une des plus copieuses qui aient jamais été faites!) Je remplis une cuvette assez grande, je la remplis jusqu'aux bords et je fus, malgré mon audace, bien étonné quand on me dit, le lendemain matin, que j'avais tiré au malade l'énorme quantité de 1,280 grammes de sang.

Ce qui m'enhardit à laisser couler autant de sang, ce fut d'abord la constitution de mon malade, qui était très-vigoureuse, ainsi que je l'ai dit en commençant; ce fut ensuite et surtout, l'amélioration incontestable qui se produisit, sous les yeux des assistants, dans l'état du malade, à mesure que la cuvette se remplissait. La saignée fut pratiquée à minuit, à deux heures du matin le malade reprit connaissance; mais le point important, sur lequel je dois surtout insister, parce qu'il explique mon apparente témérité, c'est que, pendant la saignée, la respiration était devenue moins stertoreuse, les pupilles s'étaient un peu dilatées et le pouls était redevenu régulier.

Le lendemain matin, lorsque je revis M. V..., les articulations étaient prises de nouveau; les douleurs étaient intolérables, me disait-il; mais il n'y avait plus de traces des accidents cérébraux de la veille; le malade n'en avait conservé aucun souvenir; il ne se plaignait que d'une céphalalgie fort supportable.

Cette brusque disparition des symptômes du rhumatisme cérébral à forme délirante me surprit infiniment, je n'ai pas besoin de le dire, mais je n'étais pas à bout de surprises avec mon malheureux malade.

Aussitôt que la nouvelle poussée de rhumatisme articulaire fut guérie, et ce ne fut pas long, j'envoyai M. V... aux eaux d'Aix en Savoie, où il fit, sous la direction du docteur Vidal, nne saison complète qui produisit, momentanément, le meilleur résultat.

De retour à Paris, quelque temps avant l'investissement de la ville par les Prussiens, M. V... qui, depuis son retour des eaux, se sentait mieux portant et plus valide, fit partie d'un des bataillons de marche de la garde nationale; il supporta à merveille, à mon grand étonnement, les fatigues incessantes des gardes de tranchées, des marches répétées, le séjour prolongé dans l'humidité, le froid rigoureux, les privations de toutes sortes. Je le vis à plusieurs reprises pendant le siége; il se plaignait d'avoir, de temps en temps, des oppressions, des palpitations, mais il ne ressentait aucune douleur, et il allait aussi bien que possible. Je l'auscultai à plusieurs reprises, à cette époque, et ne constatai, comme précédemment, que les signes d'une hypertrophie du cœur, légère et d'une gêne dans les mouvements de cet organe, sans trace de lésions des valvules ou des orifices.

L'année 1871 s'écoula sans que le rhumatisme reparût. M. V..., sur mon conseil, repartit, au mois de juillet, pour les eaux d'Aix, où il fit encore une saison, et d'où il revint dans un état relativement satisfaisant.

Rien de nouveau à signaler jusqu'au 15 mars 1872. A cette époque, M. V... fut pris, sans symptômes prodromiques, de douleurs très-aiguës dans les lombes et les parois abdominales, avec rétraction de ces parois, extrême sensibilité à la palpation, constipation, fièvre et sueurs profuses, le véritable type du rhumatisme pré-abdominal décrit par Chomel. J'étais alors absent de Paris, et M. le docteur Linas fut appelé à donner des soins au malade, auquel il prescrivit des applications émollientes, des frictions avec un liniment opiacé et des purgatifs. Au bout de quelques jours, de retour à Paris, je vis le malade avec M. Linas, auquel je fis l'historique des diverses migrations de la diathèse rhumatismale chez M. V... A la suite de notre consultation, nous ordonnâmes une application de sangsues sur le ventre, puis de larges vésicatoires. Vers le 15 avril, tous les symptômes avaient disparu.

Après cette dernière épreuve, M. V... eut une santé plus chancelante encore que par le passé. Outre les oppressions qui ne l'avaient jamais quitté depuis 1869, il devint sujet à des douleurs erratiques presque continuelles: ces douleurs, qui siégeaient dans les articulations et les muscles, disparaissaient rapidement, mais elles se reproduisaient sans cesse et ne lui laissaient pas de repos. Le sommeil fut constamment agité et difficile, l'appétit irrégulier; son caractère, qui jusqu'alors était resté très-égal, s'aigrit; il devint aussi irritable qu'il avait été calme. Le pouls était rarement fréquent, et, malgré ses souffrances continuelles, M. V... n'eut pas à s'aliter un seul jour jusqu'au mois de juillet dernier, époque où il retourna, pour la troisième fois, à Aix-les-Bains.

Les eaux ne produisirent pas une amélioration aussi marquée qu'en 1870 et 1871; néanmoins les douleurs devinrent plus supportables et moins continues.

M. V... vint me consulter cinq ou six fois dans les premiers jours d'octobre, pour ces douleurs qui, à partir de ce moment, redevinrent plus vives, pour ses palpitations et pour son oppression qui ne cessaient pas. L'auscultation ne me fournit aucun indice nouveau; je soumis le malade aux bains de vapeur, et je fis appliquer, à la

région précordiale, un nouveau vésicatoire qui le soulagea un peu; le pouls était normal.

Le 27 octobre, il vint me voir une dernière fois, à une heure de l'après-midi; il se sentait très-faible, et il avait dû se faire accompagner chez moi par sa mère. Il se plaignit d'un malaise général, de frisson, de douleurs vagues dans les lombes et dans l'abdomen; le pouls était fréquent, la peau chaude et sèche. Depuis l'apparition de ces divers symptômes, les douleurs articulaires avaient disparu. Je craignis de voir survenir un rhumatisme pré-abdominal, semblable à celui que j'avais observé sur mon malade quelques mois auparavant. Je lui conseillai de rentrer chez lui, de se mettre au lit et de se faire des frictions sur les parties douloureuses avec un liniment opiacé-belladoné que je lui prescrivis. Je lui promis d'aller le voir le lendemain.

Le soir même, à dix heures, on vint me chercher. Je me rendis auprès du malade, et je le trouvai avec une fièvre intense (cent quarante pulsations); le pouls très-petit, la peau brûlante. Il se plaignait de douleurs atroces dans tout le ventre, qui était extrêmement sensible à la pression, très-ballonné, très-sonore dans sa plus grande étendue, mat vers les parties déclives; la face était profondément altérée; elle avait un aspect terreux; l'expression en était anxieuse. Le malade avait eu de fréquentes envies de vomir depuis qu'il s'était mis au lit, et, maintenant, il vomissait à chaque instant des matières bilieuses et porracées. Il n'y avait ni diarrhée, ni constipation; une garde-robe, qui venait d'être rendue et qui me fut montrée, était tout à fait normale.

Je ne pouvais me tromper sur cet ensemble de symptômes si caractéristiques : c'était une péritonite dont le début avait été aussi foudroyant que celui d'une péritonite par perforation. Dans ce cas, l'étiologie ne fit pas de doute pour moi; c'était bien, à mes yeux, une véritable péritonite rhumatismale. Comme toujours chez mon malade, lorsqu'avait apparu une manifestation prédominante de la diathèse, les manifestations secondaires avaient disparu; à ce moment, il n'y avait, en effet, plus de trace des douleurs articulaires.

Je prescrivis l'application de quinze sangsues sur l'abdomen; puis, après les sangsues, de larges cataplasmes, très-peu épais, de farine de graine de lin, délayée dans la décoction de tête de pavot, et arrosés de laudanum. Je fis prendre, en outre, une potion de Rivière et un mélange de sirop de morphine et de chloral, que je fis supporter en le donnant avec de la glace pilée. Je pensai compléter le traitement dès le lendemain, en donnant le calomel à doses fractionnées, et en prescrivant les frictions mercurielles; mais le lendemain 28 octobre, mon malade agonisait; vers le soir, il râlait; sa face était devenue cadavérique; les extrémités étaient froides et œdématiées. Il succomba le 29 au matin.

Je dois ici noter ce point important, c'est que les parents de M. V... — son père et sa mère — n'étaient pas rhumatisants. Le père est mort, il y a une douzaine d'années, d'une pneumonie; il n'avait, au dire des gens qui l'ont connu, jamais éprouvé d'accidents de nature rhumatismale. La mère, qui vit encore et que je connais depuis neuf ans, n'est pas non plus rhumatisante. Quant à sa fille, la sœur de M. V..., elle est très-robuste, très-vigoureuse, comme l'était son frère au début de sa maladie, et elle n'a jamais eu aucun symptôme de rhumatisme. En remontant aux ascendants maternels et paternels, je n'ai pu avoir que des renseignements incomplets; mais, dans tous les cas, s'il y a eu des rhumatisants parmi eux, ils ont dû l'être à un bien faible degré, puisque la tradition de famille ne m'a rien appris à cet égard. Je dois aussi préciser qu'à aucune époque M. V... n'a été atteint d'éruptions dites rhumatismales.

Je ne sais si vous trouverez, messieurs, que j'ai été dans le vrai en intitulant ce petit travail : *Observation de péritonite rhumatismale.* Pour moi, je l'avoue, la nature rhumatismale de cette affection ne fait pas l'ombre d'un doute.

D'abord, le malade, pendant les neuf années durant lesquelles je l'ai suivi, pour ainsi dire pas à pas, n'a pas eu jusqu'à sa dernière maladie une affection quelconque qui ne fût de nature rhumatismale.

Rhumatisme articulaire aigu en 1863.
Péricardite en 1864.
Rhumatisme musculaire en 1867.
Nouvelle péricardite en 1869.
Rhumatisme articulaire en 1870.
Rhumatisme cérébral en 1870.
Rhumatisme pré-abdominal en mars 1872.
Rhumatisme erratique, de mars à octobre 1872.

Et enfin, cette péritonite, qui ne ressemble guère aux péritonites ordinaires si rares chez l'homme en dehors du traumatisme. Son début foudroyant ne peut être comparé, ainsi que je l'ai dit plus haut, qu'à celui de la péritonite par perforation, et la rapidité inouïe de sa marche en fait vraiment une affection à part. Ce qui me semble encore militer en faveur de mon opinion et prouver que cette péritonite était bien une manifestation de cette diathèse à forme si essentiellement migratrice, c'est la disparition complète des autres symptômes diathésiques au moment de son début. Il en avait été de même lorsque le rhumatisme cérébral s'était déclaré, et l'on se souvient que ces symptômes avaient reparu immédiatement après la guérison de cette affection. On n'oubliera pas non plus que le début du rhumatisme cérébral avait été aussi foudroyant que celui de la péritonite, ce qui permet de conclure à la nature identique de ces deux affections, nature qui ne peut être contestée un seul instant pour la première d'entre elles.

On admet, du reste, depuis bien longtemps, que le rhumatisme, semblable à Protée, peut revêtir toutes les formes et se porter sur tous les systèmes de l'économie. En parlant du rhumatisme cérébral, Trousseau écrivait (*Clinique médicale de l'Hôtel-Dieu*, 2e édit., t. II, p. 724) : « Des faits de ce genre nous autorisent à admettre l'existence d'un rhumatisme se portant d'emblée sur le cerveau comme il se porte d'emblée sur les articulations; seulement ce dernier cas est le plus fréquent. Et ce que nous disons du rhumatisme cérébral, nous l'admettons aussi pour les autres manifestations rhumatismales, telles que la péricardite, l'endocardite et la pleurésie. »

L'existence d'une péritonite rhumatismale n'est pas moins admissible, à mon sens, que celle d'une pleurésie de même nature. Dans sa thèse inaugurale (*Du rhumatisme et de ses diverses manifestations*), mon excellent ami, le docteur Fernet écrit : « Le rhumatisme des grandes séreuses est bien plus commun que le précédent (celui des synoviales); il occupe le péricarde, la plèvre, l'arachnoïde, le péritoine. »

M. Chauffard a observé plusieurs péritonites partielles qu'il a considérées comme de nature rhumatismale (*Arc. gén. de méd.*, juin, 1863, p. 662). Il en donne les raisons suivantes : « Toutes les conditions pathogéniques ordinaires de ces lésions se trouvant écartées (*Maladies des organes génito-urinaires, état puerpéral*), n'étions-nous pas amenés fatalement à l'affection rhumatismale comme cause affective et productive de la maladie? La constitution médicale régnante, la nature des conditions provocatrices, l'évolution de la maladie, la résolution franche de ces inflammations redoutables, tout cela ne nous conduisait-il pas à admettre, dans ces inflammations, le caractère rhumatismal? »

La plupart des raisons qu'invoque M. Chauffard, ne puis-je les invoquer à mon tour en faveur de mon opinion sur la nature de la péritonite que j'ai observée? Ne puis je pas y ajouter une raison plus déterminante encore? C'est ma connaissance ancienne de la nature de mon malade, chez lequel j'ai assisté à l'évolution complète d'une diathèse dont j'ai retrouvé l'expression et la marque dans toutes les affections dont il a été atteint, pendant neuf années consécutives, depuis la première, jusqu'à celle à laquelle il a succombé.

J'espère, messieurs, que tous les motifs que je viens d'invoquer, et plus encore qu'eux, l'histoire complète que je vous ai faite de cette longue maladie, à phases si diverses, vous auront convaincus comme moi et justifieront, à vos yeux, le titre que j'ai donné à l'observation que je viens de vous lire.

M. DUROZIEZ, à propos de cette observation, fait remarquer que

la péritonite rhumatismale est plus fréquente qu'on ne le croit généralement. Il en a vu un exemple très-net chez un enfant de dix-sept ans, et M. Bouillaud a déjà insisté sur ces différentes manifestations rhumatismales.

M. PETER a vu un fait analogue, et se propose de le communiquer à la Société dans la prochaine séance.

La séance est levée à six heures un quart.

Le secrétaire annuel : ONIMUS.

VARIÉTÉS

Dictionnaire de médecine et de thérapeutique médicale et chirurgicale, par MM. BOUCHUT et DESPRÉS. — *Deuxième édition* avec 754 figures intercalées dans le texte (1).

Cet ouvrage renferme : 1° la description aphoristique de toutes les maladies médicales et chirurgicales, faite de façon à ce qu'on puisse y trouver tout ce qu'il y a d'important et de vrai dans chaque maladie ;

2° Les indications thérapeutiques offertes par chacune des maladies médicales ou chirurgicales ;

3° La description de tous les procédés importants de la médecine opératoire, avec les figures indispensables d'anatomie chirurgicale ;

4° Tout un traité d'accouchements et d'opérations obstétricales ;

5° La description de toutes les maladies des yeux, avec les figures d'anatomie pathologique, de chirurgie oculaire et d'instrumentation nécessaires ;

6° Toute l'odontotechnie et ce qui se rattache aux maladies et opérations dentaires .

7° Toute l'électro-thérapie par courants d'induction et par courants continus, avec la figure de tous les appareils à employer ;

8° Toute la matière médicale et la pharmacologie, avec l'indication des cas où chaque substance est employée, ainsi que les doses qu'il faut mettre en usage ;

9° Enfin, toutes les eaux minérales de France et de l'étranger, avec l'appréciation de leurs propriétés dans telle ou telle maladie.

Le succès si rapide de la première édition de cet ouvrage a prouvé son utilité, et les médecins ont compris combien il pouvait leur être utile d'avoir, sans aucune exception, en un seul gros volume tout ce qui intéresse la pratique de la médecine et de la chirurgie. Dans cette seconde édition se trouvent deux cents nouvelles figures et la quantité de formules récentes parues depuis 1860.

D'une part, elle renferme la description de toutes les maladies et les remèdes ou formules à employer ; et, de l'autre, on y trouve toutes les substances de la matière médicale, ainsi que leurs doses dans les maladies où il convient de les employer. — Chaque médication est appréciée par les auteurs qui, à l'aide de signes abréviatifs, disent ce qui est excellent, ce qui est bon, ce qui est mauvais, ou, enfin, ce qu'il est nécessaire de vérifier.

(1) Un volume grand in-8 de 1,500 pages, sur deux colonnes. Prix 25 fr. — Germer Baillière.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

MM. les docteurs en médecine qui ont obtenu de M. le ministre de l'instruction publique l'autorisation de faire un cours public dans les amphithéâtres de l'École pratique, sont prévenus que la distribution aura lieu jeudi, 27 mars 1873, à midi précis, dans la salle du Conseil de la Faculté.

— *Hôpitaux de Bordeaux.* — Un concours pour la place de chef-interne, médecin résidant à l'hôpital Saint-André, s'ouvrira le mardi 13 mai 1873. Les inscriptions seront reçues, à Bordeaux, jusqu'au samedi 12 avril inclusivement, au secrétariat de l'Administration des hospices, 91, cours d'Albret, où l'on trouvera toutes les conditions du concours.

— *École vétérinaire d'Alfort.* — Un concours sera ouvert, le lundi 13 octobre 1873, à l'École vétérinaire d'Alfort, pour la nomination à deux emplois de chef de service de pathologie et de clinique, vacants à cette École.

Le programme de ce concours se distribue : à Paris, au ministère de l'agriculture et du commerce (direction de l'agriculture, 1er bureau); au chef-lieu de chaque département, dans les bureaux de la préfecture, et au secrétariat des trois Écoles vétérinaires d'Alfort, de Lyon et de Toulouse.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Les affections vénériennes et leur prophylaxie générale à Bordeaux, par le docteur Louis LANDE, professeur suppléant à l'École de médecine de Bordeaux. In-8°. — Prix : 2 francs. — Paris, 1873. G. Masson.

Le Directeur : Dr E. LE SOURD.

Paris. — Typographie A. POUGIN, quai Voltaire, 13.

Eaux minérales de Vals acidules.

Gazeuses, Bicarbonatées, Sodiques, analysées par. O. HENRI.

Thermalit 13°	Saint-Jean	Rigolette	Précieuse	Désirée	Magdeleine
Acide carbonique libre...	1.425	2.095	2.218	2.145	2.050
Bicarbonate de soude....	1.480	5.800	5.940	6.040	6.280
— de potasse...	0.040	0.263	0.230	0.263	0.255
— de chaux....	0.310	0.259	0.630	0.571	0.520
— de magnésie.	0.120		0.750	0.900	0.672
— fer et mang.	0.006	0.024	0.010	0.010	0.029
Chlorure de sodium......	0.060	1.200	1.080	1.100	0.469
Sulfate de soude et chaux.	0.054	0.220	1.185	0.200	0.235
Silicate et silice, alumine..	0.080	0.060	0.060	0.058	0.097
Iodure alcal. arsenic lit...	indice	traces	indice	indice	traces
	2.151	7.826	8.885	9.142	9.248

Ces eaux sont *très-agréables* à boire à table, pures ou coupées avec du vin. Un excès d'acide carbonique et la proportion heureuse des bicarbonates calciques-magnésiens en font, malgré la plus riche minéralisation qui soit connue en France, des eaux *légères, douces*, essentiellement *digestives*. Dose ordinaire, une bouteille par jour. (*Indiquer autant que possible la source que l'on entend prescrire.*) *Emplois spéciaux* : SAINT-JEAN, maladie des organes digestifs ;—PRÉCIEUSE, maladies de l'appareil biliaire; — DÉSIRÉE, maladies de l'appareil urinaire; — RIGOLETTE, chlorose, anémie; — MAGDELEINE, maladies de l'appareil sexuel.

SOURCE FERRO-ARSENICALE DE LA DOMINIQUE

Acide sulfurique libre........................		1.33
Silicate acide Arséniate » Phosphate » Sulfate »	sesqui-oxyde de fer	0.44
— de chaux..........................		
Chlorure de sodium..........................		
Matières organiques..........................		

Cette eau est arsenicale; elle n'a aucune analogie avec les précédentes. Fièvres intermittentes, cachexies, dyspnée, maladies de la peau, scrofule, maladies organiques, etc.

Les eaux de ces sources se transportent et se conservent sans altération ; elles se trouvent dans les principales pharmacies de France, au prix de 0,80 c. la bouteille en verre noir, revêtue d'une étiquette et coiffée d'une capsule en étain indiquant la source où elle a été puisée.

MÉDAILLE D'**OR** ET PRIX DE **16,600** FRANCS

QUINA LAROCHE ÉLIXIR

tonique, reconstituant et fébrifuge

EXTRAIT COMPLET des 3 sortes de quinquina (rouge, jaune et gris). **Paris**, *rue Drouot*, 22, *et dans toutes les pharmacies.*

Laroche

SIROP FERRUGINEUX

D'ÉCORCES D'ORANGES ET DE QUASSIA AMARA AU PROTOIODURE DE FER

Préparé par J.-P. LAROZE, pharmacien, 2, *rue des Lions-Saint-Paul, à Paris.*

Le quassia amara, spécial contre les malaises de nature intermittente, est employé avec succès chez les femmes et les jeunes filles au moment de leur formation. Le fer, associé au Sirop mixte d'écorces d'oranges et de quassia, est le plus sûr reconstituant des tempéraments affaiblis avec dyspepsie. Cette union est d'autant plus rationnelle que le sirop d'écorces d'oranges, employé seul pour stimuler l'appétit et régulariser les fonctions abdominales, neutralise les effets fâcheux (pesanteurs de tête, constipation, douleurs épigastriques) des ferrugineux et des iodures, alors qu'il facilite leur absorption. Dissous dans ce sirop, l'iodure ferreux est pris et bien supporté, étant à l'état pur le plus assimilable ; et, dans les pâles couleurs, les pertes blanches, l'anémie, les affections scrofuleuses et le rachitisme, le traitement peut être prolongé. Ce Sirop cumule l'*action antipériodique* du quassia amara, l'*action tonique* du fer et l'*action diffusible* de l'écorce d'orange.

Dépôt à Paris, 26, rue-Neuve-des-Petits-Champs.

PILULES DE HOGG

1° *Pilules nutrimentives à la pepsine acidifiée*, dyspepsie, digestion difficile, diarrhée, vomissements, etc.

2° *Pilules à la pepsine unie au fer réduit par l'hydrogène*, en vue des maladies chroniques et des affections qui en dépendent (pertes blanches, pâles couleurs, menstruation difficile), et de fortifier les tempéraments débilités.

3° *Pilules à la pepsine unie au proto-iodure ferreux inaltérable*, en vue des maladies scrofuleuses, lymphatiques et syphilitiques, la phthisie, la cachexie chlorotique et les affections atoniques générales de l'économie.

On emploie la pepsine Boudault dans ces trois préparations.

Ces pilules ne se vendent qu'en flacons triangulaires chez HOGG, pharmacien-chimiste, rue Castiglione, 2, à Paris, et dans toutes les pharmacies. — Envoi *franco* par la poste.

SOLUTION ODET
DE BI-PHOSPHATE DE CHAUX MEDICINAL

Produit tout nouveau

POUR GUÉRIR LES AFFECTIONS DE POITRINE ET DES VOIES RESPIRATOIRES

La solution Odet de bi-phosphate de chaux pur médicinal dissout les éléments morbides du poumon, et cicatrise les plaies pulmonaires.

Elle guérit non-seulement toutes les maladies des os, le lymphatisme, les scrofules, le rachitisme ; mais encore la chlorose, les maladies des centres nerveux, etc., etc.

Les essais cliniques, faits dans un très-grand nombre d'hôpitaux, ont eu des succès remarquables (*Journal de médecine et de chirurgie pratiques*, octobre 1871).

Sous son action, la substance azotée des aliments se transforme en chair musculaire (*Archives générales de médecine et de chirurgie*, 1869-1870).

Laboratoire spécial et entrepôt général à Villette, près Vienne (Isère).

Dépôt dans toutes les pharmacies de France et de l'étranger.

EXPOSITION DE 1867

La seule et unique Médaille pour la Pepsine, en récompense de la supériorité de fabrication constatée après expériences faites par les membres du Jury de l'Exposition 1867, MM. FELHING (de Stuttgart), FRITSCHE (de Saint-Pétersbourg), a été accordée exclusivement à la

Pepsine de Boudault; seul fabricant et fournisseur de la Pepsine dans les hôpitaux de Paris depuis 1854.

Quinze années de fabrication supérieure.

Elle est employée dans les *dyspepsies légères et rebelles, gastrites, gastralgies, dans les vomissements incoercibles de la grossesse, la lienterie des enfants, et autres affections des organes digestifs*, sous forme de vin, Élixir, Prises, Pastilles et Dragées. *Se méfier des contrefaçons.*

Pharmacie HOTTOT, 24, rue des Lombards, Paris.

EPILEPSIE
HYSTERIE — NEVROSES

Le SIROP DE HENRY MURE, **au bromure de potassium** (exempt d'iodure), dont l'usage est aujourd'hui universellement répandu, a déterminé un nombre considérable de guérisons publiées dans les recueils scientifiques.

Chaque cuillerée de SIROP DE HENRY MURE contient 2 grammes de **bromure de potassium** d'une pureté chimique irréprochable.

PRIX DU FLACON : 5 francs.

Vente au détail. — A Paris, 16, rue de Richelieu, pharmacie LEBROU.

Vente en gros. — S'adresser à M. HENRY MURE, pharmacien, à Pont-Saint-Esprit (Gard).

VÉRITABLE

EMPLATRE RÉVULSIF DE THAPSIA
Le Perdriel-Reboulleau.

54, *rue Sainte-Croix de la Bretonnerie*, 54, *Paris.*

Vingt années de succès de ce révulsif ont fait naître beaucoup de similaires. La Maison LE PERDRIEL, ne pouvant assumer d'autre responsabilité que celle de sa préparation, croit devoir porter à la connaissance de MM. les médecins la disposition de son Thapsia.

Le véritable Thapsia Le Perdriel-Reboulleau est sparadrapé sur calicot couleur chamois. Chaque bande de de 1 mètre de longueur sur 20 centimètres de largeur est divisée en vingt carrés de 10 centimètres. — La signature des auteurs est placée en diagonale dans chaque décimètre carré.

Nous tenons à la disposition de MM. les médecins des échantillons qui leur permettront l'expérimentation de notre emplâtre.

Détail : Pharmacie, 70, rue du Faub. Montmartre.

DRAGÉES DE

GÉLIS ET CONTÉ
AU LACTATE DE FER

APPROUVÉES PAR L'ACADÉMIE DE MÉDECINE DE PARIS, qui deux fois, à vingt ans d'intervalle, a constaté leur supériorité sur tous les autres ferrugineux solubles et insolubles. Elles sont généralement employées dans le traitement de la chlorose, de l'anémie, de l'aménorrhée, de la leucorrhée, et dans tous les cas où les ferrugineux sont indiqués.

Paris, 99, rue d'Aboukir (*place du Caire*), et dans les principales pharmacies de chaque ville.

PAPIER RIGOLLOT
POUR SINAPISMES

Adopté par les Hôpitaux de Paris, les Ambulances et Hôpitaux militaires, et par les Marines française et anglaise.

26, rue Vieille-du-Temple, à Paris, et dans toutes les pharmacies.

PANCRÉATINE DEFRESNE
ET LES PRODUITS QUI EN DÉRIVENT

EMPLOYÉS DANS LES HOPITAUX DE PARIS

(Voir le Mémoire présenté à l'Académie de médecine.)

La **Pancréatine Defresne** perd un tiers de sa force dans l'estomac, mais continue son action dans le duodenum en présence de la bile alcaline. Elle rend assimilable, 15 fois son poids de corps gras ; elle digère 50 fois son poids de fibrine ; 140 gr. d'empois ou 8,90 d'amidon.

ELLE RÉUSSIT BIEN DANS LES

DYSPEPSIES, GASTRITES, GASTRALGIES ET AUTRES AFFECTIONS DES ORGANES DIGESTIFS.

L'HUILE DE FOIE DE MORUE DEFRESNE

émulsionnée par la **Pancréatine**, est inappréciable dans les maladies de poitrine.

La Pancréatine, l'Huile de foie de morue pancréatique, l'Émulsion pancréatique, les Pilules, le Vin et l'Élixir pancréatiques, se trouvent à la pharmacie DEFRESNE, rue des Lombards, 2 et 4, et dans toutes les autres pharmacies. — ON Y TROUVE AUSSI LE

GOUDRON DEFRESNE

Liqueur préparée physiologiquement à l'aide de l'acide cholique et ayant tout l'arome et toutes les propriétés du goudron.

N° 36. — JEUDI 27 MARS 1873. 46e ANNÉE. JEUDI 27 MARS 1873. — N° 36.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Bureaux : 57, rue des Saints-Pères, 57
PRÈS L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix d'abonnement
doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

On s'abonne hors de Paris
dans les bureaux des Messageries et chez les Libraires
Les lettres non affranchies sont refusées.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui n'en peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS		POUR L'ÉTRANGER
Trois mois. .	8 fr. 50 c.	le port en sus suivant les derniers tarifs des Postes.
Six mois. . .	16 —	
Un an. . . .	30 —	

Paris, le 26 mars 1873.

SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

Les résultats de la discussion académique sur l'inspectorat officiel des eaux minérales n'ont pas été aussi complétement nuls qu'on aurait pu le craindre d'après les violences des intéressés et tout le bruit qui se faisait dans leur camp.

Il est vrai que la majorité ne désire pas la suppression de toute inspection médicale; mais, comme l'a très-bien établi M. Gubler dans son résumé de la discussion, elle ne voudrait pas davantage « le maintien de l'inspectorat tel qu'il fonctionne actuellement, *avec tous ses vices*. »

« *L'inspectorat doit être modifié,* » telle est la conclusion formelle de M. Gubler, et telle est la nôtre. Du reste, personne ne s'est levé pour contredire le savant rapporteur quand il a déclaré que tous ses confrères de l'Académie partageaient la même conviction.

C'est pour empêcher certaines fraudes qui sont générales dans les thermes les plus inspectés de l'Allemagne qu'une inspection peut être utile en France.

Mais cette inspection médicale doit-elle plutôt être individuelle ou, au contraire, collective ?

En faveur du premier système, M. Gubler rappelle l'argument qui consiste à dire que la responsabilité diminue du moment où elle est collective ; mais il reconnaît « que les objections de M. Jules Guérin, souvent vives, étaient quelquefois justes. »

« Du reste, dit-il, le concours de tous est indispensable. Il faut que les médecins libres exerçant aux eaux minérales y aient leur part de surveillance et d'influence. En proposant d'instituer une commission consultative de médecins libres parallèlement à l'inspecteur, nous avons eu l'intention de donner une *première satisfaction aux aspirations légitimes* des médecins libres. *L'avenir verra ce qu'on peut faire de plus complet dans cette voie.* »

Ce qu'il faudra faire, le sens dans lequel il faut chercher pour découvrir une solution moins provisoire, nous voulions le dire à propos du discours qu'avait prononcé M. Durand-Fardel, et nous le développerons dans un prochain article.

Mais, lui-même, M. Gubler l'a indiqué dans les phrases suivantes : « Il est regrettable que l'inspecteur soit à la fois un fonctionnaire et un médecin pratiquant : ceux-là même qui se sont prononcés le plus vivement en faveur de l'inspectorat médical sont bien forcés de reconnaître que si ces deux choses pouvaient être divisées, le médecin inspecteur qui n'exercerait pas offrirait plus de garanties et aurait plus de dignité, plus d'indépendance. » Mais le traitement de l'inspecteur est trop mesquin pour qu'il soit possible de lui interdire l'exercice de la profession dont il vit.

« C'est une question de budget, » ajoute M. Gubler.

Ainsi, il est bien entendu que M. Gubler et l'Académie dont il avait si bien compris l'esprit général, ne se borneraient pas aujourd'hui à demander l'institution d'une commission consultative des médecins libres pratiquant, mais qu'ils proposeraient, en outre, d'interdire la médecine active à tout médecin-inspecteur représentant l'autorité, si la chose semblait possible dans la pratique au point de vue pécuniaire.

Or, si M. Gubler avait songé à l'institution d'inspecteurs régionaux, qui étant beaucoup moins nombreux que les inspecteurs résidants, ne coûteraient pas davantage, il aurait vu que c'était très-possible au point de vue budgétaire.

Nous montrerons ailleurs combien ce genre d'inspectorat remplirait mieux le but à tous les autres points de vue.

On ne parlerait plus alors de *privilége*; or à propos de cette expression discutée, voici l'opinion de M. Gubler : « Quant à ce mot de privilége, je dois dire qu'actuellement ce mot n'est pas si injuste qu'il le paraît. »

Le privilége existe, car ce n'est pas toujours le plus digne qui est inspecteur, et qui est ainsi désigné à la confiance du public, *légitimement* à ce que prétend M. Pidoux.

Pour rendre moins choquant ce privilége, M. Gubler propose avec M. Hardy de faire dresser une liste de candidats au titre d'inspecteur, par l'Académie de médecine, concurremment avec la liste du conseil supérieur d'hygiène.

C'est encore là une mesure essentiellement provisoire, comme le sont toujours, du reste, les mesures de conciliation.

Mais en l'adoptant, l'Académie a fait du moins un pas de plus vers un but encore éloigné, bien que prévu.

« On ne peut pas remonter le courant, dit M. Gubler, c'est chose impossible ; en ce qui touche les eaux minérales, on est

entré dans le régime du laisser faire et du laisser passer; or, c'est une sorte d'engrenage, où on est fatalement entraîné jusqu'au bout dès qu'on y est engagé du doigt. »

On ne doit donc pas songer à retourner en arrière, à restaurer l'inspectorat. M. Hardy s'en est aperçu, quand il a voulu proposer, en guise d'amendement, d'émettre le vœu que les attributions des inspecteurs fussent élargies. La commission proposait seulement de maintenir l'inspectorat dans ce qu'il y a de fondamental. Les protestations presque unanimes des membres présents ont conduit M. Hardy à retirer sa proposition malsonnante, avant qu'elle n'eût été repoussée par un vote.

En résumé, les vœux émis par l'Académie sont dictés par une pensée de progrès.

Elle n'a pas voulu d'abord trop s'avancer, d'autant plus que M. Gubler avait formellement réservé l'avenir; mais elle n'a pas voulu non plus se laisser entraîner à une reculade; au contraire. Pour une première fois, c'était déjà beaucoup.

Il ne faut pas oublier quels obstacles un changement radical doit rencontrer dans une Académie telle que la nôtre, où les intéressés sont en nombre.

M. Gubler a fait une campagne utile.

Il a parfaitement compris quels avaient été les sentiments de ceux qui, désintéressés, s'étaient bornés au rôle d'auditeurs dans cette discussion. Aussi a-t-il parlé plus fermement de la nécessité de changements radicaux, des aspirations légitimes des médecins libres, des avantages des commissions consultatives.

Il a montré que la commission d'Aix, « si cruellement traitée par MM. Fauvel et Pidoux, avec une sévérité poussée jusqu'à l'injustice, » avait rendu infiniment plus de services que n'en peut rendre en général, pendant le même laps de temps, l'inspectorat individuel.

Enfin, il s'est fait applaudir en disant : « Non, non, théoriquement, il n'est pas impossible que des médecins libres s'entendent dans un même sentiment d'intérêt général. Non, la commission d'Aix n'est nullement un fait exceptionnel. Il serait facile d'arriver hors de la Savoie à des résultats comparables... »

Cependant, je le répète, il ne propose encore qu'une simple adjonction à l'inspecteur, en attendant mieux.

Dr Victor Révillout.

Nous appelons l'attention de nos lecteurs sur le document que nous publions plus loin, et que nous adresse notre excellent ami le docteur Chabanne, médecin-inspecteur des eaux de Vals. Ce projet d'organisation du service de la vaccination et de la revaccination obligatoires, est le complément du travail que notre très-honoré confrère avait lu au Congrès médical de Lyon, le 18 septembre 1872.

HOPITAL DU DEY D'ALGER. — M. Aron.

Bubon inguinal phagédénique de forme térébrante, suivi d'hémorrhagie mortelle par ulcération de la veine fémorale.

L'observation qui suit présente l'exemple d'une forme heureusement rare de phagédénisme, ses complications, et la succession de phases diverses d'aggravation et d'amélioration obtenues non sans grands efforts; enfin l'issue fatale survenue au milieu d'une situation pleine d'espoir par l'effet d'un redoutable accident, dont les exemples sont, à coup sûr, peu nombreux, me semblent ne pas devoir être perdues pour la pratique.

R..., 2e régiment du train, vingt-cinq ans, de constitution robuste avec prédominance de tempérament lymphatique, voit *pour la première fois* une femme le 30 janvier 1872, après une soirée de libations; il contracte des chancres infectants à la couronne du gland, et peu de jours après une adénite inguinale, et entre à l'hôpital le 10 février, dans mon service, sans avoir fait aucun traitement.

Je constate que l'adénite est volumineuse, située à droite et présente déjà une consistance pierreuse; elle est conique, sans pléiade ganglionnaire; les chancres paraissent mous, sur une base enflammée et dure, qui fait qu'il y a quelques doutes sur leur nature réelle; aussi un traitement antisyphilitique est-il entamé (pil. de protoiodure, deux et trois par jour pendant une dizaine de jours seulement, puis iodure de potassium à partir du 19 février; une fois que l'apparence indurée des chancres ayant disparu, il parut clairement que l'on avait affaire à une syphilis primitive). En effet, sous l'influence de pansements à la liqueur de Van Swieten, suivis de l'usage local de vin aromatique et d'une solution de nitrate d'argent au trentième, la cicatrisation se fait rapidement. Il n'en est pas de même de l'adénite; aucune résolution ne se produisant, malgré les frictions mercurielles belladonées, les pommades et la teinture d'iode aidées par la compression, un vésicatoire est appliqué.

Le 20 février, fluctuation profonde perçue à travers une certaine épaisseur de tissus très-indurés; incision suivie de renversement en dedans des lèvres de la plaie très-engorgées.

Seconde incision cruciale pour combattre l'étranglement. Bains locaux, cataplasmes et réapplication ensuite de teinture d'iode.

Le 8 mars, M. le médecin principal Beylot me succédant, constate, après avoir employé les émollients locaux, puis la cautérisation au nitrate d'argent, l'apparition du phagédénisme de la plaie, accompagné de phénomènes d'embarras gastrique et de fièvre. On cesse dès lors l'iodure de potassium. Ipéca stibié, sulfate de quinine, et application de pâte de Vienne sur les bords de la plaie, déjà décollée. Mais l'état général ne se modifie pas et la diarrhée apparaît avec une ténacité qui résiste aux astringents et à l'opium; les forces s'altèrent déjà, malgré l'emploi du quinquina, du fer, des pilules de Blancard et d'une alimentation restaurante.

Transporté dans un cabinet, le malade voyant sa plaie grandir et devenir très-douloureuse, commence à tomber dans un état de dépression morale et de découragement, qui certes a eu la plus fâcheuse influence sur la marche ultérieure de l'affection.

Déjà, vers le 6 avril, de violents accès de fièvre indiquent un commencement d'infection générale; le sulfate de quinine est mal toléré, en raison de vives douleurs épigastriques, et des applications d'iodoforme sont dirigées contre la sensibilité excessive de la plaie.

Au moment où je reprends le service, le 11 avril, voici quel était l'état de la plaie : occupant nettement la région inguinale droite, elle a la forme d'un cœur de carte à jouer à sommet dirigé dans le sens du pli de l'aine, et dont le grand diamètre mesure 12 centimètres sur 8 et demi dans le petit diamètre; dans une étendue de 1 centimètre et demi, les bords en sont décollés; au centre, trois ganglions volumineux et isolés les uns des autres, circonscrivent des anfractuosités profondes, dans lesquelles stagne un pus de mauvaise nature.

J'institue aussitôt un traitement général : chocolat, volaille, légumes frais, vin généreux, huile de morue, vin de quinquina ferrugineux avec addition d'extrait de quinquina. Les pansements sont faits avec une solution de chlorate de potasse 20/500, et des injections semblables répétées plusieurs fois par jour; mais les douleurs provoquées par ces moyens obligent à y renoncer assez rapidement, sans amélioration. Dès le 12 avril, des applications de pâte de Vienne sont opposées au décollement de la partie supérieure de la plaie, et dans cette zone le ravage fut pour longtemps conjuré; mais au-dessous du pli génito-crural, le décollement forme une poche où le pus s'amasse par déclivité, et une auréole inflammatoire se dessine tout à l'entour.

Il serait trop long de raconter par le menu toute la série des

moyens locaux essayés contre les désordres envahissant sans cesse. Pour résumer autant que possible, rappelons que, tout en luttant contre une susceptibilité excessive des voies digestives, qui refusaient toute tolérance pour la viande, nous dûmes successivement essayer, après le chlorate de potasse, l'eau chlorurée alcoolisée, qui n'eut d'autre effet que de faire blanchir la plaie en la desséchant, l'eau phéniquée alcoolisée, puis la poudre de camphre et de charbon, les solutions concentrées de nitrate d'argent, celles plus étendues de chlorure de zinc. Quelques débridements sont pratiqués pour faciliter l'écoulement du pus; plusieurs ganglions volumineux sont enlevés par la torsion.

Vers le 17 avril, le fond de la plaie commence à présenter une couleur rosée et le pus prend une meilleure apparence; mais en d'autres points, quelques ganglions commencent à se gangréner. Comme état général, aucun progrès : accès de fièvre hectique, diarrhée renaissant sans cesse et entravant la réparation alimentaire et l'emploi des toniques, que, force est de suspendre. Les diamètres de la plaie ont augmenté de 4 centimètres, en même temps que le fond s'élève un peu; insomnie et douleurs locales. L'alcool est ajouté au vin de quinquina; liqueur de Fowler, etc. C'est à cet ensemble de conditions désavantageuses que vient s'ajouter une complication nouvelle, la diphthérite, le 24 avril. Déjà l'on transportait le malade chaque jour dans le jardin ombragé de l'hôpital, et il passait la nuit dans une vaste galerie bien aérée. M. le médecin en chef Baizeau avait vu le malade à deux reprises, et, sur son avis, une nouvelle série de caustiques, acide acétique, perchlorure de fer, chlorure de zinc 2/100, avaient été essayés, et une nouvelle incision pratiquée au point déclive interne de l'aine. Dès le 24, la surface interne de la plaie présente une teinte grisâtre due à une couche pulpeuse adhérente; la suppuration est tarie et le thermomètre marque 40 degrés. Les jours suivants, la pulpe augmente d'épaisseur, et la plaie grandit encore (19 centimètres sur 13); de vastes lambeaux de tissu cellulaire mortifié se détachent avec les eschares; les bords sont décollés et tout à fait flottants; les envies d'aller à la selle deviennent subites et impérieuses, et sous l'influence d'une faiblesse extrême, le pouls monte à 152, et sciemment le malade laisse aller sous lui. Je rappelle que le sulfate de quinine est administré comme antiseptique, 1 gr. 50 par jour; l'hyposulfite de soude, essayé à la dose progressive de 2 jusqu'à 5 grammes par jour.

Dans les premiers jours de mai, une modification heureuse survient; j'ai, pendant plusieurs jours, recours à la cautérisation actuelle : le fer rouge est largement appliqué sur la plaie en épargnant la région des vaisseaux; des pointes de feu promenées sur les bords, et le pansement est établi avec la poudre de camphre finement pulvérisée; je crois pouvoir attribuer à cette énergique intervention et à l'emploi de la méthode remise en autorité par le docteur Netter un véritable travail de réparation locale. Les eschares se détachent, la suppuration devient franche et de bonne nature, les bords ont perdu, avec leur induration, la teinte érysipélateuse. La chute des parties modifiées a eu pour résultat l'augmentation des diamètres (20 centimètres et 16); mais cette vaste surface, qui représente le triangle de Scarpa à l'état de préparation anatomique, laissant à nu l'arcade de Fallope avec le cordon inguinal, la veine et l'artère fémorale, les adducteurs avec le couturier, le vaste externe et les muscles abdominaux, se couvre dès lors de bourgeons de bonne nature et s'élève à vue d'œil. L'état général est plus lent à s'améliorer, il s'est établi un état semi-typhoïde, caractérisé par des rêvasseries, de l'anhélation, des crachats purulents; les saillies des omoplates et des apophyses épineuses et du sacrum s'excorient et se couvrent de petites eschares, et le malade demande à ce qu'on le laisse mourir tranquillement.

Cependant, dès le 10 mai il y a eu un progrès réel dans tous les sens. Toute trace de diphthérite a disparu; la plaie est rose, elle bourgeonne; le pouls perd de sa fréquence et de sa petitesse; les rêvasseries et la fièvre cèdent à leur tour, la diarrhée a cessé et le malade accepte un peu de volaille.

Il convient cependant de signaler un point qui, dès lors, attire notre inquiétude : le 9 mai, je découvre que la gaine de la veine fémorale qui traverse de la base au sommet le triangle de Scarpa littéralement disséqué, présente une ulcération longue de 1 centimètre et large de 4 à 5 millimètres; le soir même, un peu de sang baigne les plaies, mais cette petite exsudation est facilement arrêtée, et les jours suivants, des bourgeons vermeils recouvrent cette ulcération, sans que nous nous fassions illusion sur la persistance d'un danger que l'on prévoit sans pouvoir le prévenir.

Le 14 mai au matin, il y a eu du sommeil, la physionomie s'anime, l'œil est plus vif et le courage revient à notre pauvre malade, pour lequel semble s'ouvrir une nouvelle période de réparation, qu'on sait devoir être longue, mais sur laquelle plane la menace de l'hémorrhagie, qui malheureusement n'est pas éloignée... Au moment de la contre-visite, je trouve R... couché paisiblement sous les eucalyptus du jardin, satisfait après un repas bien supporté. Un quart d'heure après, il était reporté dans son lit, quand soudain un jet abondant de sang surprend l'infirmier de visite, qui a l'intelligence d'appliquer aussitôt le doigt sur le point d'où il s'échappe; une trentaine de grammes de sang avaient coulé. Appelé aussitôt, j'aperçois que, dès que le doigt qui comprime est soulevé, le sang sort à gros bouillons de l'ulcération de la veine largement béante, et où l'on peut introduire la pulpe du doigt. A l'aide d'une simple pince à dissection, seul instrument qu'on peut me passer à ce moment critique, je tente d'étreindre la veine dans un fil; mais telle est l'abondance de l'hémorrhagie, dès que la compression est cessée, que je rencontre des difficultés inouïes. Plusieurs fils sont posés et se brisent en enlevant des lambeaux de tissus ulcérés; la ligature latérale est impraticable à cause de la largeur de l'ouverture, et le malade s'affaiblit. A grand'peine, je parviens, après plusieurs essais inutiles, à passer entre l'artère et la veine crurale un fil double, et l'hémorrhagie continue après sa stricture. Enfin, à 1 centimètre plus bas, je porte, au moyen d'un ténaculum qu'on a été chercher, une nouvelle ligature qui, étreignant immédiatement le vaisseau à travers une certaine épaisseur de tissus, met cette fois fin à l'hémorrhagie. Mais déjà le malade présente des vertiges, des troubles de la vue, une respiration suspirieuse, des pandiculations et une pâleur cireuse. C'est en vain que des sinapismes sont promenés, que des vins de cannelle alcoolisée sont administrés; les râles trachéaux survinrent et la mort eut lieu une heure après, sans nouvelle production d'hémorrhagie.

Autopsie, vingt heures après la mort.

Rigidité cadavérique presque complète. La plaie de la région inguinale mesure 20 centimètres de haut en bas et 7 centimètres de dehors en dedans; elle est recouverte de quelques concrétions sanguines; les bords sont complétement affaissés, sans décollement; la dissection de la veine fémorale pratiquée de haut en bas montre, au niveau de l'embouchure de la saphène, une forte ulcération, mesurant en longueur 25 millimètres et occupant en largeur à sa partie moyenne les deux tiers de la circonférence du vaisseau, de forme déchiquetée et ayant détruit complétement d'abord la gaine, puis les tuniques de la veine, de façon à ne laisser persister que la partie postérieure de la circonférence; un bord irrégulièrement festonné limite le vaste hiatus par lequel l'hémorrhagie s'est opérée. La partie inférieure de l'ulcération est recouverte par un ganglion à moitié détruit déjà par la fonte purulente.

Trois ligatures sont retrouvées; l'une n'a embrassé que la partie latérale, l'autre a étreint la veine, mais en pleine ulcération; la troisième est appliquée sur un ganglion qu'elle embrasse avec le vaisseau; au-dessous de l'ulcération, la veine paraît saine. Outre la saphène, *dont l'embouchure a lieu en plein hiatus*, d'autres veines de calibres divers viennent également aboucher à l'endroit ulcéré. Adossée à la crurale, l'artère entourée de sa gaine cellulaire paraît extérieurement saine; mais en la disséquant, on constate qu'au point de la juxtaposition, son tissu présente une coloration rougeâtre, violacée, comme ecchymotique, qu'on ne retrouve ni au delà, ni en deçà; cette altération manifeste de l'artère se continue sur le bouquet de ramification que forment précisément en ce point la fémorale profonde, les circonflexes et quelques rameaux secon-

daires. La gaine des vaisseaux est épaissie à ce niveau, adhérente d'une part à l'artère et de l'autre à la gaine de la veine.

Thorax : poumons exsangues, crépitants et présentant seulement à leur partie postérieure de l'engouement hypostatique, sans ulcération de consistance de l'organe. Aucun tubercule. Le péricarde renferme environ 150 grammes de sérosité limpide. Cœur pâle, sans altération du reste. Rien à signaler dans l'abdomen, sinon la teinte anémique de tous les viscères.

(*A suivre.*)

DU RHUMATISME AIGU

ET DE SES DIVERSES MANIFESTATIONS CHEZ LES ENFANTS (1)

Par M. le docteur Cadet.

Le rhumatisme est une affection assez commune chez les enfants, à partir de sept à huit ans ; elle est très-rare au-dessous de cinq ans. — Les symptômes du rhumatisme articulaire sont, chez les enfants, généralement moins intenses, et leur durée est moindre que chez les adultes.

Les complications cardiaques du rhumatisme sont très-fréquentes dans le jeune âge ; elles y sont presque la règle, et peuvent se manifester même dans les cas subaigus. — Les affections cardiaques rhumatismales guérissent quelquefois chez les enfants sans laisser de trace, mais d'autres fois se terminent par une affection organique du cœur, qui peut être rapidement mortelle. — La pleurésie est assez fréquente à la suite de la péricardite rhumatismale, elle occupe alors le côté gauche et devient souvent double. — Le rhumatisme cérébral s'observe chez les enfants ; il s'accompagne fréquemment de convulsions choréiques.

La chorée est souvent une manifestation du rhumatisme; elle suit, accompagne ou plus rarement précède les douleurs articulaires. — La chorée, rhumatismale s'accompagne très-souvent mais pas toujours, d'une affection cardiaque ; la chorée et une maladie du cœur peuvent exister en même temps chez un enfant sans que celui-ci ait jamais éprouvé de douleurs articulaires. — La théorie la plus satisfaisante de la chorée rhumatismale consiste à admettre que les désordres de la motilité sont une des manifestations de l'action du rhumatisme sur les centres nerveux et plus particulièrement sur la moelle et ses enveloppes.

Le rhumatisme musculaire est rare dans l'enfance ; le torticolis est souvent produit par une arthrite cervicale. — Le rhumatisme naît très-souvent, chez les enfants, sous l'influence de l'hérédité. — Le rhumatisme dit scarlatineux est une affection analogue au rhumatisme ordinaire ; la scarlatine n'est que la cause occasionnelle ou la manifestation rhumatismale. — L'endocardite du rhumatisme scarlatineux guérit très-fréquemment sans laisser de traces.

Si nous comparons d'une manière générale le rhumatisme aigu tel qu'il se présente chez les enfants avec ce qu'il est chez les adultes, nous trouvons que si, chez les jeunes sujets, il revêt une intensité moindre, il a, d'autre part, plus de tendance à quitter les séreuses articulaires pour envahir les organes internes. Les manifestations viscérales du rhumatisme sont plus fréquentes dans le jeune âge que dans l'âge adulte.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 25 mars 1873. — Présidence de M. Depaul.

CORRESPONDANCE OFFICIELLE

M. le ministre de l'instruction publique transmet l'ampliation d'un décret par lequel est approuvée l'élection de M. Woillez comme membre titulaire de l'Académie de médecine en remplacement de M. Michel Lévy, décédé.

Sur l'invitation de M. le président, M. Woillez prend place parmi ses collègues.

M. le ministre de l'agriculture et du commerce transmet : 1° le rapport final de M. le docteur Pelat, médecin des épidémies pour l'arrondissement de Lille, sur une épidémie de fièvre typhoïde qui a régné, vers la fin de 1872, dans la commune de Flers (Nord);

2° Le rapport final de M. le docteur Fouquet (de Vannes), sur une épidémie de variole qui a régné dans le Morbihan en 1872;

3° Le compte rendu des maladies épidémiques qui ont régné dans l'arrondissement de Gannat pendant l'année 1872. (Comm. des épidémies).

CORRESPONDANCE NON OFFICIELLE

La correspondance non officielle comprend :

1° Un travail de M. le docteur Bec-de-Wezel (Basses-Alpes), sur une épidémie de *fièvre pernicieuse intermittente, à type soit pneumonique, soit pleurétique*, qu'il a eu l'occasion d'observer (Comm. des épidém.) ;

2° Un travail de M. le docteur Grillon, intitulé : *Esquisse sur la pathologie des villes assiégées.* (Comm. M. Hérard, Poggiale et Legouest.)

M. GOSSELIN dépose sur le bureau un volume intitulé : *Leçons sur le strabisme, les paralysies oculaires, le nystagmus, le blépharospasme, etc.*, professées par M. le docteur Panas, professeur agrégé à la Faculté de médecine, chargé du cours complémentaire d'ophthalmologie, recueillies et rédigées par M. J. Lorey, interne des hôpitaux de Paris.

LECTURE

M. JULES LE FORT lit, au nom de la commission des remèdes secrets et nouveaux, une série de rapports dont les conclusions sont adoptées sans discussion.

ÉLECTION

L'Académie procède, par la voie du scrutin, à l'élection d'un membre associé libre.

La commission présente les candidats dans l'ordre suivant :

En 1re ligne, M. Pasteur,

En 2e ligne, M. Leroy de Méricourt,

En 3e ligne, *ex æquo*, MM. Bertillon, Brochin, Chéreau et l'Héritier.

Le nombre des votants étant de 79, dont la majorité est 40 :

M. Pasteur obtient . . . . 41 suffrages.
M. Leroy de Méricourt 26
M. Brochin 7
M. L'Héritier 3
M. Bertillon 2

En conséquence, M. Pasteur ayant obtenu la majorité des suffrages, est proclamé membre associé libre de l'Académie de médecine.

Discussion sur l'inspectorat des eaux minérales.

M. GUBLER. (Voir le Premier-Paris.)

LECTURE

M. LAGNEAU lit le travail suivant :

Dénombrement de 1872. Situation de la population de la France. — Durant la période quinquennale, qui avait précédé le dénombrement de 1866, la population de la France, présentant pour 10,000 habitants une natalité de 266, une mortalité de 228, un accroissement annuel de 38, une période de doublement de 183 années et une prédominance du sexe féminin sur le sexe masculin de 10 sur 10,000 habitants, se trouvait dans une situation démographique plus fâcheuse que celle des autres populations de

(1) In-8. Prix : 3 fr. 50. — Adrien Delahaye.

l'Europe, qui toutes offraient un plus grand nombre de naissances et un accroissement plus rapide, et dont quelques-unes avaient une moindre mortalité.

Actuellement, après la dernière période sexennale, le dénombrement de 1872, indépendamment des 1,597,238 compatriotes qui nous ont été enlevés avec l'Alsace-Lorraine, nous montre que la population de notre territoire actuel a perdu 366,935 habitants; perte qui constitue une diminution annuelle de 16 sur 10,000 habitants. Entre le minime accroissement de 38 sur 10,000 habitants de la période antérieure au recensement de 1866, et la diminution actuellement constatée par le dénombrement de 1872, il y a donc une différence en moins de 54 sur 10,000. Si notre population avait continué jusqu'à ce jour de s'accroître comme avant 1866, elle compterait au moins 1,150,000 habitants de plus qu'actuellement.

Ainsi que l'a déjà fait remarquer M. Ély (1), la diminution près de deux fois plus forte du sexe masculin que du sexe féminin, telle que le second prédomine actuellement sur le premier de 38 sur 10,000 habitants, semble approximativement indiquer le contingent mortuaire prélevé par la dernière guerre sur notre population civile. Ce contingent me paraîtrait devoir être supérieur à 103,000 hommes décédés, nombre auquel vraisemblablement devraient être ajoutées bien d'autres victimes de l'un et l'autre sexes, ayant succombé principalement dans les villes assiégées.

L'accroissement de la population après les guerres du commencement de ce siècle, après la guerre de Crimée, autorise à penser que la France récupérera bientôt, en quelques années, le nombre d'habitants qui, avant la guerre de 1869-1870, occupaient notre territoire actuel.

Mais antérieurement à cette dernière guerre, notre population, par suite de sa minime mortalité se trouvait présenter, ainsi qu'il a été dit précédemment, l'accroissement le plus lent. Cette minime mortalité ne tient ni à l'ethnogénie, ni au climat de la France, elle n'est que faiblement influencée par certaines lois de succession et de dotation, et par l'habitat urbain substitué à l'habitat rural; elle l'est davantage par la longue durée du service militaire s'opposant au mariage; mais elle a sa principale cause dans le sentiment de prévoyance qui fait que les parents plus ou moins riches préfèrent avoir peu d'enfants afin de leur assurer un bien-être égal à celui dont ils jouissent.

Cette minime mortalité ayant pour conséquence un minime accroissement annuel et une très-longue période de doublement de la population, peut être avantageuse pour le bien-être individuel de personnes ayant une fortune grande ou minime, mais elle ne l'est pas toujours pour le bien-être de la population considérée dans son ensemble, des populations très-denses jouissant d'autant de bien-être que d'autres moins denses; enfin, cette faible natalité peut être entièrement préjudiciable dans l'avenir à la puissance de notre nation; car, par suite de la généralisation du service militaire à tous les jeunes hommes valides dans la plupart des États de l'Europe, alors que dans un demi-siècle en Angleterre, en Russie, en Prusse, la population, devenue double, pourrait fournir une armée deux fois plus considérable, en France, la population, accrue seulement d'un quart, ne pourrait lever qu'une armée d'un quart supérieure, conséquemment de beaucoup inférieure à celle des autres nations étrangères.

Pour accroître notre population, on ne peut éviter la restriction apportée par ce sentiment de prévoyance paternelle à la natalité qu'en rassurant ce sentiment, en cherchant à multiplier autant que possible les carrières, métiers, professions qui, par le travail, fournissent largement les moyens d'existence, permettent aux célibataires de se marier promptement, et aux mariés de ne pas redouter une nombreuse progéniture. L'Angleterre, nation aussi riche, aussi civilisée que la nôtre, mais offrant aussi de nombreuses carrières à ses habitants par l'énorme développement de son agriculture, de son commerce, de ses relations maritimes et coloniales, tout en présentant sur 10,000 habitants une mortalité de 228, identique à la nôtre, offre une natalité de 354, de près d'un tiers supérieure à la nôtre; un accroissement de 126, plus de trois fois supérieur au nôtre, et une période de dédoublement de 55 années, également plus de trois fois plus rapide que celle de 183 ans offerte par la France avant nos récents désastres.

(1) *Gaz. hebd. de méd.*, 10 janvier 1873, page 19.

La séance est levée à cinq heures.

VARIÉTÉS

Projet d'organisation du service de la vaccination et de la revaccination obligatoires.

Par le Dr Chabanne, médecin-inspecteur des eaux de Vals (Ardèche).

Voici comment j'organiserais le service de la vaccination et de la revaccination obligatoires :

A. — Sur chaque registre de l'état civil, ou sur un registre distinct, mais entouré des mêmes soins dans les mairies et de la même surveillance de la part des procureurs de la République, j'établirais un tableau dans les colonnes duquel seraient inscrites les dates des : *visite* de vaccination ; *contre-visite* ou de seconde vaccination si la première n'a pas réussi ; *visite* de revaccination, et enfin colonne d'observation en regard de chacune des visites.

Tout individu né ou demeurant en France et âgé de un jour à deux ans devrait avoir été vacciné. Si la première vaccination réussissait, le résultat serait inscrit sur la colonne des observations; s'il y avait insuccès patent, ou incertitude, note en serait consignée sur la colonne correspondante et l'enfant serait convoqué l'année suivante, il serait vacciné ou non dans cette contre-visite, au gré du médecin.

Après avoir subi cette troisième opération, que cette vaccination fût avec ou sans succès, l'enfant serait renvoyé définitivement jusqu'à sa dixième année, avant l'expiration de laquelle tous les enfants devraient être revaccinés.

A la diligence du procureur de la République, une pénalité serait infligée aux parents ou tuteurs, directeurs d'asiles, d'hospices, etc., qui contreviendraient à ces dispositions.

Les maires seuls, sous leur responsabilité personnelle, auraient le droit de délivrer les certificats de vaccine, comme ils délivrent ceux des décès ou des naissances.

B. — Chaque année, du 1er janvier au 1er février, la liste des enfants à vacciner et à revacciner serait fournie aux médecins vaccinateurs par les soins du parquet ou de la préfecture.

Le médecin ferait connaître au maire le jour et l'heure de son arrivée dans la commune, deux jours à l'avance, au moins.

Dans le cours de la première visite, le médecin notifierait au maire et aux parents le jour et l'heure de la *contre-visite*. Cette notification serait transmise au préfet.

Au médecin seul appartiendrait de choisir ses jours de tournée. Nul enfant ne pourrait lui refuser de recueillir son vaccin.

Les médecins vaccinateurs seraient nommés par le ministre sur présentation des préfets et des conseils généraux. Ils auraient un canton dans leurs attributions.

Chaque arrondissement aurait un *conservateur* ou *vérificateur* de la vaccine, nommé comme les vaccinateurs. Il ne pourrait être vaccinateur cantonal.

Ce conservateur aurait à fournir du vaccin frais aux vaccinateurs, en quantité suffisante pour *se mettre en race*.

Sur l'invitation du préfet, il se transporterait le jour de la contre-visite dans les communes pour vérifier avec le médecin vaccinateur le résultat des opérations de la première visite.

Tout individu vacciné par un médecin autre que le vaccinateur cantonal pourrait être inscrit à la mairie sur un certificat de vac-

cine conforme au tableau ci-dessus et délivré, dans les délais légaux, par un médecin diplômé.

Une somme de six francs serait allouée au médecin par chaque enfant vacciné pour la première fois; seraient gratuites toutes les opérations qu'aurait à subir le même individu.

Le conservateur de la vaccine recevrait un traitement fixe de 300 francs, il recevrait encore 50 francs par chaque commune inspectée et éloignée d'au moins vingt kilomètres de son domicile. Pour les distances moindres, il serait payé 25 francs.

Un règlement particulier imposerait aux maires l'obligation de fournir annuellement l'état des enfants vaccinés dans leurs communes respectives avec les notes médicales; ainsi, du reste, qu'ils le font pour les registres de l'état civil.

Telles sont les dispositions qui me paraissent les plus importantes pour arriver à un résultat pratique.

Bien des questions de détail se présenteraient dans l'application de la loi, mais je pense que l'initiative médicale serait plus propre qu'une trop minutieuse réglementation à les trancher dans leur sens le meilleur.

Ainsi le choix de la saison doit être laissé au vaccinateur, quoiqu'il soit préférable de vacciner quand il fait encore frais, et non au moment des fortes chaleurs.

Au cœur de l'été, en effet, le virus vaccin perd ses qualités plus facilement. Dans mes tournées, j'ai vu du vaccin recueilli le même jour, à la même heure, sur la même personne, se décomposer, par une chaude journée, dans un parcours de 4 ou 5 kilomètres, le temps d'aller d'une commune à l'autre.

En été, les enfants mènent rarement leurs boutons de vaccine à bonne fin. Peu ou point vêtus, ils déchirent la pustule, irritent la plaie, et le médecin sait beaucoup moins s'il y a eu évolution normale de la pustule vaccinale. En hiver, les températures les plus basses n'altèrent pas le vaccin, j'en ai, au contraire, conservé souvent dans des glacières pendant tout un été; un froid de — 9° ne lui apporte aucune modification.

Il faut encore que le médecin puisse fixer lui-même la date de ses tournées. La date de la première est subordonnée à l'époque de la récolte de vaccin. L'époque de la contre-visite variera selon que le vaccinateur voudra recueillir du vaccin en tube, vacciner de bras à bras ou avec les croûtes. Il fera donc cette contre-visite du septième au neuvième jour ou du dixième au vingtième.

Le virus vaccin résiste peut-être mieux à la décomposition quand il est conservé dans sa gangue naturelle, la croûte, que lorsqu'il est reçu dans un tube. En usant de la croûte, on surveille plus sûrement le développement complet du bouton : si les phases de son évolution présentent quelque chose d'anormal, si sa surface d'insertion a un aspect douteux, si la croûte elle-même ne se présente pas dans des conditions ordinaires, on la néglige. Ainsi, sont prévenus quelques dangers dont on a fait bien du bruit et que je crois pour mon compte, bien exagérés.

Dans la pratique, on recueille bien plus facilement des croûtes que l'on ne remplit des tubes. La cueillette des croûtes s'opère sans pleurs de l'enfant, sans appréhension de la mère.

Quelle que soit, en résumé, la valeur de ces deux modes de vaccination, il faut vacciner avec du vaccin aussi récemment recueilli que possible.

La somme de 6 francs serait acquise au vaccinateur pour la première opération. Si, à la contre-visite, il y avait insuccès ou succès douteux, l'enfant serait vacciné une seconde fois. Enfin, les parents pourraient être tenus de le ramener l'année suivante.

Cela fait, l'enfant serait libre jusqu'à la dixième année, époque à laquelle il serait revacciné obligatoirement.

Je maintiendrais cette somme de 6 francs pour les villes et les campagnes, parce que dans les grandes villes le vaccinateur officiel aurait moins d'enfants à vacciner, un grand nombre se faisant vacciner par le médecin de la famille et aussi parce que les exigences y seront plus grandes.

Je pense que la vaccination et la revaccination ainsi pratiquées suffiraient à remplir le but qu'on se propose :

L'assimilation des registres de la vaccine aux registres de l'état civil, l'assimilation de pénalité pour les délinquants, pères, mères, tuteurs, sociétés de bienfaisance, etc., assureraient l'exécution intégrale de la loi.

Les conservateurs de la vaccine, créés dans chaque arrondissement, fourniraient non-seulement une suffisante quantité de vaccin aux vaccinateurs pour se *mettre en race*, ils seraient encore envoyés par les préfets dans un certain nombre de communes pour apprécier les résultats obtenus le jour de la contre-visite. De là, la nécessité de notifier au préfet, dès la première visite, le jour et l'heure de la contre-visite.

A l'égard de la multiplication, de la conservation et de la diffusion de la vaccine, je ne puis partager l'avis émis au Congrès de Lyon, tendant à ce que « des comités de vaccine soient établis dans tous les départements et soient assez largement dotés pour pourvoir à l'entretien et à la culture du vaccin ainsi qu'à sa diffusion dans la population. »

Avec ses 6 francs par enfant vacciné, chaque médecin pourra très-aisément cultiver lui-même le vaccin dont il doit avoir besoin. Cette culture offre plus de garanties qu'une culture faite trop en grand, pour le besoin d'un grand nombre de vaccinateurs. Ne pas pouvoir se procurer sa provision de vaccin serait un aveu d'impuissance ou de négligence impardonnables.

Quant à la *diffusion* de la *vaccine* dans la *population* qui doit résulter de la formation des comités, le Congrès a évidemment oublié que là où il y a obligation de par la loi, il y a diffusion forcée.

Devant les résultats en perspective, la question financière pourrait être négligée. Voyons cependant à quelle dépense approximative le service de la vaccination et de la revaccination obligatoires s'élèverait.

Les chiffres du dernier recensement nous manquant, nous établissons nos calculs sur ceux de 1866. Ils donneront une idée plutôt exagérée que diminuée des dépenses à couvrir pour assurer ce service.

1 million de naissances de 1 jour à 2 ans donneront 700,000 vaccinations annuelles;

A ce nombre viendront s'ajouter dix ans après la promulgation de la loi, 500,000 revaccinations annuelles; plus, dès la première année de la promulgation, une centaine de mille de vaccinations secondaires pour opérations non réussies ; soit

700,000 vaccinations annuelles,
500,000 revaccinations à dater de la dixième année,
100,000 vaccinations annuelles pour insuccès de la première opération.

1,300,000

Sur le nombre de 1,300,000, les 700,000 nouveau-nés seuls réclament l'intervention payée de l'État, soit 4,200,000 francs.

Il faut retrancher de cette somme autant de fois 6 francs qu'il y aurait d'enfants vaccinés par les médecins ordinaires de leurs familles; dans les villes, le nombre sera considérable.

L'on arriverait ainsi à une dépense de 2,500,000 ou 3,500,000, en comprenant une centaine de mille francs pour les conservateurs de la vaccine.

Enfin, il faut tenir compte encore, en déduction de ces 2 ou 3 millions des sommes qui sont actuellement dépensées par l'État, par les départements, par les communes pour propagation de la vaccine.

On est conduit ainsi à conclure que la somme de 3 millions ne serait pas dépensée. Or, 3 millions répartis entre l'État, les départements et les communes ne sont-ils pas une petite somme devant l'élément immense de dépopulation à amoindrir sinon à anéantir.

Répartie par tiers aux communes, aux départements, à l'État, cette somme s'élèverait à 100 francs par chaque commune, en calculant sur 30,000 communes de population égale.

Nota. — A la promulgation de la loi, tous les Français de deux

ans accomplis à quarante ans devraient justifier d'une vaccination ou d'une revaccination ; ils seraient inscrits sur le registre de la mairie.

THÈSES

SOUTENUES A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

PENDANT L'ANNÉE 1873.

42. Boutié. De la chute du rectum et de son traitement.
43. Thiébault. Recherches sur l'anatomie et la physiologie normales et pathologiques des os longs appliquées aux fractures.
44. Daviliers. Considérations physiologiques sur la nature du goître exophthalmique.
45. Thaon. Recherches sur l'anatomie pathologique de la tuberculose.
46. Calary. Des fièvres larvées intermittentes.
47. Binet du Jassonneix. De l'hémiplégie hystérique.
48. Chrétien. Des fissures congénitales de la voûte palatine et de leur traitement.
49. Berger. De l'arthrite du genou et de l'épanchement articulaire consécutifs aux fractures du fémur.
50. Graucher. De l'unité de la phthisie.
51. Derevoge. De la fièvre puerpérale compliquée de manie aiguë.
52. Masson. De la transfusion du sang.
53. Garrat. De la métrorrhagie.
54. Martin. Considérations sur le glaucôme.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Par décret en date du 13 mars 1873, ont été nommés dans le corps de santé de l'armée de terre :

Au grade de médecin inspecteur : M. Gerrier.

Au grade de médecin principal de 1re classe : M. Ladureau.

Au grade de médecins principaux de 2e classe : MM. Boyreau, Mutel, Raoult-Deslongchamps et Rozan.

Au grade de médecins-majors de 1re classe : MM. Massola, Cominal, Roy, Guérin, Lacipière, Fauvel, Dufay, dit *Sanial-Dufay*, Louail, Accarias, Massie, Krug-Basse, Poupelard, Teinturier, Schœffel, Ribadieu, Poncet et Ricque.

Au grade de médecins-majors de 2e classe : MM. Goupil, Deville, Robert, Corties, Guillemin, Percheron, Mathias, Schindler, Labrevoit, Chabanier, Perret, Hinglais, Alibran, Soulbieu, Vieusse, Derazey, Hintzy, Feuvrier, Challan, Liénard, Etchinger, Tachard, Laveran et Lacassagne.

Au grade de pharmacien principal de 1re classe : M. Delezenne.

Au grade de pharmacien principal de 2e classe : M. Roussin.

Au grade de pharmaciens-majors de 1re classe : MM. Fressanges-Lafon, Warnier et Villard.

Au grade de pharmaciens-majors de 2e classe : MM. Catenac, Amsler et Zeller.

— *Cours clinique sur les maladies des enfants.* — M. Bouchut, médecin de l'hôpital des Enfants-Malades, professeur agrégé de la Faculté de médecine, commencera ce cours le mardi 1er avril 1873, à huit heures du matin, à l'hôpital des Enfants, et le continuera les mardis suivants, à la même heure.

— Un jeune médecin étranger, parlant correctement l'allemand et l'anglais, et traduisant les langues hollandaise, suédoise, italienne, espagnole, demande un emploi de secrétaire ou de rédacteur adjoint d'un journal de médecine.

Écrire à M. D. D., 39, rue des Noyers, boulevard Saint-Germain.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

L'Étudiant micrographe, traité pratique du microscope et des préparations, par Arthur Chevalier, O. ✻, 1 vol. de 600 pages, 600 figures : 7 fr. 50. — Delahaye, place de l'École-de-Médecine. — Catalogue illustré des microscopes, gratis, chez Arthur Chevalier, Palais-Royal.

De la pachyméningite cervicale hypertrophique d'origine spontanée, par le docteur Joffroy, secrétaire de la Société de biologie. In-8°. — Prix : 2 fr. 50. — Paris, Adrien Delahaye.

Des fumeurs et des mangeurs d'opium dans l'Indo-Chine, et de l'emploi thérapeutique de la fumée d'opium, par le docteur Armand, ex-médecin chef de l'hôpital militaire de Saïgon, en Cochinchine. In-8°. — Prix : 1 franc. — Paris, 1873, G. Masson.

Le Directeur : Dr E. Le Sourd.

Paris. — Typographie A. Pougin, quai Voltaire, 13.

Ce journal paraît trois fois par semaine

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

La Lancette française

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Bureaux : 57, rue des Saints-Pères, 57
PRÈS L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

On s'abonne hors de Paris dans les bureaux des Messageries et chez les Libraires.
Les lettres non affranchies sont refusées.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1855 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce journal, et un autre de [illegible] prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui n'en peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS : Trois mois. 8 fr. 50 c. — Six mois. 16 — — Un an. 30 —

POUR L'ÉTRANGER le port en sus suivant les derniers tarifs des Postes.

REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE

Du cancer de l'utérus chez les femmes enceintes.

Témoin d'un cas de cancer du col de l'utérus pendant la grossesse, qui s'est terminé par la mort de la mère et de l'enfant, M. Chantreuil a puisé dans ce fait l'idée d'une série de recherches sur les cas analogues et d'une étude des rapports à établir entre le cancer de la matrice et les différentes phases de la conception. De là le travail extrêmement, mais tristement intéressant, que nous avons sous les yeux, et dont nous allons faire part à nos lecteurs (1).

Voici d'abord, en quelques mots, la relation du fait observé par M. Chantreuil.

Une femme de trente-deux ans, enceinte pour la huitième fois et ayant eu, à dater du premier mois, plusieurs hémorrhagies et des douleurs dans les lombes et le bas-ventre, est admise à la Clinique, où l'on constate un développement du ventre correspondant à une grossesse à terme. On entend très-distinctement les battements du cœur du fœtus. Le col est effacé et en partie dilaté, mais ses bords présentent une dureté ligneuse; l'orifice est complétement obstrué par une tumeur arrondie, ne proéminant pas dans le vagin et présentant la même dureté que les bords de l'orifice. Il était impossible d'avoir aucune idée de la partie fœtale qui se présente. Ceci se passait le 8 avril.

Le 16, cette femme se plaint de douleurs très-vives dans le ventre, les aines, les cuisses et le siége. Il s'écoule des parties une matière sanguinolente, sanieuse. La dilatation n'a pas fait de progrès. Le doigt introduit dans l'orifice externe du col, est arrêté par une tumeur dure, ayant son insertion sur un point de la demi-circonférence droite de l'orifice, obstruant complétement la cavité cervicale.

Ces douleurs continuent jusqu'au 17, époque où elles sont par des opiacés.

Le 20, une perte abondante est arrêtée par une injection avec solution de perchlorure de fer.

Le 24, le ventre est tendu et douloureux. On n'entend plus les battements du cœur du fœtus. Miction difficile, diarrhée, phlébite cachectique. Pas de changement sensible dans l'état de l'orifice.

Du 2 au 15 mai, l'état de la malade va s'aggravant de plus en plus. Le 15, les douleurs abdominales recommencent avec une grande violence. Écoulement liquide très-fétide. Même état de l'orifice.

Le 17, le toucher vaginal fait constater que l'orifice a cédé un peu sur un point. Les contractions persistant toujours, M. Depaul résolut de hâter la dilatation en faisant trois incisions, deux latérales à droite, l'autre à gauche et en avant, lesquelles permirent immédiatement à l'orifice de se dilater assez pour permettre une application de forceps. Mais cette opération n'eut pour résultat que l'issue de la matière cérébrale de l'enfant (mort depuis longtemps), la tête ayant glissé entre les branches du forceps. Les incisions, en déterminant l'écoulement d'une certaine quantité de sérosité sanguinolente, avaient suffi pour amener une syncope et la malade succomba dix minutes après l'opération.

A l'autopsie, on put reconnaître un carcinome envahissant l'orifice dans tout son pourtour.

Passons maintenant à l'étude générale des faits.

L'analyse des nombreux exemples recueillis dans les différents auteurs, jointe à la connaissance des modifications qui se passent dans les différentes parties de l'appareil pendant la gestation, montre qu'une désorganisation plus ou moins avancée du col ne s'oppose pas nécessairement à la marche régulière de la grossesse. Mais elle montre aussi que souvent les femmes n'arrivent pas alors à leur terme. L'époque de l'avortement varie dans tous ces faits. L'étendue plus ou moins considérable de la maladie explique les variétés qu'on rencontre sous ce rapport. La lésion est-elle limitée à l'une des lèvres ou à la portion vaginale du col, la grossesse peut arriver à son terme. S'étend elle plus profondément, les contractions utérines se développeront prématurément. Ainsi, tantôt le point de départ des contractions utérines est dans l'altération du col et dans la réaction que cette altération a fait naître dans les parties supérieures de l'organe; tantôt, au contraire, il est dans les troubles dépendant de l'état général et qui agissent, soit en détruisant le fœtus qui sollicite alors l'utérus à la manière d'un corps étranger, soit en mettant en jeu la contractilité de l'organe.

Dans certains cas, au contraire, rares, il est vrai, la grossesse, au lieu d'être arrêtée dans sa marche, continue son cours au delà du terme normal. Plusieurs observations intéressantes à cet égard témoignent de cette prolongation du terme.

(1) *Du cancer de l'utérus au point de vue de la conception, de la grossesse et de l'accouchement*, par le docteur G. Chantreuil. Brochure in-8°. Paris, 1872. Adrien Delahaye.

L'influence de la grossesse sur la marche du cancer n'est pas douteuse. Plusieurs faits ont démontré d'une manière manifeste les fâcheux effets qu'exerce sur les tissus malades la partie mécanique de la parturition, soit qu'elle s'effectue par la seule influence des contractions utérines, soit qu'elle résulte de l'intervention de l'art.

Le troisième point étudié par M. Chantreuil est relatif à l'influence du cancer du col utérin sur le travail de l'accouchement. L'affection cancéreuse du col peut, dans certains cas, modifier la marche du travail et faire sentir ses effets, soit pendant la période de dilatation, soit pendant la période d'expulsion. Les phénomènes du travail peuvent être différents suivant que le col est envahi par une production molle, fongueuse, ou par une induration squirrheuse. Dans le premier cas, la dilatation du col se fait plus ou moins attendre, mais l'accouchement peut se terminer spontanément. M. Chantreuil a trouvé dans les auteurs plusieurs exemples d'accouchement spontané à terme chez des femmes atteintes de cancer du col.

Dans d'autres cas, il n'existe pas de tumeur cancéreuse, mais l'obstacle à la dilatation est dû à une induration squirrheuse du col. La dégénérescence n'est-elle que partielle, la dilatation peut se faire aux dépens de la portion du col restée saine. Il en existe plusieurs exemples. Le col de l'utérus est-il envahi par le squirrhe dans toute sa périphérie, la dilatation ne peut s'effectuer. C'est dans ces conditions qu'on voit les femmes s'épuiser en de vains efforts et succomber sans pouvoir se délivrer. Tel a été le cas de M. Depaul cité plus haut.

La connaissance de ces diverses séries de faits a son utilité et sa sanction pratique dans le pronostic et dans les indications des manœuvres et des moyens de traitement à mettre en usage.

Le produit morbide est-il peu développé et affecte-t-il seulement une portion du col utérin, on a vu que le travail pouvait s'accomplir spontanément. Mais, dans ces conditions même, les plus favorables possible, le travail hâte en général l'œuvre destructive de la maladie. Lorsque l'obstacle au passage du fœtus est insurmontable, la rupture de l'utérus survient souvent pendant le travail. Voici, du reste, le résultat général du relevé statistique que M. Chantreuil a pu faire à ce point de vue.

Sur 60 femmes ayant accouché dans ces conditions, 25 sont mortes pendant le travail ou les suites de couches ; 35 se sont rétablies momentanément pendant une période plus ou moins longue et ont fini par succomber aux progrès de l'affection cancéreuse dans l'année de l'accouchement ou dans la suivante. Des 25 femmes mortes pendant le travail ou les suites de couches, 16 ont succombé à la rupture de l'utérus pendant le travail, 9 à la péritonite et à l'épuisement, 7 aux suites des opérations graves qui avaient été rendues nécessaires.

Sur ces 60 accouchements, 29 enfants sont venus au monde morts, 28 vivants. Pour 3 cas, l'indication manque.

Quant à la partie du travail de M. Chantreuil qui est relative au traitement, nous en réservons l'analyse pour la Revue prochaine.

De la valeur du bruit de pot fêlé et de la pectoriloquie aphone dans la phthisie tuberculeuse.

Dans une série d'expériences entreprises dans le but d'étudier le mécanisme et les conditions de production des divers bruits pathologiques de la respiration, et consistant à produire la respiration artificielle à l'aide d'un soufflet sur des cadavres de sujets ayant succombé à la phthisie, MM. Cornil et Grancher ont fait plusieurs fois la remarque que le bruit de pot fêlé ne peut être perçu qu'à la condition que la bouche du sujet exploré soit ouverte, et, en outre, qu'il ne s'entend bien qu'à l'expiration, tandis qu'il disparaît dans l'inspiration, — fait signalé déjà, d'ailleurs, par les cliniciens, et notamment par M. Woillez, qui y a particulièrement insisté dans son *Dictionnaire du diagnostic*, et dans ses conférences cliniques sur les maladies des organes respiratoires, publiées dans la *Gazette des Hôpitaux*, en 1864.

Ce dernier fait vient d'être vérifié et confirmé par une sorte de démonstration publique, sur une malade du service de M. Gombault, atteinte de tuberculose pulmonaire, et que M. Budin a présentée aux membres de la Société de biologie.

Cette malade présente deux excavations aux deux sommets des poumons, l'une considérable à gauche et en avant, l'autre peu étendue à droite et en arrière. A la percussion, en avant et à gauche, sous la clavicule, on entend le bruit de pot fêlé. Ce bruit est perçu en percutant à petits coups dans le second espace intercostal pendant qu'on fait respirer la malade lentement et profondément, la bouche étant ouverte. C'est surtout à la fin de l'expiration qu'il est très-distinctement et très-nettement entendu.

Mais cette malade présente en outre, à l'auscultation, un autre signe ou phénomène beaucoup moins connu ou moins recherché, et sur lequel M. Budin a surtout appelé l'attention de l'assistance.

Parmi les principaux signes fournis par l'auscultation chez les phthisiques, le gargouillement, le souffle caverneux et la voix caverneuse, MM. Barth et Roger, dans leur *Manuel d'auscultation et de percussion*, signalent secondairement cette modification de la voix qu'ils désignent sous le nom de « voix caverneuse éteinte. » Il suffit, pour le percevoir, de faire parler ou compter le malade à voix basse, alors qu'on ausculte successivement les deux poumons dans toute leur étendue. S'il n'y a ni excavation, ni induration, on n'entend rien. Mais si, au contraire, il existe une caverne, un bruit de souffle très-net parvient à l'oreille à chaque parole prononcée.

« Dans certains cas, dit M. Budin, l'excavation, par exemple, étant trop petite, le gargouillement fait défaut. On n'entend ni souffle caverneux, ni voix caverneuse, mais le souffle et la voix bronchiques. Quelquefois même, et cela n'est pas rare dans la phthisie, le malade est aphone et on néglige de le faire parler, il n'existe, par conséquent, malgré la présence de symptômes fonctionnels, aucun signe précis d'excavation pulmonaire. Il suffit alors de faire parler le malade à voix basse pour percevoir la pectoriloquie aphone.

« La voix caverneuse éteinte, ajoute M. Budin, est un symptôme qui, non-seulement permet de constater rapidement la présence d'une caverne, mais est même supérieur à la pectoriloquie ordinaire. Cette dernière, en effet, n'est reconnue que par comparaison avec le bruit normal de la parole transmis à travers les autres parties des poumons. Sa distinction est parfois difficile, surtout lorsque le timbre de la voix est élevé et vibrant, comme cela est fréquent chez les femmes. Lorsqu'au contraire on fait parler le malade à voix basse et qu'on ausculte, ou bien l'on n'entend rien s'il n'y a pas de lésion du poumon, ou bien on perçoit la pectoriloquie aphone s'il existe une excavation. »

Ce symptôme existait chez la malade soumise par M. Budin à l'examen des assistants, il existait non-seulement au niveau de la grande caverne située sous la clavicule gauche, mais encore dans la fosse sus-épineuse du côté droit, dans un point où,

comme signe de l'excavation, on ne percevait que ce souffle et la voix bronchique.

État de la circulation cérébrale et rétinienne et de la température pendant l'attaque d'épilepsie.

Dans l'une des dernières séances de la Société de biologie, M. Magnan avait communiqué les résultats de quelques expériences ayant pour objet de déterminer : 1° l'état de la circulation cérébrale et rétinienne pendant l'attaque d'épilepsie absinthique ; 2° les variations de la température pendant et après les attaques épileptiques sur l'animal sain et sur l'animal soumis préalablement à un grand traumatisme. Il en ressortait ce fait que les convulsions toniques coïncident avec la dilatation pupillaire, la congestion du fond de l'œil et de tout le cerveau. Or la plupart des auteurs indiquent au contraire l'association du resserrement des pupilles avec la congestion cérébrale; et les expériences physiologiques montrent aussi que toutes les fois qu'on intéresse le nerf grand sympathique, soit en l'irritant, soit en le coupant, on obtient la dilatation de la pupille avec le resserrement des capillaires dans le premier cas, la dilatation de la pupille et la congestion par paralysie vaso-motrice dans le deuxième cas. D'où M. Magnan était amené à considérer la simultanéité de ces deux phénomènes, dilatation pupillaire et congestion rétinienne et cérébrale, dans l'épilepsie absinthique, comme des phénomènes d'un autre ordre, nécessitant de nouvelles recherches en ce qui touche le rôle du grand sympathique dans l'attaque d'épilepsie.

Un autre fait sortait encore de ces expériences ; c'est la modification survenue dans la température, qui s'est élevée à la suite des crises chez les sujets en état parfait de santé, d'ailleurs, au moment de l'expérience, tandis qu'elle s'est abaissée, au contraire, malgré les attaques, chez les animaux qui avaient préalablement subi un grand traumatisme, la trépanation par exemple.

M. Magnan a eu l'occasion, depuis, d'observer un fait clinique qui se trouve en rapport avec ces expériences. Chez une femme, âgée de vingt-cinq ans, entrée au bureau d'admission de Sainte-Anne en état de mal épileptique, il a pu constater, durant les attaques, au moment où les convulsions toniques se produisaient, une dilatation simultanée des pupilles ; il y a eu d'abord des convulsions toniques, puis des convulsions cloniques, du coma, de la stupeur ; en outre des grandes attaques, d'autres attaques incomplètes se sont développées, caractérisées par des convulsions toniques avec dilatation des pupilles.

La température rectale s'est élevée progressivement de 37 degrés 2 cinquièmes, à 39 degrés 2 cinquièmes. Au moment des attaques, il n'a pas été possible d'examiner la pupille à l'ophthalmoscope ; mais durant un intervalle de calme, il a été facile de reconnaître une injection notable du fond de l'œil, moins marquée cependant que chez les animaux sujets des expériences.

M. Parrot a apporté à l'appui du fait énoncé par M. Magnan le témoignage de son observation. Il a vu, chez des enfants, durant des attaques épileptiques ou éclamptiques, le paroxysme coïncider avec la dilatation des pupilles. Ce dernier phénomène a été noté aussi sur une femme dans le cours de trente attaques successives.

DE LA PACHYMÉNINGITE CERVICALE HYPERTROPHIQUE D'ORIGINE SPONTANÉE (1).

Par le Dr A. Joffroy, ancien interne des hôpitaux de Paris.

L'existence de la pachyméningite spinale chronique est incontestable, et cette affection, sans être très-fréquente, mérite cependant une description spéciale. Une des variétés les plus fréquentes est celle qui est caractérisée anatomiquement par le siége de l'épaississement de la dure-mère au niveau de la région cervicale. — La symptomatologie revêt alors une forme particulière qui constitue un type clinique. — Ce type clinique est caractérisé par deux formes : 1° celle dans laquelle les membres supérieurs sont seuls affectés (paralysie cervicale) ; 2° celle dans laquelle les membres inférieurs sont également paralysés (paralysie générale). — Le diagnostic de la pachyméningite cervicale hypertrophique est possible. — La guérison ou l'amélioration du malade peut se produire, soit spontanément, soit sous l'influence d'un traitement approprié.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 5 mars 1873 (2). — Présidence de M. Trélat.

Discussion sur les rétrécissements du rectum.

M. CHASSAIGNAC. Je résume très-brièvement une observation de Curling :

Ulcère du rectum par dysentérie chronique suivi d'un double rétrécissement du rectum.

William K..., marin, trente et un ans, hôpital de Londres, le 16 juillet 1857, libéré du service comme invalide après la guerre de Crimée, atteint de dysentérie, se remet incomplétement. Fistule à l'anus. Dans le rectum, ulcération avec un rétrécissement à un pouce et demi. Traitement par dilatation progressive au moyen des bougies. Abcès au périnée. Le cathétérisme profond fit reconnaître un second rétrécissement à la limite supérieure. Quelques accidents urinaires. Péritonite.

Autopsie. — Deux ulcérations, l'une supérieure, l'autre inférieure, avec rétrécissement sur les deux points. — Les ulcérations pénétraient jusque dans le tissu musculaire.

Cette observation établit d'abord le fait d'un double rétrécissement du rectum, comme conséquence de la dysentérie, et de plus la production du rétrécissement par des ulcérations ayant pénétré jusqu'à la tunique musculeuse.

Cela se voit bien dans la cicatrisation des ulcérations de la fièvre typhoïde, quand la tunique musculaire a formé le fond de l'ulcération.

Les rétrécissements du rectum compliqués de fistules (rétrécissements fistulaires), forment une classe particulière de rétrécissements, les uns sont constitués par ces indurations qui sont la conséquence des processus inflammatoires chroniques qui accompagnent les fistules anciennes, et de même que ces callosités, pour lesquelles naguère encore des chirurgiens de notre temps s'évertuaient à pratiquer l'extirpation de tout le tissu induré, les rétrécissements de nature calleuse accompagnés de fistules, guérissent par le fait même de l'opération appliquée aux fistules.

Aussi la première règle de traitement dans les cas de rétrécissements compliqués de fistules, doit-elle être de commencer avant toute chose par l'opération des fistules. Si la fistule est au-dessous du rétrécissement, la section du canal fistuleux conduit d'une manière très-directe au siége même de l'anneau rétréci ; si la fistule siége au-dessus du rétrécissement, opérer la fistule c'est opérer du même coup le rétrécissement.

Il y a donc tout avantage à s'occuper d'abord des fistules.

En ce qui touche au diagnostic des rétrécissements du rectum,

(1) In-8 avec une planche en lithographie. Adrien Delahaye.
(2) Suite. — Voir le numéro du 22 mars 1873.

j'ai à faire remarquer deux choses : 1° les dangers auxquels expose l'exploration de ces rétrécissements, lorsque, dans la détermination de la hauteur à laquelle ils remontent, c'est-à-dire la détermination de leur limite supérieure, on n'apporte pas des ménagements extrêmes.

2° L'emploi d'un moyen qui, dans des cas où le doigt pouvait atteindre à travers le rétrécissement jusqu'à la limite supérieure de celui-ci, m'a donné la possibilité de déterminer cette limite.

Je donnerai un exemple du danger de l'exploration, quand on la fait pour ainsi dire à outrance.

Voici l'exemple : dans un cas où il nous était absolument impossible, malgré des tentatives faites avec beaucoup de soin, d'atteindre la limite supérieure d'un rétrécissement fibreux du rectum chez un sujet âgé, nous résolûmes d'obtenir le dernier mot du diagnostic à l'aide de deux auxiliaires, la résolution absolue par le chloroforme, la dilatation forcée du sphincter pendant l'anesthésie. Nos prévisions se trouvèrent réalisées, et grâce aux deux moyens dont il vient d'être question, nous parvînmes à déterminer de la manière la plus satisfaisante et sur tous les points, la bordure supérieure de l'anneau rétréci.

Mais voici ce qui advint :

Une inflammation phlegmoneuse dans la région ano-périnéale mit les jours du malade en danger. Nous avons attribué l'accident aux manœuvres de la dilatation forcée. (*Traité de l'écrasement*, p. 199.)

Nous donnons donc le conseil formel de s'en abstenir en pareil cas. Mais l'anesthésie doit être conservée, et nous croyons qu'elle peut suffire.

Si, de cette observation, qui n'a sur celles du même genre d'autre avantage que d'avoir été publiée quinze ou seize ans avant elles, vous voulez bien rapprocher les observations si intéressantes qui, dans le cours de cette discussion, ont été produites par plusieurs de nos collègues, et notamment par M. Lannelongue, vous verrez toute l'opportunité qu'il y a à conseiller d'apporter les plus grands ménagements dans l'exploration et surtout dans la dilatation des rétrécissements du rectum.

Le moyen de résoudre les difficultés de l'exploration quand le canal du rétrécissement est trop serré pour permettre l'introduction du doigt, à l'effet de déterminer la longueur et la limite supérieure du rétrécissement, consiste dans l'emploi d'une vessie de caoutchouc, laquelle, arrivée vide et aplatie au-dessus de l'anneau rétréci, est insufflée, et dans cet état de distension, permet, au moyen du prolongement qui pend au dehors, de ramener vers l'extérieur la zone du rétrécissement.

Ce moyen, que j'ai appliqué au traitement des polypes du rectum et de l'urèthre, qui pourrait s'utiliser dans le cas de corps étrangers de l'œsophage ou du rectum, et dont M. Tarnier a fait une application si ingénieuse dans l'avortement obstétrical, je l'ai employé avec succès dès l'année 1853 (*Moniteur des Hôpitaux*, numéro du 18 juin 1853, et *Traité de l'écrasement linéaire*, p. 198).

Longtemps la chirurgie n'a possédé, contre les rétrécissements du rectum, que des moyens insuffisants ou dangereux.

Il y a un élément sans la connaissance approfondie duquel on ne peut traiter la question thérapeutique que par à peu près, attendu qu'on ne se rend pas compte de la principale base d'appréciation à faire intervenir dans le choix des méthodes et des procédés. Cet élément, c'est la connaissance exacte de la vascularisation sanguine de l'anus et du rectum, de la richesse de cette vascularisation et des dangers auxquels elle expose quand le système artériel et particulièrement le système veineux qui y abonde, est largement intéressé par les instruments tranchants.

La dilatation dans le traitement du rétrécissement rectal peut être employée à différents titres :

1° Comme moyen d'exploration du rétrécissement pour établir son siége précis, sa forme annulaire incomplète ou complète, et dans ce dernier cas, la dimension en hauteur de la zone qu'il représente. A l'article *Diagnostic* nous avons eu à examiner cette question.

2° Comme moyen complémentaire, destiné à maintenir les résultats d'une incision pratiquée dans le but de sectionner le tissu du rétrécissement.

3° Comme moyen hémostatique à la suite des plaies opératoires.

4° Comme moyen exclusif et définitif de traitement.

A l'égard des moyens qui ont été employés dans le rétrécissement cancéreux du rectum, il a été commis une singulière méprise. On a confondu le traitement du cancer avec celui du rétrécissement produit par l'affection cancéreuse. En d'autres termes, on a confondu la médecine du symptôme avec le traitement de la maladie proprement dite.

Ce qu'il y a eu de déplorable dans cette confusion, ce n'est pas d'avoir combattu le rétrécissement, qui est par lui-même un accident grave et qui exige aussi, lui, une médication appropriée, mais c'est d'avoir employé, comme susceptible de remédier à l'affection cancéreuse, des moyens de traitement qui n'avaient de raison d'être que l'indication née du rétrécissement; il est résulté de là qu'on a aggravé la marche de la maladie dans des cas où, abandonnée à elle-même, elle eût été longtemps peut-être avant d'atteindre ses périodes extrêmes.

En effet, du moment qu'on s'est dit la dilatation, l'incision, etc., sont des moyens de traitement du cancer du rectum, on a dilaté et incisé le cancer du rectum. Or, dans les cas de véritables cancers, ce genre de moyens ne peut donner que des résultats très-fâcheux, et c'est, en effet, ce qui a eu lieu. On n'avait pas compris que, dans les cas où l'on a retiré quelque avantage de l'emploi de ces moyens, il s'agissait d'affections autres que le rétrécissement cancéreux du rectum, et que c'était à une erreur de diagnostic que ces moyens avaient dû une apparence d'efficacité.

La dilatation, en tant qu'elle aurait un autre but que de combattre le rétrécissement, ne peut agir que comme moyen de compression. Or la compression telle qu'elle peut se faire sur des tumeurs du rectum, n'est propre qu'à une chose, à irriter, à exaspérer la marche du cancer.

Le crédit qui s'est attaché passagèrement à ce genre de moyens n'a pu s'établir qu'à l'abri d'erreurs propagées dans la pratique par Récamier et par Lisfranc. Par Récamier, qui croyait qu'on guérit les cancers à l'aide de la compression ; par Lisfranc, qui se faisait sur la compression anale des idées telles, qu'il avait cru à la possibilité de guérir par ce moyen des fistules à l'anus.

Une autre méprise fâcheuse encore, consiste à assimiler la dilatation rectale à la dilatation uréthrale.

Dans cette dernière, l'organe lui-même concourt à l'œuvre du traitement, en retenant sans aucune difficulté l'agent de la dilatation; aucune secousse, aucun effort de toux ne peut le déplacer, et s'il est creusé d'une cavité centrale, il peut permettre l'excrétion urinaire sans qu'on soit obligé de le retirer.

Tout est différent dans la dilatation rectale, le moindre effort de toux, une respiration forte, un éternuement, la moindre contraction du diaphragme ou des muscles abdominaux déplacent le moyen de dilatation; s'il est rigide, il blesse; s'il est inconsistant, il fléchit et se déplace. Les conditions mécaniques du mode opératoire dans les deux maladies sont totalement différentes.

L'incision tranchante avec le bistouri ou les ciseaux a été employée à deux degrés bien différents :

1° Comme moyen de sectionner le rétrécissement dans une partie seulement de son épaisseur. C'est la seule forme acceptée de la rectotomie interne.

2° Comme moyen de sectionner toute l'épaisseur de l'anneau du rétrécissement.

3° Comme moyen de rectotomie totale, comprenant à la fois la paroi rectale proprement dite, la région sphinctérienne, la zone du rétrécissement, et chacune de ces parties dans toute son épaisseur; c'est cette redoutable opération dans laquelle, affrontant tous les dangers à la fois, on ne tient compte ni des hémorrhagies, ni de l'érysipèle, ni de l'infiltration fécale dans l'excavation du bassin, non plus que des phlegmons si graves qu'elle entraîne.

Avant ces derniers temps, on ne connaissait guère qu'un chirurgien aventureux du nom de Stafford, qui eût osé fendre la paroi

du rectum avec le bistouri. Et la preuve que c'était chez lui un parti pris et le résultat d'une intention bien arrêtée, c'est qu'au lieu d'une seule section qui suffit d'habitude aux plus exigeants, il en fit deux, l'une en avant, l'autre en arrière, ce qui est bien inutile, puisque sur un même anneau, quand la section a lieu sur un point, si elle est complète, la totalité de l'anneau se relâche. Or, par cette double section, l'une en avant, l'autre en arrière, si le sujet était un homme, il l'exposait à la blessure des vésicules séminales et de la prostate, et si c'était une femme, il l'exposait à une fistule recto-vaginale, car on sait fort bien que, quand à la suite des sections de la paroi recto-vaginale le sphincter est cicatrisé, cette cloison affaiblie résiste difficilement à la pression d'un bol fécal plus ou moins volumineux.

L'hémorrhagie rectale est particulièrement grave. Non-seulement elle peut causer des pertes de sang vraiment énormes, épuiser ou frapper de mort à bref délai un sujet qui, presque toujours, est débilité à l'avance par la nature même de la maladie qui nécessite l'opération; c'est un individu qui n'a plus une seule hémorrhagie à supporter; mais en dehors d'une mort rapide, on doit noter les hémorrhagies successives et les *impedimenta* de l'hémostase, dans une région où cet acte chirurgical rencontre de sérieuses difficultés d'exécution.

On s'était fait des idées tellement fausses sur l'anatomie du système vasculaire de la région rectale inférieure, qu'on avait proposé sérieusement de couper des bourrelets hémorrhoïdaux par petits coups, en épongeant au fur et à mesure pour lier les vaisseaux chaque fois qu'un jet de sang partirait. Cette idée lumineuse, je ne sais si elle a jamais reçu un commencement d'exécution, mais je puis bien affirmer une chose, pour avoir observé et opéré un grand nombre de tumeurs hémorrhoïdales, c'est qu'elle est de tout point inexécutable, attendu que, quand on attaque ces tumeurs par l'instrument tranchant, à part quelques artères fournissant un jet bien distinct, le sang coule par nappes, provient d'ampoules hémorrhoïdales, qui, une fois entamées par le bistouri, se dérobent totalement à l'application des ligatures.

La section du rectum, dans toute l'épaisseur de sa paroi, est donc une opération déjà très-sérieuse; mais quand cette section porte à la fois sur la hauteur totale de l'intestin, du moins la portion qui n'est pas en contact avec le péritoine, il y a des dangers qui, plus d'une fois, ont fait reculer des chirurgiens doués d'une certaine audace.

Ces chirurgiens savaient que, sur le trajet d'un instrument qui divise la paroi du rectum dans toute sa hauteur, peuvent se rencontrer des veines hémorrhoïdales dilatées, des artères quelquefois assez volumineuses, en un mot, tout ce qu'il faut pour donner lieu à des hémorrhoïdes, empruntant surtout leurs dangers à la rapidité avec laquelle elles apparaissent, aux spasmes intestinaux qu'elles provoquent et aux efforts expulsifs, presque impossibles à maîtriser, qu'elles suscitent, puis à l'extrême difficulté d'application des moyens hémostatiques dont la chirurgie dispose.

L'excessive mobilité du plancher périnéal qui reçoit le contre-coup de tout mouvement brusque, se produisant sur la paroi du ventre ou sur le diaphragme, les contractions de l'intestin, celles de la vessie, tout cela déconcerte l'exécution d'un mécanisme opératoire, qui réclame, ne fût-ce que pour très-peu de temps, une immobilisation complète.

Ensuite, la difficulté de faire pénétrer la vue à une profondeur suffisante, dans une cavité qui se baigne de sang à chaque minute, parce qu'il y a toujours des ouvertures multiples de vaisseaux.

Bref, la section verticale du rectum dans toute sa hauteur, est une opération sérieuse, parfois très-dangereuse, quelquefois mortelle dans l'espace de quelques heures.

Et je crois même qu'il n'existe pas encore une seule observation authentique d'une rectotomie faite dans toute la hauteur du rectum avec l'instrument tranchant. Celles qui se sont produites avec cette prétention n'occupaient que la moitié sphinctérienne de l'intestin.

Ce qui arrêtait aussi les chirurgiens à l'idée de fendre sur toute sa hauteur l'intestin rectum, c'était la crainte d'être amené à l'emploi du tamponnement, ressource mauvaise et très-mauvaise en pareil cas, attendu que la cavité du rectum surtout, quand cet organe est fendu largement, n'offre pour le tamponnement que les conditions les plus défavorables.

Que, dans des cavités osseuses à parois bien limitées, comme le sont l'orbite, les cavités nasales, dont on peut même fermer les orifices, les cavités dentaires, etc., la présence des parois résistantes offrant un contre-appui solide à la pression du tamponnement, on ait recours à ce moyen, cela se conçoit. Mais les sécrétions stercorales dans leur état solide, liquide ou gazeux, dans leur impulsion quelquefois irrésistible, compromettent, annihilent l'efficacité du tamponnement, le rendent illusoire, et de plus, elles ont le grave inconvénient d'amplifier la crevasse intestinale dans le tissu cellulaire pelvien, où elles préparent les éléments presque inévitables des vastes phlegmons, des décollements et de l'érysipèle.

L'infiltration stercorale dans le bassin est une complication fâcheuse, d'autant-plus fâcheuse que le mode du traumatisme tranchant laissera plus largement béantes les ouvertures vasculaires.

Outre l'érysipèle, qui ne s'observe presque jamais à la suite de l'écrasement sur la région rectale, il faut noter les douleurs vives et les dangers résultant des pansements dilatateurs de la plaie faite au rectum, pansements totalement supprimés après l'écrasement linéaire.

La fermeture des surfaces de traumatisme dues à l'écrasement ne peut pas être considérée comme une barrière bien puissante, puisqu'elle résulte, en définitive, d'une condensation des tissus, qui n'est que passagère; mais puisque l'expérience a prouvé qu'elle était suffisante pour prévenir la diffusion fécale dans le bassin, il n'est pas rationnel de renoncer volontairement aux bénéfices d'un pareil *modus faciendi*.

Le sentiment des dangers de toute nature à l'emploi de l'instrument tranchant dans les opérations profondes sur le rectum, avait inspiré à Gerdy l'idée d'employer l'entérotome du Dupuytren dans le traitement des fistules profondes.

Il est incontestable qu'un mode de division par pression continue à l'aide de l'entérotome, offre une chance de préservation au cas où le péritoine serait intéressé. Car, en fin de compte, on ne ferait, pour prévenir le danger de cette lésion, que ce qu'on fait dans la pratique de l'entérotomie appliquée au traitement de l'anus contre nature.

Mais ce n'est point ici le lieu d'examiner la valeur comparative de l'écraseur et de l'entérotome proprement dit.

Les résultats obtenus dans la pratique par la rectotomie interne non complète ont depuis longtemps éclairé les chirurgiens sur la valeur de cette méthode, sur son inefficacité au point de vue du rétrécissement. On a depuis longtemps reconnu que les lèvres de la plaie se réunissaient très-promptement, et que l'introduction et la présence des mèches destinées à prévenir cette adhésion causaient autant de douleur que d'inflammation.

Si la rectotomie interne a la malchance de diviser l'épaisseur entière des tuniques intestinales, la crevasse produite dans le tissu cellulaire pelvien devient très-dangereuse par la non section du sphincter.

Je pense que ce serait une bien funeste erreur à répandre que celle qui consiste à croire qu'on peut porter l'instrument tranchant à une grande profondeur dans l'intention de sectionner un rétrécissement du rectum qui remonte à plus de 7 à 8 centimètres de l'orifice anal.

La rectotomie totale, c'est ainsi que je désigne la section de toutes les tuniques à une grande profondeur, faite avec l'instrument tranchant me paraît le comble de la témérité. Et j'ai été, je l'avoue, grandement surpris quand j'ai entendu notre honorable collègue, M. Panas, qui n'a pratiqué cette grave opération que deux fois, et qui a eu le regret de perdre un malade sur deux, faire valoir, à l'appui de la rectotomie totale par section tranchante, les résultats de sa pratique.

Non-seulement l'un des deux malades a succombé, mais l'autre

n'est pas guéri puisqu'il est soumis à la nécessité de l'emploi des corps dilatants.

L'histoire de deux malades lui donnant un mort et un opéré non guéri, laisse la question au point où elle en était. M. Panas n'a donc pas voulu attaquer les faits de l'écrasement linéaire, il a voulu montrer ce que valait la méhode des grandes incisions de la rectotomie totale, et il y a parfaitement réussi : une hémorrhagie, un cas de mort et la nécessité de recourir à l'emploi des corps dilatants après l'opération.

C'est exactement la même proportion que pour Stafford, une mort pour une guérison, et sur le sujet qui a succombé, un érysipèle.

Ainsi, sur quatre opérés, il y a eu deux cas de mort; et de plus, comme accident, une hémorrhagie en nappe ayant exigé le tamponnement et un érysipèle; enfin un tamponnement préventif dans un cas où il n'y avait pas d'hémorrhagie.

On aurait tort de s'attribuer l'idée de diviser le sphincter dans toutes les opérations de rectotomie sans exception, car cette idée est formellement émise dans l'exposé des deux procédés décrits en 1856 dans le *Traité de l'écrasement linéaire,* et en 1861 dans mon *Traité d'opérations*. Et l'idée y est tellement exprimée que la division complète du sphincter fait partie intégrante et obligée du manuel opératoire.

Nos prédécesseurs dans la carrière chirurgicale, et je parle des plus audacieux, n'auraient jamais eu l'idée de fendre, avec un bistouri, le rectum dans toute sa hauteur, ainsi que les régions hémorrhoïdaires pour un rétrécissement.

RECTOTOMIE PAR ÉCRASEMENT LINÉAIRE.

La section sur toute l'épaisseur des tuniques intestinales faite sans hémorrhagie et sur de larges proportions à l'occasion des cancers du rectum poursuivis jusqu'au voisinage de la région péritonéale, la même opération appliquée aux fistules pelviennes profondes conduisaient logiquement à l'emploi du même moyen pour les rétrécissements du rectum. Il y avait lieu de le substituer aux opérations toujours insuffisantes de la rectotomie interne.

J'ai donc à exposer maintenant, devant la Société, les procédés opératoires mis en pratique par les honorables confrères qui ont bien voulu me suivre dans cette voie ouverte dès avant 1856, puisque mon premier *Traité* était publié à cette époque et renfermait des exposés d'opérations bien antérieures de date à la publication de l'écrasement linéaire.

Procédé opératoire. — Deux cas bien distincts peuvent se présenter :

1° Les cas de rétrécissements qui permettent le passage du doigt;
2° Ceux qui s'y refusent absolument.

Lorsque le rétrécissement est franchissable par l'extrémité du doigt, celui-ci, placé dans l'intestin, au-dessus de la limite supérieure de l'anneau rétréci, reçoit l'extrémité mousse d'un trocart, qui, introduit en arrière de l'anus, est conduit par tâtonnement le long de la surface externe de l'intestin, jusqu'à ce que l'on sente l'extrémité du trocart rendu mousse par le renversement du poinçon après que celui-ci a été introduit dans le tissu cellulaire. Quand le point de ponction a été précisé, le poinçon est retiré de la canule, remis en place avec sa pointe, et la ponction est faite, du dehors de la paroi intestinale au dedans, en écartant un peu le doigt sur le côté de la pointe au moment de la ponction. Placement de la bougie conductrice pour ramener le fil, puis la chaîne.

J'emploie aussi, en pareil cas, la sonde cannelée sans cul-de-sac et un peu recourbée, après ponction préalable à la peau, pour l'introduction de la sonde.

Dans les cas de fistules borgnes internes, je fais pénétrer par l'intestin un trocart courbe qui vient sortir à la peau.

Quand le rétrécissement est trop serré, il faut recourir, pour le placement de la chaîne, au procédé que j'ai décrit en 1856, p. 221 du *Traité de l'écrasement linéaire*. Je me sers de deux trocarts courbes, de grosseur différente, proportionnés entre eux, de manière que la canule du petit trocart puisse pénétrer (*Emboîtement des trocarts*) dans celle du grand.

Le trocart le plus gros est introduit à travers le rétrécissement avec le poinçon mousse.

Lorsque le gros trocart est arrivé dans l'intestin, je retire sa tige et je fais tenir la canule par un aide. C'est alors que je fais pénétrer le petit trocart, de manière à atteindre, à travers la paroi intestinale, l'extrémité de la canule préalablement placée dans l'intestin, et j'engage la pointe de l'instrument dans la canule du premier trocart. Cela fait, je retire la tige du petit trocart, et j'ai alors un canal semi-circulaire qui circonscrit dans toute sa hauteur l'anneau du rétrécissement, et me permet de conduire la bougie, puis le fil qui doit entraîner la chaîne (1).

C'est à ce procédé de l'emboîtement des trocarts que j'ai recours pour passer la chaîne autour du pédicule des polypes naso-pharyngiens.

Les avantages de cette méthode sur la rectotomie interne par le bistouri sont faciles à comprendre. C'est d'abord, par suite de la section du sphincter qui n'a pas lieu dans la rectotomie interne, le seul moyen de guérir l'ulcération parfois si rebelle qui existe au-dessus du rétrécissement. C'est l'objet d'un grave reproche adressé au procédé de la rectotomie interne.

Tout procédé qui ne divise pas le rétrécissement dans toute son épaisseur ne remédie en rien au mal, par la raison bien simple que la portion qui n'est pas divisée continuant à agir annulairement, rétablit la stricture à son premier degré malgré l'emploi des moyens dilatants, dont la section mousse n'a nul besoin et qu'elle n'emploie en aucun cas. A ce sujet, je dois relever une erreur matérielle que je crois involontaire, mais qui tient à l'ignorance des faits de l'écrasement linéaire, et qui doit être péremptoirement réfutée par ce fait d'observation que, aussi bien pour les fistules opérées que pour la rectotomie, l'usage des corps dilatants est tout à fait inutile, n'est nullement nécessaire, et dès lors toujours nuisible.

Tant que, dans l'épaisseur d'un rétrécissement, il y a conservation d'anneaux complets rétractiles, on peut bien dire qu'on a diminué, du moins temporairement, la force de la constriction, mais on n'a pas guéri la constriction, puisqu'elle est représentée par les anneaux restant entiers. Si, au contraire, l'agent rétractile est divisé dans toute son épaisseur, il devient lui-même l'instrument le plus énergique de la destruction du rétrécissement, car la rétractilité même du tissu malade élargit forcément et continuellement l'incision qui a été pratiquée jusque dans les tissus souples et non rétractiles.

La force rétractile, qui est concentrante et rétrécissante tant qu'une partie de l'épaisseur de l'anneau rétractile conserve son intégrité, devient dilatante dès que la section de toute l'épaisseur de l'anneau rétractile est accomplie.

Ce mécanisme est facile à comprendre par une figuration bien simple et permet de se rendre un compte exact et comparatif des résultats de la rectotomie interne et de ceux de la rectotomie totale par la chaîne métallique.

Il existe enfin un mode opératoire, amenant la guérison définitive du rétrécissement par l'ablation complète (cavité et parois) de l'anneau rétréci, quand cet anneau ne remonte pas à une trop grande profondeur.

Deux trocarts courbes, introduits l'un d'avant en arrière, l'autre transversalement, servent à marquer la portion du rectum qui doit être enlevée; puis la chaîne à écrasement est placée à la limite de la double convexité et serrée au point d'amener la chute de la portion limitée par les deux trocarts.

J'ai opéré de cette manière avec un plein succès un malade nommé Charles D...., employé dans un chemin de fer, âgé de quarante-sept ans, et qui, depuis dix-huit mois, souffrait d'un rétrécissement fibreux, reconnu tel à l'examen microscopique.

---

(1) *Traité des opérations chirurgicales*, t. II, p. 709 et 710.

CONCLUSIONS

1° Eu égard à leur siége anatomique, les rétrécissements du rectum doivent être partagés en deux classes : ceux qui occupent la région sphinctérienne, ceux qui existent dans la région supra-sphinctérienne ou dans le corps même de l'organe. Rétrécissements superficiels; rétrécissements profonds.

2° Ce qui rend si dangereux les rétrécissements par brûlure, c'est la présence du tissu inodulaire.

3° Des rétrécissements incurables ont été, même entre des mains habiles, la conséquence de cautérisations pour le traitement des tumeurs hémorrhoïdales.

4° Quand on cautérise par le fer rouge une tumeur hémorrhoïdale, on ne peut jamais affirmer à l'avance qu'il n'y aura pas de rétrécissement inodulaire.

5° Le rétrécissement incurable du rectum est une affection excessivement grave.

6° Dans le cas de rétrécissement rectal par brûlure, si la section du tissu inodulaire n'est pas faite dans toute son épaisseur, comme le fait la chaîne, l'opération est radicalement impuissante.

7° L'introduction brusque des canules est une cause démontrée de rétrécissement.

8° La compression forte du rectum dans un accouchement laborieux, paraît être une cause de rétrécissement (Curling).

9° Ce qui détermine le rétrécissement de l'intestin par le froncement cicatriciel, ce n'est pas tant la nature de l'ulcération, que le degré de profondeur auquel elle a atteint.

10° La première règle du traitement dans les cas de rétrécissements avec fistules, c'est de commencer avant toutes choses par opérer les fistules.

11° Les plus grands ménagements doivent être apportés, sous peine d'accidents graves, dans l'exploration et dans la dilatation des rétrécissements.

12° Une faute de pratique très-regrettable est commise toutes les fois que, prenant un rétrécissement de nature cancéreuse pour un rétrécissement fibreux, on incise ou on dilate le tissu cancéreux.

13° Toute opération dans laquelle, comme dans la rectotomie interne, on laisse non divisé le sphincter, expose à des infiltrations fécales dans le tissu cellulaire pelvien.

14° L'infiltration stercorale dans le bassin est une complication d'autant plus fâcheuse, que le mode de traumatisme par l'instrument tranchant laisse plus largement béantes les ouvertures vasculaires.

15° Les quatre grands dangers de la rectotomie par le bistouri sont : 1° l'hémorrhagie, 2° l'érysipèle, 3° la phlébite suppurée, 4° la diffusion stercorale dans le bassin.

16° La rectotomie interne, c'est-à-dire celle qui ne divise le tissu du rétrécissement que dans une partie seulement de son épaisseur, est une opération radicalement impuissante.

17° La rectotomie totale par le bistouri est le comble de la témérité.

18° L'un des avantages de l'opération par la chaîne consiste à diviser constamment la région des sphincters.

19° Dans le cas de rétrécissement infranchissable par le doigt, le procédé de l'emboîtement des trocarts résout la difficulté.

20° Il y a erreur matérielle à soutenir que les pansements dilatants sont nécessaires après l'écrasement; il s'en passe d'une manière absolue.

21° Tant que dans l'épaisseur d'un rétrécissement il y a conservation d'anneaux rétractiles complets, rien de sérieux n'est fait pour la guérison de la maladie.

22° Dans certains cas, l'ablation complète (parois et cavité) du rétrécissement est un mode de guérison définitive.

M. PANAS. Je désire fournir un simple éclaircissement à M. Chassaignac. Il n'est pas entré dans ma pensée de donner au bistouri la préférence sur l'écraseur linéaire; ce que j'ai voulu démontrer, c'est la nécessité de fendre toute l'épaisseur du rétrécissement, qu'on se serve du bistouri ou de l'écraseur. Je réserve toutefois ce traitement aux cas graves, à ceux qui ont résisté aux moyens ordinaires.

Quant aux hémorrhagies, je n'en ai pas observé, et je pense qu'on sera à l'abri de cet accident en pratiquant l'incision sur la ligne médiane.

M. Chassaignac conteste la bonté de mes résultats parce que j'ai mis une canule après les opérations, mais je pense qu'il faut toujours continuer la dilatation un certain temps après l'incision.

M. DESPRÉS. Il faut toujours dilater après l'incision.

M. CHASSAIGNAC. Je ne pense pas, quant à moi, qu'il faille dilater après l'opération. Je redoute beaucoup l'hémorrhagie, et je ferai remarquer que deux fois M. Panas a dû tamponner la plaie.

Personne ne demandant plus la parole, M. le président déclare close la discussion sur les rétrécissements du rectum.

M. DOLBEAU fait un rapport oral sur une observation adressée à la Société par le docteur Chairou, chirurgien de l'asile du Vésinet. Il s'agit d'une malade atteinte d'un kyste du foie et guérie par une ponction faite à l'aide de l'aspiratenr de M. Dieulafoy (aiguille n° 2).

Deux membres de la commission se sont rendus auprès de la malade et ont constaté qu'elle portait encore un kyste du foie.

M. Dolbeau déclare qu'il y a donc lieu de réserver le jugement sur ce cas, car il se pourrait qu'on ait affaire à un second kyste, à cause même de la situation différente de la nouvelle collection liquide.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Après une expérience qui a donné les meilleurs résultats, l'Administration de l'Assistance publique a décidé qu'à partir du 1er avril, le nombre de sages-femmes chez lesquelles peuvent être reçues les femmes en couches sera sensiblement augmenté.

Les maternités vont se trouver peu à peu délaissées, ou si l'on préfère, moins encombrées. Les femmes qui se présentaient aux hôpitaux spéciaux seront dirigées, lorsqu'elles seront à terme, et, sur leur demande, chez une sage-femme, laquelle recevra une indemnité de 50 francs pour les neuf premiers jours, et une indemnité de 4 francs par jour pour les jours suivants. Cette somme sera payée par les trésoriers des bureaux de bienfaisance. Enfin, dans les cas où soit l'accouchement, soit ses suites, exigeraient la présence d'un médecin, la sage-femme devra requérir le médecin du bureau de bienfaisance de sa circonscription. Les honoraires du médecin appelé sont fixés à la somme de 10 francs.

On ne saurait trop féliciter la Société des bureaux de bienfaisance dont les études et les efforts ont permis de faire entrer dans nos mœurs l'assistance publique à domicile.

Le Directeur : Dr E. LE SOURD.

Paris. — Typographie A. POUGIN, quai Voltaire, 13.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Bureaux : 57, rue des Saints-Pères, 57
PRÈS L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix d'abonnement doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

On s'abonne hors de Paris dans les bureaux des Messageries et chez les Libraires. Les lettres non affranchies sont refusées.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui n'en peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS: Trois mois. . 8 fr. 50 c. Six mois. . 16 — Un an. . . . 30 —

POUR L'ÉTRANGER le port en sus suivant les derniers tarifs des Postes.

Paris, le 31 mars 1873.

LA COMMISSION CONSULTATIVE

DES MÉDECINS LIBRES EXERÇANT AUX EAUX MINÉRALES

Si les partisans de l'autocratie inspectorale avec M. Pidoux, si les défenseurs de l'inspectorat tel qu'il fonctionne actuellement *avec tous ses vices*, suivant le mot de M. Gubler, ont, mardi dernier, voté contre l'institution d'une commission consultative de médecins libres, s'il a fallu compter les voix pour constater que la majorité de l'Académie, et une très-forte majorité, s'était prononcée en faveur de cette mesure, ce n'était pas que cette mesure, en elle-même, pour le présent, fît un changement bien sensible dans le régime des eaux minérales.

Mais le judicieux rapporteur avait expressément réservé l'avenir en demandant pour cette fois « cette première satisfaction aux aspirations légitimes des médecins libres », il avait formellement déclaré que ceux-ci devaient naturellement avoir *leur part d'influence et de surveillance dans les établissements thermaux;* il avait ainsi proclamé les vrais principes, qui dans un temps plus ou moins long, doivent nécessairement conduire à la transformation complète de toute cette législation.

En effet, les aspirations des médecins libres sont légitimes; les médecins libres ont des droits qu'il n'est pas possible de méconnaître sans injustice, qu'il n'est pas possible de réunir, à leur préjudice, sur la tête d'un médecin choisi par le Gouvernement sans constituer un privilége choquant, contraire à la nature des choses.

Ces droits : quels sont-ils ? et d'où viennent-ils ?

Ce sont les mêmes qu'on reconnaît aux médecins lorsqu'il s'agit d'autres remèdes ; et ils leur viennent de leur diplôme.

A quoi servirait au médecin le certificat de capacité qu'après examens professionnels on lui délivre, s'il lui était impossible de faire exécuter ses ordonnances ?

L'État intervient donc.

Il intervient dans les pharmacies pour obliger ceux qui s'occupent de la vente des médicaments, à les délivrer conformément aux prescriptions du médecin, et comme il le veut.

Peu importe que pharmaciens et médecins se trouvent être bien ou mal ensemble, tout docteur, de par son diplôme, a le pouvoir de faire exécuter ses ordres en ce qui touche la préparation des remèdes et leurs formules.

En effet, le corps médical est collectivement chargé du soin de la santé publique ; et l'accomplissement individuel de cette mission collective confère à chacun de ses membres l'ensemble indivisible de ses devoirs et de ses droits.

En fait de responsabilité, il n'en est point qui soit plus étendue que celle de la vie humaine : et celle-là, le médecin la possède par cela même qu'il exerce son art.

Ainsi, au point de vue de la santé publique, de cet intérêt général qui seul peut motiver l'intervention de l'État dans l'exploitation des eaux minérales, comme dans la vente et la préparation des remèdes de pharmacie, la véritable responsabilité est celle du médecin qui traite au moyen de ces eaux comme de ces remèdes.

Cette responsabilité, par rapport à ceux qui se confient à son art, on ne peut pas l'en décharger pour la transférer à un fonctionnaire; et elle emporte pour lui des droits aussi étendus qu'elle-même.

Le titre d'inspecteur n'y peut rien ajouter à ce point de vue dominant, celui de la santé publique.

Inspecteur ou médecin libre, le docteur qui pratique la médecine spéciale des eaux minérales, représente les intérêts médicaux, c'est-à-dire les intérêts de la santé, ceux des malades, ceux du seul public intéressé, pour une part proportionnelle au nombre des baigneurs qui le chargent de diriger leur traitement.

Il faut qu'il puisse surveiller la manière dont on exécute ses ordonnances; il serait bon qu'il fût mis à même de tirer le meilleur parti des sources qu'il emploie ; il faut qu'il puisse s'assurer de leur intégrité afin que ses malades ne deviennent pas victimes de quelque falsification, de quelque fraude.

En un mot, il possède, par cela seul qu'il exerce, et l'État doit lui assurer le droit d'inspection médicale dans tout son ensemble : contrôle et conseils, droit de surveillance et droit de plainte, indication des améliorations à exécuter, des abus à supprimer, etc.

Tout cela découle forcément de cette responsabilité qu'il a devant Dieu et devant les hommes.

Il s'est chargé d'amener des malades à la guérison : et bien souvent la mort résulte d'un traitement mal conduit ou d'une prescription mal exécutée.

Qu'il s'agisse, par exemple, de bains administrés à haute tem-

pérature, la négligence d'un employé, quelques degrés de différence, peuvent amener des accidents terribles.

De même s'il s'agit au contraire de bains très-froids.

De même s'il s'agit de douches écossaises, etc., etc.

L'aménagement des sources, leur mélange, la disposition des piscines sont également loin d'être choses indifférentes pour le praticien et pour ses malades.

Ainsi, dans des thermes célèbres, il existait des piscines graduées, représentant une série de quatre températures fixes, différant l'une de l'autre d'un seul degré.

Dans certaines maladies chroniques, c'était une précieuse ressource que cette graduation, qui permettait de choisir pour chacun la piscine dans laquelle il aurait à rester des heures, et que cette fixité de température entretenue par l'eau courante.

Eh bien, un beau jour on a réfléchi que les deux sexes se trouvaient également bien de ces piscines, et qu'il était bon de les séparer d'après la loi. L'inspecteur pouvait arriver de plusieurs manières à remplir cette mission. Au grand chagrin des médecins libres, qui n'ont pas été consultés ; au grand préjudice des malades, on a trouvé simple de réunir les piscines deux à deux par une large fente, supprimant ainsi à la fois la graduation et la fixité de température.

Il est vrai que l'inspecteur ne tirait pas parti de cette graduation. Mais qu'importe aux malades qui s'adressent à d'autres !

Permettre à un seul, quand plusieurs agissent, de tenir exclusivement compte de ses propres méthodes sans même s'inquiéter de celles des autres, c'est bien incontestablement un privilége, et des plus injustes.

Que l'inspecteur soit dépourvu d'autorité proprement dite, comme sous le régime actuel, qu'il puisse seulement faire des observations, exprimer des vœux, donner des conseils, il n'en est pas moins investi d'un rôle que lui donne le monopole de représenter l'intervention médicale dans des établissements où il n'est pas le seul à représenter l'exercice de la médecine.

C'était donc une idée heureuse que de réunir les médecins en commission consultative.

Mais cela ne suffit pas encore.

Il faut, en outre, que le fonctionnaire chargé par l'État de contrôler les indications des médecins libres, tout en étant médecin lui-même, n'exerce pas dans la localité.

Il faut qu'il soit parfaitement désintéressé, qu'il n'ait pas de ces mesquines jalousies et de ces haines de parti, dont nous avons vu de récents exemples dans les injures que certains inspecteurs et leurs amis ont adressées aux médecins libres.

Maintenant qu'on est arrivé à une solution provisoire, et que, malgré l'opposition de M. Pidoux et de quelques autres, l'Académie a émis le vœu de voir consulter les médecins libres dans leurs intérêts, c'est-à-dire dans l'intérêt de leurs malades et de leur art, on peut s'attendre à voir bientôt couronner l'œuvre par la suppression des inspecteurs résidants, qu'on remplacera par des inspecteurs régionaux, bien payés, mais ne pratiquant pas.

Les violences, les injures, les personnalités du parti de l'inspectorat, auront été et seront inutiles.

Ceux qui se sont gardés d'imiter ce parti et dont le ton modéré fait contraste, l'emporteront par la force des choses.

Dr Victor Révillout.

HOPITAL DU DEY D'ALGER. — M. Aron.

Bubon inguinal phagédénique de forme térébrante, suivi d'hémorrhagie mortelle par ulcération de la veine fémorale (1).

L'observation qui précède réunit un certain nombre des conditions désastreuses de la lutte engagée dans le cas de phagédénisme ; une fois de plus, elle démontre l'inanité de tant de ressources de l'arsenal thérapeutique aux prises avec un ennemi encore mal connu ; la destruction considérable des tissus, les douleurs excessives, l'érysipèle, la pourriture d'hôpital et la gangrène sont autant de complications qui s'abattent successivement sur un organisme en proie, par sa débilitation même, à mille troubles fonctionnels. Heureux si, à travers tant d'incidents défavorables, et après avoir triomphé de suppurations prolongées jusqu'au marasme et à l'hectisie, l'on ne rencontre pas un danger mortel qui, finalement, déjoue les espérances renaissantes.

Des causes, soit prédisposantes, soit locales, habituellement indiquées dans le phagédénisme, nous ne trouvons à invoquer ni hygiène défavorable, ni habitudes de débauche ou d'alcoolisme. C'est un premier et cruel sacrifice à Vénus qui fait payer on sait de quelle expiation un seul mouvement d'oubli. Ce fait a pu avoir une certaine influence sur les suites de l'accident vénérien en occasionnant, dès l'entrée du malade, une véritable dépression morale, disposition fâcheuse qui s'est accusée pendant toute la maladie par un manque absolu d'énergie et une sorte d'ahurissement et de fatalisme découragé. Joignons, en fait de condition locale, l'induration pierreuse de l'adénite et le caractère strumeux de la ganglionite dû à la disposition lymphatique exagérée de l'organisme et le mauvais état des voies digestives. Les douleurs gastralgiques accompagnées d'accès fébriles ont coïncidé avec l'apparition du phagédénisme et surtout de la diphthérite locale ; mais n'y aurait-il pas eu là une première poussée d'infection générale, et les troubles digestifs n'ont-ils pas été l'effet plutôt que la cause ?

On pourrait être tenté d'accuser le traitement mercuriel, mais il importe de rappeler que s'il a été institué dans le doute primitif sur la nature des chances qui reposaient sur des tissus enflammés, il n'a été, pour ainsi dire, qu'entamé, et que, peu actif et surtout peu prolongé, il a été suspendu dès l'apparition de la suppuration du bubon. Il est certain que le phagédénisme est une complication plus ordinaire du chancre mou ; mais il en faut rabattre cependant, et les traités récents de syphiliographie établissent parfaitement qu'il peut se rencontrer dans la syphilis infectieuse, et qu'on l'observe, quoique très-rarement, dans les syphilides ulcéreuses et même dans les scrofulides. En résumé, la mauvaise qualité du terrain, aidée par le lymphatisme et la dépression morale nous semblent avoir été les facteurs principaux.

L'envahissement rapide des tissus profonds appartient à la forme particulière appelée *térébrante*, à coup sûr la plus périlleuse, parce que, à l'inverse du phagédénisme serpigineux, arrêté souvent par l'hétérogénéité des tissus, nulle barrière n'en limite la tendance à la destruction profonde. Entre tous les essais de traitement rapportés plus haut, il ne nous est pas possible de nier l'efficacité des applications de poudre de camphre, mais seulement après que d'énergiques cautérisations au fer rouge ont eu raison de l'érysipèle et de l'induration de mauvaise

(1) Fin. — Voir le numéro du 27 mars 1873

nature des bords de la plaie, donnant ainsi un coup de fouet énergique au travail de modification et de révivification des tissus mortifiés ! Bien entendu il serait injuste de ne pas faire la large part au traitement général et surtout à l'alcool, qui a amené la chute de la fièvre, la cessation des transpirations et ramené même une certaine confiance chez notre malade (1).

L'espoir, à ce moment, était-il permis, malgré l'étendue d'une plaie qui, nous l'avons dit, ressemblait à une préparation anatomique du triangle de Scarpa? Ricord cite un cas qui a guéri après sept ans, et Fournier, dans le *Nouveau Dictionnaire de médecine pratique*, rapporte le fait d'une ulcération phagédénique d'origine ganglionnaire qui se cicatrisait au bout de quatorze ans d'existence... Le danger cependant n'était pas conjuré ; la menace de l'hémorrhagie n'a jamais été méconnue, et des recommandations spéciales avaient été faites plusieurs jours de suite au médecin de garde, quoique dans les derniers jours, l'apparition de bourgeons vermeils pleins de vie et d'espérance avaient pu nous faire illusion et rendre cette épée de Damoclès moins redoutable ; mais au lieu d'une séparation par agglutination lente, la nécrose continuait son œuvre souterraine.

Y avait il quelque manœuvre préventive à tenter ? Avec une hésitation que l'on conçoit, nous n'osions trop explorer la dangereuse région des vaisseaux cruraux ; encore moins nous eût-il semblé permis de faire, à la faveur d'incisions ou de débridements, la ligature préventive du vaisseau ulcéré après avoir constaté son état réel. Cette tentative, dans la situation, n'était ni prudente ni permise, et l'autopsie, du reste, nous a montré combien une ligature opérée au-dessous de l'endroit où venaient précisément se jeter la saphène et le bouquet d'autres veines volumineuses eût été inutile. D'ailleurs, l'artère fémorale était malade, et en présence de la disposition ulcéreuse des tissus, que pouvait-on espérer d'une ligature?

Quand on considère la dimension de l'ulcération, on se fait une idée de l'abondance de l'hémorrhagie, de la difficulté extrême qu'elle opposait au choix de l'endroit précis où le fil devait être posé. Néanmoins, après plusieurs tentatives faites avec des instruments insuffisants, le dernier fil embrassant à la fois toute l'épaisseur de la veine et un ganglion superposé mit fin à l'hémorrhagie. Le malade, au moins, ne mourait pas entre nos mains ; encore avait-on à redouter une nouvelle hémorrhagie par le bout supérieur, par une des veines affluentes ou à la chute de la ligature.

(1) Nos lecteurs se rappelleront sans doute les observations de M. Netter, notamment la première (*Gazette des Hôpitaux*, année 1871, page 106), dans laquelle il s'agit pareillement d'une vaste plaie, située à la face interne de la cuisse, et au fond les vaisseaux étaient à nu. Le chirurgien qui soignait le blessé, après avoir en vain dirigé contre le mal les moyens alors connus, songeait au fer rouge ; mais il n'osait l'appliquer, de crainte de comprendre les vaisseaux dans l'eschare qu'il déterminerait. C'est dans ces conditions que M. Netter, ayant été appelé à donner son avis, conseilla la poudre de camphre ; or ce remède, sans autre adjonction, a suffi pour dissiper le phagédénisme, transformation locale avec laquelle coïncida l'amélioration dans l'état général.

Loin de nous la pensée que, dans le cas présent, ce soit le fer rouge qui ait entamé la veine, et il est probable que la lésion accidentelle n'aura été qu'un effet de la marche envahissante du mal ; mais peut-être le camphre, employé plus tôt, aurait-il prévenu cette extension? Puisque la grande efficacité de ce remède a été constatée tardivement, il faut bien croire qu'au début l'action aurait été la même.

Hâtons-nous d'ajouter que notre distingué confrère M. Aron, en publiant son observation, a rendu à l'art un véritable service ; les vérités cliniques ne peuvent se dégager que dans la comparaison des cas heureux avec les cas malheureux, qui constituent dans notre science des preuves et des contre-épreuves. (*Note de la rédaction.*)

Je ne crois pas que les cas analogues soient fréquents ; il ne m'a été possible que d'en trouver un seul rapporté par Herbert Mayo (*Treatise on syphilis*, 1840) ; il s'agit d'un ulcère vénérien qui a pénétré de la région cervicale jusqu'à l'artère linguale, qu'il a ouverte ; il fallut lier la carotide primitive.

DES MÉLANODERMIES

ET EN PARTICULIER D'UNE MÉLANODERMIE PARASITAIRE (1)

Par M. le docteur S. Paul FABRE.

La mélanodermie est caractérisée par une augmentation circonscrite ou diffuse dans la pigmentation normale de la peau.—Quand la mélanodermie est congénitale, elle n'est liée à aucun état morbide ; elle est *essentielle*. — La mélanodermie acquise est au contraire presque toujours *symptomatique*.

Les mélanodermies acquises, de cause *interne*, peuvent dépendre, soit d'un trouble général de la nutrition (cachexies) ; soit d'une lésion centrale encore mal définie et mal localisée (altérations des capsules surrénales du grand sympathique abdominal, des ganglions lymphatiques abdominaux, etc.). Elles peuvent être aussi *sympathiques* de la grossesse.

Les mélanodermies acquises, de cause *externe*, sont dues à une excitation qui est tantôt mécanique (influence des vents sur la production du hâle, action du frottement dans les cas de lichen et de prurigo) ; tantôt vitale (action des vésicatoires, névralgies) ; d'autres fois physique (influence de la radiation lumineuse dans le hâle solaire, de la radiation du calorique dans les éphélides ignéales).

Il existe une mélanodermie occasionnée par la présence prolongée de parasites animaux sur la surface cutanée. — Une teinte bronzée, diffuse, plus accusée sur les régions du corps qui sont à l'abri de la lumière et des frottements, presque toujours un prurigo concomitant, souvent des excoriations épidermiques, et toujours des poux en grand nombre, sinon actuellement, au moins dans un passé récent. Tels sont les principaux caractères de la mélanodermie de cause interne, en ce qu'elle est compatible avec la santé ; que ni la face, ni les mains, non plus que les muqueuses ne sont envahies par la pigmentation, et qu'elle tend à disparaître dès que les parasites sont détruits. — Elle se distingue aussi très-nettement des autres mélanodermies de cause externe ; par son siége, elle diffère du hâle et des éphélides qui sont marqués surtout aux parties découvertes ; par sa diffusion, elle diffère du pityriasis et des autres mélanodermies à parasites végétaux, qui sont plus localisées, bien limitées, et siégent indifféremment aux parties cachées ou exposées à la lumière. Par sa diffusion encore, elle se distingue des diverses formes de la mélanodermie circonscrite.

La mélanodermie phthisique commence à pâlir dès que les poux ont disparu. — Aussi les fumigations cinabrées et les bains sulfureux qui suppriment la cause sont-ils le traitement le plus efficace de cette mélanodermie.

DU MEILLEUR MODE D'ADMINISTRATION DES PHOSPHATES

Par M. COIRRE.

Les phosphates ont pris depuis quelques années dans la thérapeutique une place considérable et justement méritée. Nous rappelerons tout à l'heure quelle est l'action qu'ils exercent sur les phénomènes de nutrition, et les conséquences qui en découlent. Mais le point sur lequel nous voulons tout particulièrement appeler l'attention, parce qu'il est capital, c'est leur mode d'administration.

Le phosphate de chaux — le seul qui doit être prescrit dans les cas dont nous parlons — est insoluble ou trop acide pour pouvoir

(1) In-8°. Prix : 2 fr. 50. Adrien Delahaye.

être employé dans une faible quantité de véhicule à dose convenable.

Ingéré dans l'estomac cependant, il s'y dissout en petite quantité à la faveur de l'acide chlorhydrique du suc gastrique, et il existe également à l'état de dissolution, dans le sang, l'urine et les autres humeurs de l'économie, grâce aux divers acides avec lesquels il se trouve en contact, et à sa grande dilution.

Mais si on voulait l'administrer à l'état naturel, la plus grande partie passerait dans les fèces, en pure perte, et c'est déjà ce qui arrive pour celui que renferme les aliments.

Pour que le phosphate de chaux produise des résultats satisfaisants, il faut donc l'administrer à l'état de dissolution, et on est arrivé à l'obtenir ainsi par divers tours de main opératoires. Mais le meilleur moyen et le plus naturel incontestablement, c'est celui qu'emploie l'estomac, c'est à-dire la dissolution par l'acide chlorhydrique. Et on n'y avait pas songé, et on n'avait pu y parvenir avec le phosphate qu'on trouve dans le commerce.

Si on opère cependant sur du phosphate bibasique chimiquement pur, quelques gouttes d'acide chlorhydrique suffisent pour en dissoudre 1 gramme dans 15 grammes d'eau, soit une cuillerée à bouche. Or, en faisant pénétrer sous cette forme le phosphate de chaux dans l'estomac, son absorption a naturellement lieu au plus haut degré et sans qu'il ait besoin de rien emprunter au suc gastrique au détriment de la digestion.

Bien plus, on donne en même temps un médicament, l'acide chlorhydrique, dont tous les effets concourent précisément, par d'autres voies, au même but que le phosphate de chaux lui-même.

On sait aujourd'hui, en effet, que c'est l'acide chlorhydrique qui est l'acide du suc gastrique, et non l'acide lactique comme on l'a cru pendant longtemps. L'acide chlorhydrique est donc un médicament eupeptique par excellence. En outre, comme il se transforme après son absorption en chlorure de sodium, on profite consécutivement de tous les avantages produits par ce dernier agent. Et c'est à ce double rôle parfaitement déterminé aujourd'hui (Voir l'excellent *Traité de thérapeutique* du docteur Rabuteau), que l'on doit attribuer les résultats remarquables qu'on obtient tous les jours par l'administration de l'acide chlorhydrique dans les affections du tube digestif et dans les maladies consomptives).

C'est donc avec le phosphate de chaux solubilisé par l'acide chlorhydrique, avec le chlorhydro-phosphate de chaux, qu'on obtiendra au plus haut degré les effets si satisfaisants déjà qu'on a produits par l'administration de ce médicament.

Rappelons en quelques mots les propriétés et les indications du phosphate de chaux. Cette substance, on le sait, est indispensable à la nutrition, et elle occupe le premier rang parmi celles qui servent à réparer l'organisme.

Le phosphate de chaux est donc indiqué d'une façon générale toutes les fois qu'il existe un affaiblissement de l'économie, quelle qu'en soit la cause.

Dans les anémies d'origines diverses, et surtout celles dans lesquelles prédominent les phénomènes nerveux, c'est-à-dire dans ces cas où précisément le fer et les toniques produisent le moins d'action. Et ces effets sont faciles à comprendre si l'on songe à la grande quantité de phosphate existant dans le tissu nerveux et que l'assimilation est chargée de renouveler.

Dans les longues suppurations et dans les convalescences difficiles.

Dans l'état nerveux et dans la chlorose.

Dans la phthisie, où nous sommes si pauvres en ressources, le phosphate de chaux agit incontestablement d'une façon supérieure à celle de tous les autres médicaments et sans faire courir aux malades le risque d'une hémoptysie comme avec le fer ou les hypophosphites, par exemple.

« Son rôle, dit avec raison le docteur Rabuteau, est double dans la tuberculose. D'abord il favorise, comme tous les sels calcaires, la transformation crétacée des tubercules. En second lieu, il exerce sur la nutrition une action des plus puissantes... Rappelons que les chiens ne sont jamais phthisiques. Or ces animaux ingèrent beaucoup d'os, par conséquent beaucoup de phosphate de chaux. »

Dans les scrofules et les maladies qui en dépendent, principalement le rachitisme et le mal de Pott, comme l'ont prouvé, il y a longtemps, les succès obtenus par le professeur Piorry.

Dans les maladies des os, dans les fractures, où il active la formation du cal et où il la détermine lorsqu'elle ne se produit pas. (Expériences de Blache.)

Chez les femmes enceintes, chez les nourrices et chez les enfants, comme l'a démontré il y a longtemps M. Mouriès, l'usage du phosphate de chaux diminue le nombre des mort-nés, fait disparaître la débilité native, la déformation des os, la déviation de la taille, avance la dentition et rend la croissance plus facile.

La nature d'ailleurs agit dans ce sens, en accumulant, pour les besoins du fœtus, chez la femme enceinte, le phosphate de chaux. (Épaississement des os du crâne, ostéophytes, ou concrétions phosphatées du bassin. — Diminution des phosphates dans l'urine.)

Enfin, dans les affections du tube digestif, et spécialement dans les dyspepsies par altération des glandes à peptone qui se compliquent si rapidement d'anémie, le chlorhydro-phosphate de chaux, — et non plus cette fois le phosphate de chaux seul, — produit les meilleurs résultats, et aucun agent ne détermine aussi promptement le retour de l'appétit. Aussi, rien qu'à ce titre, devrait-on l'employer toutes les fois qu'il s'agit de relever les forces.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Séance du 6 décembre 1872. — Présidence de M. LUNIER vice-président.

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

CORRESPONDANCE

La correspondance comprend :

1° Une lettre de M. le docteur Bédoin, qui envoie à l'appui de sa candidature au titre de membre correspondant : 1° sa thèse inaugurale intitulée : *Considérations de pathologie générale de la peau*; — 2° Un mémoire manuscrit *sur deux cas de syphilis pseudo-vaccinale*; — 3° L'énumération de ses travaux scientifiques.

Une commission composée de MM. Charrier, Onimus, et Aimé Martin, rapporteur, est chargée d'examiner les titres de M. le docteur Bédoin.

2° Une lettre de M. le docteur Manuel Aparicio, qui sollicite le titre de membre correspondant, et qui, à l'appui de sa candidature, envoie sa thèse inaugurale soutenue à Paris, et qui a pour titre : *Étude sur le tremblement syphilitique*. (Comm. : MM. Leudet, Reliquet, Tissier, rapporteur.)

3° Un mémoire de la Société de médecine de Bordeaux (*Rapport sur l'assistance publique dans les campagnes : mendicité, assistance médicale*, par M. le docteur Hameau; *Enfants orphelins ou abandonnés*, par M. le docteur Sous).

4° Deux leçons *sur l'emploi médical de l'électricité*, par M. le docteur Onimus.

On procède ensuite au renouvellement du bureau pour l'année 1873 :

M. Lunier est nommé président par 20 voix sur 22 votants. Une voix pour M. Peter et un bulletin blanc.

M. Peter est nommé vice-président par 20 voix sur 21 votants. un bulletin blanc.

MM. Blumenthal et Reliquet sont nommés secrétaires annuels par 20 voix sur 21 votants.

Le conseil d'administration se trouve ainsi composé :

MM. Lunier, Charrier, Boinet, Forget, Reliquet, Blumenthal, Perrin et Voisin.

Le comité de publication se compose de MM. Charrier, Reliquet, Blumenthal, Antonin Martin et Duroziez.

M. le docteur Foville, médecin adjoint à la Maison nationale de Charenton, vient d'être nommé directeur médecin de l'asile de Quatre-Mares, près Rouen (Seine-Inférieure). Ne pouvant plus assister à nos séances, dans une lettre datée du 4 décembre, il prie la Société de vouloir échanger son titre de membre titulaire contre celui de membre correspondant.

La Société, consultée, décide à l'unanimité que le titre de membre correspondant est accordé à M. Foville.

M. le secrétaire général fera part à M. Foville de la décision de la Société et des regrets qu'elle éprouve en se voyant privée d'un collègue aussi laborieux qu'instruit.

La séance est levée à cinq heures et demie.

Le secrétaire annuel : Dr Ad. Tissier.

Séance du 20 décembre 1872. — Présidence de M. Lunier, vice-président.

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

CORRESPONDANCE ÉCRITE

La correspondance écrite comprend :

1° Une lettre de M. le docteur Foville, qui remercie la Société de l'avoir nommé membre correspondant;

2° Une lettre de M. Leroy-d'Étiolles, qui donne sa démission.

M. le Président annonce à la Société qu'aucun des confrères qui avaient donné leur démission n'a écrit pour la retirer. En conséquence, les démissions sont acceptées.

M. Aimé Martin lit un rapport sur la candidature, comme membre correspondant, de M. le docteur Doyon. Il conclut à l'admission de M. Doyon.

DISCUSSION

M. Peter, à propos de ces herpès récidivant du prépuce, dont vient de parler M. Martin, dit qu'il est bon d'affirmer que ces herpès ne sont pas liés à la syphilis, tandis qu'ils sont liés très-souvent à un état herpétique ou arthritique.

M. Lunier insiste sur ce fait que souvent l'herpétisme et l'arthritis alternent.

M. Aimé Martin. Pour lui, le diagnostic de l'herpès et du chancre infectant est souvent difficile, tandis qu'on reconnaît toujours très-bien le chancre simple de l'herpès. A propos des alternances d'herpétisme et d'arthritis, il cite un malade où l'éruption herpétique du prépuce alterne avec un pityriasis du cuir chevelu.

M. Reliquet. Souvent l'herpès du prépuce alterne avec une suppuration de l'urèthre.

Discussion sur la péritonite rhumatismale. — M. Peter. Le fait dont M. Aimé Martin nous a entretenus est une exagération du type rhumatismal — qui s'est déterminé par la péritonite. Il me rappelle un cas curieux dont je veux vous parler. Il y a plusieurs années, je fus chargé de ne pas quitter un monsieur qui était atteint d'une affection que tous les médecins appelés considéraient comme mortelle. Le malade vomissait tout. Le ventre était très-douloureux; mais le pouls était peu fréquent et la chaleur peu élevée. Cet état grave se prolongeant, on fit appeler M. Rayer, qui se prononça de suite. Il dit : « Ça, c'est une péritonite rhumatismale, parce qu'une autre péritonite aurait tué depuis longtemps le malade. » On traita par les bains de vapeur et le malade s'est guéri.

Ce monsieur, qui n'avait jamais eu de manifestation rhumatismale avant sa péritonite, étant convalescent, prit froid dans une église étant au mariage d'un parent. Le soir, il fut pris de frisson et il eut une angine. Plus tard, il a eu des phénomènes articulaires, des hémorrhoïdes, et enfin il y a eu une calvitie précoce.

Ici le rhumatisme débute par une manifestation insolite — la péritonite — puis il y a une angine, et enfin apparaissent les manifestations ordinaires du rhumatisme, les hémorrhoïdes, les douleurs articulaires, la calvitie précoce. Ce fait prouve aussi que la péritonite rhumatismale n'est pas nécessairement mortelle.

On pourrait se demander pourquoi la péritonite rhumatismale est rare. A ce sujet, j'ai remarqué que le rhumatisme frappe surtout les tissus des plus basses organisations, ainsi, les articulations et les séreuses. Et parmi celles-ci, les plus souvent prises sont celles qui fatiguent le plus. Par ordre, nous trouvons les articulations des membres inférieurs, et en tête les genoux. Aux membres supérieurs, ce sont les articulations du membre supérieur droit les plus souvent prises. Dans l'endocarde, ce sont les valvules qui sont le siége le plus fréquent des altérations dues au rhumatisme. La valvule mitrale, si souvent lésée, l'est presque toujours à son bord libre et sur les faces internes qui s'appliquent l'une à l'autre.

Dans les grandes séreuses, c'est le péricarde qui est le plus souvent atteint. Et l'altération est bien plus fréquente sur la face antérieure du ventricule gauche, et surtout sur le feuillet costal au point correspondant. Ainsi là encore c'est où les deux feuillets séreux frottent l'un sur l'autre à chacun du choc cardiaque, qu'il y a altération. Puis viennent la pleurésie, la méningite et la fièvre péritonite rhumatismale.

M. Guibout. J'ai observé un fait qui, je crois, se rapproche de ceux de MM. Aimé Martin et Peter.

Je vois en ville une domestique qui a des douleurs vagues dans toutes les jointures, accompagnées d'une chaleur générale intense et d'un pouls à 130. Transportée dans mon service d'hôpital, toutes les douleurs articulaires cessèrent; mais elle est prise de douleurs très-vives dans l'abdomen. La péritonite est des plus caractérisées. Du côté des parties génitales, qui sentent mauvais, je ne trouve rien de précis pouvant expliquer l'accident.

Je soigne par des sangsues nombreuses et des cataplasmes. Je n'ai pas pensé au rhumatisme, aussi n'ai-je pas donné de sulfate de quinine.

Après trente-six heures, la malade succomba.

A l'autopsie, on trouve une péritonite aiguë et les organes génitaux très-sains.

Puis M. Guibout dit : L'argument donné par M. Rayer dans le cas de M. Peter, en faveur de la péritonite rhumatismale, me paraît tout à fait insuffisant.

M. Delasiauve raconte qu'il y a quelques années, à la suite d'un refroidissement, il fut pris d'une douleur violente et continue de l'abdomen, avec vomissements incessants pendant soixante heures, et dyspnée.

Il se fit appliquer quarante sangsues. A mesure que le sang coulait, il sentait les douleurs diminuer et les vomissements se calmaient. C'était un rhumatisme du diaphragme.

M. Peter. M. Rayer a évidemment voulu dire que dans des cas semblables que j'ai vus, il s'agissait d'une péritonite rhumatismale.

ÉLECTION

M. le docteur Péry est nommé membre correspondant, à l'unanimité des membres présents.

Le secrétaire : Reliquet.

VARIÉTÉS

Histoire des plantes.

Par H. Baillon, professeur à la Faculté de médecine de Paris (1).

M. le professeur Baillon continue, avec une régularité des plus remarquables, l'ouvrage considérable qu'il a entrepris sur l'*Histoire*

(1) Tome III. — Grand in-8° avec 551 figures. Paris, L. Hachette et Ce.

des plantes. Il faut être un botaniste pour se rendre bien compte de l'énorme fardeau de ce travail. Aussi, ce livre sera non seulement un titre de gloire pour son auteur, mais il aura certainement un retentissement considérable dans la vulgarisation d'une science qui courait grand risque de se noyer dans les détails. Or, M. Baillon a eu le mérite de venir au secours de cette science, de la dégager des divisions infinies, de la condenser, de réunir ce qu'on avait par trop divisé et de n'accepter comme genre véritable que ceux qui méritent ce titre. Ce travail est immense et suffit à la vie d'un homme, si cet homme, comme dans l'espèce, est préparé à son œuvre et s'y consacre avec le plus entier dévouement. Ouvrons ce troisième volume et passons en revue les diverses familles étudiées par l'auteur.

I

La famille des Ménispermacées renferme environ cent vingt-cinq espèces, qui sont presque toutes des plantes des régions tropicales. Elles ont des caractères constants (disposition alterne des feuilles, diclinie des fleurs, indépendance des carpelles, ovules toujours descendants avec le micropyle dirigé en haut et en dehors), et d'autres qui font très-rarement défaut (nombre ternaires des pièces des verticilles floraux et multiplication de ces derniers, feuilles simples, indépendance des pièces du périanthe, et présence de deux cotylédons dans l'embryon). Ces caractères constants ou à peu près appartiennent à la famille. M. Baillon adopte provisoirement, pour les tribus ou séries, le classement de MM. J. Hooker et Thomson, en Cocculées, Pachygonées, Chasmanthérées (basées sur la structure du fruit et de la graine), et en Cissampélidées (basées sur la structure de la fleur et le nombre de ses parties).

Les Ménispermacées sont généralement des plantes à sucs amers, tonifiants, stomachiques, plus rarement vénéneuses, pourvues d'un latex toxique, âcre, narcotique. M. Baillon cite la coque du Levant fournie par une liane de l'Inde et des régions voisines, l'*Anarmita cocculus*. Il dit son emploi aux Indes, son coupable abus en Angleterre. A côté de son action vénéneuse, il rappelle son emploi thérapeutique contres les fièvres. C'est à la même famille qu'appartient le *Colombo* et le *Pareira Brava*.

On devait s'attendre que la partie médicale serait touchée avec soin dans cet ouvrage. M. Baillon le fait avec une très-grande délicatesse. Il ne se borne pas, comme les anciens auteurs, à ces entassements de propriétés mal étudiées ; il cite discrètement, mais sûrement, et rapporte non-seulement les usages thérapeutiques, mais industriels et commerciaux auxquels peuvent se prêter les plantes qu'il étudie.

II

Les *Berbéridacées*, que tout le monde connait, grâce à l'*épine-vinette*, comprend seize genres. Le nombre des espèces connues s'élève à un cent environ, partagées à peu près également entre l'ancien et le nouveau monde. Cette famille ne présente pas des caractères absolus ; c'est une famille par enchaînement. Nous renvoyons le lecteur à l'ouvrage lui-même pour se rendre compte des moyens employés pour établir les quatre séries (Lardizabalées, Erythrospermées, Berbéridées et Podophyllées).

La *berbérine* et l'*oxyacanthine* sont les principes auxquels l'épine-vinette doit probablement toutes les vertus que lui attribuait l'ancienne médecine. De nos jours c'est la *berbérine* qui, sous le nom de *quinoïde*, a été employée comme succédané du quinquina. La racine des *Berberis* a parfois été employée à falsifier la rhubarbe, et on l'a substituée à celle du grenadier. Les feuilles et les baies sont acidules. Avec ces dernières, on prépare un vin, un sirop, des confitures fort agréables. Le sucre du péricarpe permet d'en extraire un liquide fermenté. M. Baillon signale les *mahonia* qui, plantés dans les terrains les plus incultes, peuvent donner en abondance des baies dont le rendement en alcool s'élève jusqu'à 8 centièmes, et dont les graines torréfiées peuvent, dit-on, remplacer celles du caféier. L'épine-vinette sert, comme on le sait, à faire d'excellentes clôtures ; mais, hélas ! à côté de ce côté utilitaire, voici une grave accusation qui paraît aujourd'hui bien fondée, l'épine-vinette atteinte de l'*œcidium berberidis* communique, sous une forme particulière, ce champignon aux graminées les plus utiles.

La souche du *Podophyllum peltatum* est un médicament purgatif drastique. Le *Jeffersonia diphyllla* est employé aux États-Unis comme antirhumatismal et antisyphilitique. Le *Leontice leontopetalum* sert, en Orient, pour le traitement de la gale. Les Lardizabalées ont peu de propriétés thérapeutiques, mais leurs fruits sont comestibles dans plusieurs espèces. Leurs fleurs sont souvent très-odorantes et plusieurs espèces sont cultivées comme plantes d'ornementation.

III

Les Nymphéacées forment une famille spéciale depuis 1805 ; c'est à Salisbury que l'on doit cette création. Telle que la conçoit M. Baillon, elle renferme dix genres comprenant une quarantaine d'espèces. Celles qui, au nombre de huit, forment la série des Sarracénées, sont toutes américaines. Il en est de même de tous les Cabomba (type de la série des Cabombées) ; tandis que le *Brasenia peltata* habite la plupart des eaux douces tropicales du globe. Les genres Nélumbo (de la série des Nélumbées), et Euryale (de la série des Nymphées), ont chacune une espèce américaine et une espèce de l'ancien monde. Les deux *Barclaya* (même série) connus habitent la Malaisie. Quant aux Nymphæa et au Nuphar (même série), au nombre de vingt-quatre espèces environ, ils se rencontrent dans toutes les parties du monde, occupant en latitude un espace de 110 degrés.

Les propriétés générales des Nymphéacées peuvent se résumer en peu de mots : on les considère comme des plantes adoucissantes, calmantes, sédatives, astringentes par leurs organes de végétation, et la fécule déposée en abondance dans leurs souches, leurs périspermes ou leurs embryons, les rend nutritives, analeptiques. Le lecteur trouvera, dans l'*Histoire des plantes*, les détails thérapeutiques qui se rapportent à chaque genre de cette famille.

IV

Voici une famille bien intéressante pour le médecin. Dès 1759, Bernard de Jussieu la plaçait sur sa liste comme famille distincte. Aujourd'hui, elle compte vingt-trois genres et cent soixante espèces. Ces plantes sont très-inégalement distribuées à la surface du globe. On les divise en quatre tribus ou séries : les Platystémonées, les Papavérées, les Escholtziées et les Fumariées. Plus d'un tiers des genres sont représentés en Europe.

On sait que c'est à la présence de sucs propres que la famille des Papavéracées doit ses qualités les plus tranchées. Là où le latex abonde, on observe des propriétés vénéneuses, narcotiques, âcres, irritantes ou évacuantes. Avant tout, les pavots sont des plantes à opium. Celui-ci n'est que du latex épaissi, privé, par la dessiccation, de la plus grande quantité de l'eau qu'il contenait. Un grand nombre de pavots, sans doute, pourraient servir à l'extraction d'une huile analogue à celle qu'on retire en Europe des graines du *Papaver somniferum*, var. *Nigrum*, qui est généralement cultivé sous le nom d'Œillette ou Olivette.

Les Fumariées sont inodores, un peu amères, souvent dépuratives, sudorifiques, apéritives. On les croirait bien loin des Papavéracées, si quelques-unes de ses représentations (les Hypecoum) ne reproduisaient des qualités communes aux deux groupes. Les propriétés sont bien souvent d'accord avec les coupes des familles, et servent à éclairer et à compléter les affinités.

V

Encore une famille parfaitement distinguée par Bernard de Jussieu. Les Capparidacées renferment dix-sept genres, représentant à peu près trois cents espèces, dont un tiers seulement n'appartient pas aux deux genres Capparis et Cléome, chacun de ceux-ci représentant à peu près un tiers du groupe tout entier, quant au nombre des espèces. Parmi les quinze autres genres, il n'y en a que trois qui soient spéciaux à l'Amérique. L'Afrique tropicale et australe est la région par excellence des Capparidacées.

Depuis longtemps les Capparidacées ont été divisés en deux tribus : celle des Cléomées, où le fruit est sec, capsulaire, déhiscent par des valves minces; et celles des Capparées, dont le fruit est charnu. A la suite de ces deux séries, en viennent trois autres, toutes monotypes : l'une à insertion hypogynique, à réceptacle obconique (les Ropalocarpées de Madagascar); les autres, à insertions pérygyniques, à réceptacles concaves, mais dont l'une (série des Maernées), présente un fruit charnu; l'autre (série des Moringées), a le fruit capsulaire, siligniforme.

Les propriétés des Capparidacées nous préparent à reconnaître leurs affinités avec les Résédacées et les Crucifères. Le plus souvent ces plantes renferment, dans leurs organes de végétation, des sucs âcres, stimulants, antiscorbutiques, et dans leurs graines une substance oléagineuse. Tout le monde connaît l'emploi fait en Europe des boutons ou des jeunes fruits du câprier, sous le nom de câpres. En Amérique, aux Antilles, certaines écorces des Capparidacées sont employées et comme vésicantes, et comme emménagogue, diurétique, hydragogue. Beaucoup sont antispasmodiques, et M. Baillon, en faisant remarquer l'odeur stercorale des Capparidacées, demande si cette odeur ne joue pas un rôle dans les antispasmodiques. Un grand nombre de ces plantes sont antiscorbutiques et nous ramènent aux Crucifères, que nous allons maintenant passer en revue.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

La science aliéniste, si éprouvée depuis deux ans par la mort de MM. les docteurs Mitivié, Falret et Voisin, vient d'être encore cruellement frappée. Nous avons en effet la douleur d'annoncer que M. le docteur Morel, médecin en chef de l'asile des aliénés de Saint-Yon, à Rouen, auteur d'un grand nombre d'ouvrages et de mémoires remarquables sur l'aliénation mentale et la médecine légale des aliénés, vient de succomber dans sa soixante-deuxième année. M. Morel avait à l'étranger une très-grande réputation, et il était évidemment l'un des représentants les plus éminents de la spécialité des maladies mentales en Europe. Ses obsèques auront lieu le mardi 1er avril, à onze heures, à Rouen. La Société médico-psychologique y sera représentée par plusieurs de ses membres.

— Des livres pour la bibliothèque des internes de l'Hôtel-Dieu, s'il vous plaît? Dans plusieurs hôpitaux de Paris, les internes ont une bibliothèque médicale à leur usage; l'hôpital de la Charité, notamment, est merveilleusement pourvu à cet égard, grâce à la munificence de quelques-uns de nos confrères. Les internes de l'Hôtel-Dieu, moins favorisés, étaient dépourvus jusqu'à présent de cet élément essentiel d'étude. Ils ont pensé, avec raison, qu'ils ne pouvaient rester dans cet état d'infériorité relative vis-à-vis de leurs collègues des autres hôpitaux. Ils se sont réunis pour aviser aux moyens de se constituer cette indispensable ressource de travail; le directeur de l'Hôtel-Dieu, s'associant à leur projet, a bien voulu mettre à leur disposition une salle très-convenable, meublée et aménagée en vue de sa destination. Il ne manque plus à leur bibliothèque... que des livres. Ils ont bien pu, grâce à une cotisation, former un premier noyau, mais tout à fait insuffisant. Que les médecins qui ont passé par l'internat de l'Hôtel-Dieu, en souvenir des privations de ce genre qu'ils ont dû subir, veuillent bien se départir en faveur de leurs futurs confrères, soit d'un exemplaire de leurs propres ouvrages, soit des exemplaires doubles qu'ils peuvent avoir ou du trop-plein de leur bibliothèque, et en peu de temps les internes de l'Hôtel-Dieu auront une entière satisfaction dans leur légitime désir. Il est évident que notre appel ne se borne pas aux anciens internes de l'Hôtel-Dieu, nous ne doutons pas qu'il ne soit également entendu de tous nos confrères, anciens internes ou non. L'accueil et la reconnaissance seront les mêmes d'où que vienne le bienfait.

— Nous avons le regret d'annoncer la mort de M. le docteur baron Despine (d'Aix-les-Bains), et de M. Chatelet (de Lyon).

— La Société médicale d'Indre-et-Loire met au concours, pour l'année 1873, la question suivante :

« De l'influence de l'herpétisme sur le développement des maladies de l'appareil respiratoire. »

Les mémoires devront être adressés, dans les formes académiques, avant le 1er décembre 1873, à M. le docteur Picot, secrétaire général de la Société, rue de la Guerche, 10, à Tours.

Le prix décerné consistera en une médaille d'or.

— M. le docteur Béhier reprendra ses leçons cliniques à l'Hôtel-Dieu, pour le semestre d'été, mercredi 2 avril.

La première leçon sera consacrée à une étude sur Grisolle, qui professait la clinique à l'Hôtel-Dieu.

— M. le docteur Laskowski commencera son cours de médecine opératoire le mardi 1er avril, à deux heures, dans le pavillon n° 7 de l'École pratique, et le continuera tous les jours à la même heure.

Ce cours sera terminé vers la fin de mai. Il y aura tous les jours une leçon théorique avec démonstration et les élèves seront exercés à pratiquer les opérations sur les cadavres sous la direction du professeur.

On s'inscrit pour ce cours tous les jours, de quatre à cinq heures, rue de Tournon, 12.

Le Directeur : Dr E. Le Sourd.

Paris. — Typographie A. Pougin, quai Voltaire, 13.

N° 39. — JEUDI 3 AVRIL 1873. 46e ANNÉE. JEUDI 3 AVRIL 1873. — N° 39.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Bureaux : 57, rue des Saints-Pères, 57
PRÈS L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix d'abonnement doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

On s'abonne hors de Paris dans les bureaux des Messageries et chez les Libraires. Les lettres non affranchies sont refusées.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui n'en peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS : Trois mois. . 8 fr. 50 c. — Six mois. . . 16 — — Un an. . . . 30 —

POUR L'ÉTRANGER le port en sus suivant les derniers tarifs des Postes.

Paris, le 2 avril 1873.

SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

La discussion sur la septicémie, après une longue interruption, vient d'être reprise. M. Vulpian a exposé hier devant l'Académie les résultats d'une nombreuse série d'expériences qu'il a entreprises dans le but de contrôler celles de M. Davaine. On verra dans l'analyse que nous avons faite de cette communication, dans le compte rendu, que de ces expériences reproduites dans les mêmes conditions que celles de M. Davaine, il ressort plusieurs faits importants : d'abord la confirmation des expériences de M. Davaine en ce qui concerne les effets de l'inoculation d'un sang septicémique sur les lapins et les cobayes, sauf toutefois en ce point que M. Vulpian n'a pas obtenu d'effets mortels avec des solutions au delà du millionième. On y voit, ensuite, la confirmation des faits énoncés par M. Béhier relativement aux altérations multiples constatées sur les animaux en expérience, faits omis, négligés ou méconnus dans les expériences de M. Davaine.

Tels sont les résultats d'une première série d'expériences.

Une deuxième série entreprise dans le but de chercher à obtenir la septicémie de toutes pièces par du sang putréfié et injecté directement, a également confirmé les expériences de M. Davaine.

Mais où la dissidence devient complète entre les expériences de M. Davaine et celles de M. Vulpian, c'est sur les effets de l'injection du sang provenant des sujets atteints de fièvre typhoïde. Ici les résultats des expériences de M. Vulpian, infirment, au contraire, les résultats constatés par son collègue. Il n'a pu déterminer une seule fois la mort par septicémie. Il lui a paru que ces faits devaient figurer, provisoirement au moins, dans une catégorie à part, distincte de celle qui comprend les cas de septicémie expérimentale produite par inoculation de sang de lapin septicémique ou de celle qui est relative aux injections de sang putréfié à l'extérieur du corps.

M. Vulpian ne nie pas, d'ailleurs, que le sang de la fièvre typhoïde injecté à plusieurs gouttes, c'est-à-dire à des doses relativement considérables, dans le tissu cellulaire des lapins, puisse déterminer chez ces animaux des accidents, même mortels, de septicémie. Mais il affirme que les inoculations faites avec de faibles quantités de ce sang, ne produisent pas nécessairement et constamment une septicémie mortelle. Le sang typhoïde diffère beaucoup, d'ailleurs, par sa composition du sang putréfié et du sang des animaux rendus septicémiques ; ceux-ci renfermant, comme on le sait, des quantités considérables de vibrions, de bactéries et de corpuscules mouvants ou immobiles de toutes sortes, tandis que le sang typhoïde en renferme à peine et quelquefois même pas du tout. D'où il faudrait admettre, si le sang typhoïde produisait la septicémie, que ces derniers éléments y sont étrangers.

On verra encore dans le travail de M. Vulpian, que des expériences faites avec du sang provenant des sujets atteints d'érysipèle ont été également sans résultats.

La conclusion générale qui ressort de cette communication, c'est que les conditions du développement de la septicémie expérimentale chez le lapin ne sont pas encore complétement connues et qu'il n'est pas possible, comme le voudrait M. Davaine, de faire de cet animal un réactif physiologique, propre à faire reconnaître si telle ou telle maladie de l'homme est septique ou ne l'est pas ; — que l'affection septicémique développée chez le lapin par voie expérimentale diffère beaucoup des affections septicémiques de l'homme, et en particulier de la fièvre typhoïde, par les caractères microscopiques du sang septique ; — enfin, que la septicémie expérimentale du lapin paraît être une sorte d'affection parasitaire interne, une *bactériémie* comme M. Vulpian propose de la nommer, tandis qu'il n'en est pas ainsi de la septicémie chez l'homme.

La discussion sera continuée. M. Chassaignac a demandé la parole pour la prochaine séance. Et M. Colin, qui n'a point terminé encore ses expériences, retient son tour de parole pour une époque indéterminée.

Dr BROCHIN.

HOPITAL DU MIDI. — M. CHARLES MAURIAC.

Étude clinique sur l'influence curative de l'érysipèle dans la syphilis.

Pendant que les maladies constitutionnelles sont en voie d'évolution, et que leur activité s'exprime par les affections variées qu'elles tiennent sous leur dépendance, une maladie aiguë, accidentelle et dégagée de tout lien de parenté avec elles, peu envahir l'organisme.

Qu'arrivera-t-il en pareil cas? Que produira le conflit de la maladie constitutionnelle et de la maladie aiguë?

Y aura-t-il lutte, et neutralisation ou destruction des phénomènes morbides de l'une par les phénomènes morbides de l'autre? ou bien l'entente entre les deux se fera-t-elle aux dépens de l'économie, et l'état général ou local se trouvera-t-il aggravé par une combinaison, une addition ou une multiplication des deux ordres de phénomènes morbides?

Telles sont quelques-unes des questions qui se présentent immédiatement à l'esprit. Mais il en surgit bien d'autres, lorsqu'on prend la peine de réfléchir à ce problème, un des plus vastes et des plus compliqués de la pathologie.

Remarquez, en effet, que pour le résoudre d'une façon complète, il faudrait étudier dans ce sens, et une à une, toutes les manifestations de nos quatre maladies constitutionnelles : scrofule, syphilis, arthritis et dartre; et déterminer, à l'aide d'observations cliniques probantes, l'action qu'exerce sur chacune d'elles toute la série des maladies aiguës ou réactives. Ne faudrait-il pas aussi se rendre compte des changements que chaque maladie constitutionnelle, pendant ses phases de repos ou d'activité, fait subir aux maladies aiguës? La force médicatrice est-elle atteinte ou reste-t-elle intacte? Est elle pervertie, exagérée? S'épuisera-t-elle en efforts stériles? N'aboutira-t-elle qu'à des crises incomplètes? ou bien les énergies réactionnelles, stimulées par l'imminence d'un danger nouveau, auront-elles le même ressort spontané, la même tension soutenue, la même concentration des vertus curatives que chez les sujets sains?

Et si l'on ne se borne pas à l'observation superficielle de quelques modalités phénoménales plus ou moins fugaces ou mobiles, ne doit-on pas se demander et rechercher de quelle manière et dans quelle mesure la spécificité des lésions et des troubles fonctionnels propres aux maladies constitutionnelles, est altérée par l'invasion d'une maladie aiguë? Qu'advient il, par exemple, lorsqu'il y a convergence dans le même moment, sur un tissu, sur un organe ou un système, des déterminations morbides qui appartiennent à la maladie aiguë et à la maladie constitutionnelle? La virulence des produits morbides qui s'ajoute à leur spécificité pendant la première phase de la syphilis sera-t-elle atténuée et éteinte ou activée et portée à sa plus haute puissance d'intensité?...

Mais il ne faut pas oublier qu'un organisme constitutionnellement affecté n'est pas toujours en activité; qu'il présente des périodes de calme et de silence, pendant lesquelles l'imminence morbide se cache et veille sous le masque de la santé. Eh bien, l'invasion d'une maladie aiguë sera-t-elle favorable ou contraire à cette imminence morbide! En éloignera-t-elle ou en rapprochera-t-elle les manifestations?

J'admets, et les choses se passent ainsi dans quelques cas, comme je le prouverai, j'admets que la maladie constitutionnelle a été vaincue dans la lutte et que ses manifestations locales n'ont pu résister à l'attaque violente et inattendue d'une maladie accidentelle qui suscite et concentre pour un court instant toutes les énergies saines de l'économie. La déroute sera-t-elle complète, irrémédiable? N'y aurait-il pas un retour offensif soit dans la défervescence, soit plus tard, lorsque l'organisme sera revenu après tant de secousses à la vie physiologique? En un mot, la guérison de la maladie constitutionnelle aura-t-elle été apparente ou réelle, momentanée ou durable, radicale ou superficielle?....

I

Toutes les questions que je viens de poser ne se peuvent évidemment pas résoudre *à priori* et avec les seules données de la pathologie générale. Il faut des faits et en grand nombre; des faits précis, rigoureusement observés, longtemps suivis, interprétés et fécondés selon une conception vraiment médicale des maladies constitutionnelles ou personnelles et des maladies aiguës ou impersonnelles.

C'est à ce point de vue que je veux me placer, et j'espère y rester fidèle en me renfermant dans les limites de l'observation pure et en ne tirant des faits qui servent de base à ce travail que des déductions logiques, limitées, et qui n'ont pas la prétention d'être absolues et sans réserves.

II

Obs. I. — Au mois d'août 1872, je reçus dans mon service à l'hôpital du Midi, salle 8, nº 5, M. R..., coiffeur, âgé de 27 ans, qui était atteint d'accidents syphilitiques, bien qu'il n'eût eu récemment, disait-il, aucun chancre aux parties génitales ou sur d'autres parties du corps. Il en avait contracté un en 1867, qui n'avait pas été compliqué de bubons, ni suivi d'accidents constitutionnels. Ceux dont il était actuellement atteint avaient débuté le 12 juin 1872, par un étourdissement, des troubles généraux fébriles et des douleurs violentes dans les jambes. Il avait été obligé de garder la chambre pendant vingt jours. Sur ces entrefaites, étaient survenus les phénomènes propres à la syphilis : roséole maculeuse sur le tronc et la face, papules disséminées, maux de gorge, alopécie.

Quand ce malade entra dans mon service, les manifestations cutanées avaient à peu près disparu. Mais il existait sur les lèvres et dans la bouche une éruption extrêmement confluente de plaques muqueuses, dont le début remontait à deux mois. Aucun traitement spécifique n'avait été suivi. Ces plaques muqueuses étaient en pleine activité et elles avaient déterminé dans le tissu cellulaire sous-cutané et sous-muqueux des lèvres une sorte d'œdème dur, plastique, accompagné d'une énorme tuméfaction indolente. L'angine syphilitique était très-intense et de nombreuses plaques muqueuses recouvraient les piliers et les amygdales.

Une première cautérisation énergique de plaques muqueuses labiales fut faite le 7 août. On la renouvela le 8. Dans la soirée, une fièvre se déclara, et le lendemain toute la face était envahie par un érysipèle accompagné d'un gonflement très-volumineux des joues, des lèvres, du nez et des paupières. On suspendit tout traitement.

La fièvre persista avec intensité et sans interruption pendant cinq ou six jours, puis la défervescence se produisit régulièrement, et la résolution du gonflement érysipélateux se fit avec rapidité; la convalescence fut franche et la santé du malade fut bien meilleure qu'auparavant.

Mais ce qu'il y a de curieux dans ce fait, c'est que l'érysipèle emporta avec lui et fit disparaître, comme par enchantement, dans l'espace de quatre ou cinq jours, toutes les plaques muqueuses des lèvres et de l'isthme du gosier. Bien plus, l'hypertrophie hyperplasique des lèvres diminua et se fondit à vue d'œil; le teint s'éclaircit et les macules et les papules affaissées qui étaient, il est vrai, en voie de décroissance depuis quelques jours, ne présentèrent bientôt plus que des taches imperceptibles.

Quoiqu'il y eût eu une amélioration prodigieusement rapide et un nettoyage presque complet de tous les accidents syphilitiques cutanés et muqueux, le traitement spécifique fut repris le 19 août. Mais le malade se sentait si bien, qu'il ne voulut pas rester à l'hôpital, et vers la fin du mois il sortit. Je l'ai perdu de

vue et je le regrette, car j'aurais été curieux de savoir combien de temps avait duré la guérison et si les manifestations ultérieures de la maladie avaient été retardées et atténuées, ou avancées et aggravées par cette fièvre érysipélateuse.

CHARLES MAURIAC.

DES ACCIDENTS

PRODUITS PAR L'EMPLOI SUR LA PEAU DE CHEMISES DE LAINE AUX COULEURS D'ANILINE (1)

Par le docteur A. VIAUD-GRAND-MARAIS, professeur à l'École de médecine de Nantes.

II

Les cas d'accidents dus à des chemises de laine teintes aux couleurs d'aniline étant encore peu connus, nous allons exposer, selon leur ordre chronologique, ceux que nous avons pu recueillir.

Le premier fait que nous ayons observé est celui du capitaine B..., et nous l'avons publié avec détail dans le numéro du 20 février 1869 de la *Gazette des Hôpitaux*, auquel nous renvoyons nos lecteurs (2).

Depuis cette époque jusqu'à la désastreuse campagne de 1870, nous ne pûmes, malgré nos recherches, rencontrer d'autres cas d'intoxication par les rouges d'aniline. Cependant la fuchsine avait baissé de prix et la couleur rouge devenait de plus en plus à la mode.

Certain jour, nous nous crûmes sur la trace d'un nouveau cas d'accidents rosaniliques.

Un domestique d'un des principaux hôtels de Nantes, qui nous consultait pour une tout autre affection, avait le crâne et les rares cheveux qu'il possédait entièrement teints du plus beau cramoisi. Cette couleur provenait de la coiffe intérieure d'une casquette portée par le sujet, coiffe en coton teint à la fuchsine. On était au mois d'août, et la sueur avait dissout la substance colorante que l'on sait sans grande affinité pour le coton. Le malade n'eut point d'éruption et ne présenta aucun accident. Il changea de coiffure, et, trois semaines après, ses cheveux apparaissaient encore rosés à la pointe, tandis que vers leur racine ils avaient repris leur teinte normale blanc-jaunâtre. La fuchsine de la casquette n'était pas arsenicale.

Nous constatâmes plusieurs fois, à la même époque, une teinte rouge violacée, de la poitrine et du dos, chez diverses personnes du peuple, teinte provenant de l'usage de gilets de santé de qualité inférieure et de fabrication française. La couleur cramoisie, délayée par la sueur, avait déteint sur la peau, tandis que le tissu lui-même était devenu d'un violet sale.

Ce peu de fixité du rouge anilique sur les flanelles inférieures indigènes tient à ce qu'elles ont leur trame en coton. Jamais pareils gilets n'ont donné lieu, sous nos yeux, à des phénomènes toxiques.

Pendant deux ans, bas d'enfants et chemises de laine déteignirent ainsi sous nos yeux, comme à plaisir ; mais toujours sans éruptions spéciales et sans symptômes généraux.

Survint la désastreuse campagne de France faite par un hiver rigoureux et dans les plus déplorables conditions hygiéniques. Nos soldats, mourant de froid, se jetaient, en arrivant dans les villes, sur les chemises de laine de toute provenance et s'en revêtaient immédiatement.

Les tissus anglais, teints à l'aniline, furent alors particulièrement recherchés, à cause de leur bon marché et aussi du brillant de leurs couleurs.

Au mois de septembre 1870, une lettre d'un de mes frères, alors sous-officier dans un bataillon de mobiles de la Loire-Inférieure, m'annonçait qu'il venait de rencontrer, sur un autre sous-officier de sa compagnie, un fait offrant quelque analogie avec celui du capitaine B...

M. Naulet (Édouard), de Legé, âgé de trente-cinq ans et d'une bonne santé habituelle, avait, au moment de la guerre, repris du service dans la 3e compagnie du 2e bataillon des mobiles de la Loire-Inférieure, composée des jeunes gens de sa commune.

A Laval, il acheta, au mois de septembre, dans un grand magasin faisant face au théâtre, une chemise de laine de couleur groseille rayée de noir, qu'il se mit immédiatement sur la peau. Il ne s'inquiéta pas si elle était d'origine française ou étrangère. Il nous en a envoyé du reste un morceau, nous faisant remarquer qu'elle avait considérablement déteint et qu'elle était à l'origine comme gommée.

Le bataillon fit, à cette époque, de longues promenades militaires, dans lesquelles les soldats étaient chargés comme s'ils marchaient à l'ennemi. Il faisait beau temps, et M. Naulet revenait de ces promenades couvert de sueur. Sa chemise déteignait fortement sur sa peau, qui prit une teinte violacée.

Il ne se souvient pas d'avoir eu de boutons ni de démangeaisons; et s'il en eut à cette époque, il dut les attribuer à l'usage de la laine sur la peau et à l'abondance de la sueur.

Dès le troisième ou quatrième jour, il se trouva souffrant, éprouvant un malaise qui ne lui était pas habituel, du mal de gorge, des crampes, et, par intervalle, des espèces de crises nerveuses. Il eut en même temps des pesanteurs d'estomac, des nausées et de la diarrhée. Ces symptômes allèrent en s'aggravant jusqu'au soir du sixième jour, où il eut une crise plus forte que les autres. Après avoir bu un simple bouillon gras, il fut pris d'un serrement violent de la gorge et de suffocations telles qu'il en devint presque fou. Il eut même peur d'avoir été empoisonné. On lui fit avaler du lait, et le lendemain une purgation.

Mon frère étant venu le voir le rassura, en lui racontant l'histoire du capitaine B..., et lui dit qu'il ferait bien de ne plus porter sa chemise rouge.

M. Naulet suivit ce conseil, mais il eut beaucoup de peine à se débarrasser de la couleur sur sa peau. Elle ne disparut qu'après de nombreux lavages à l'eau savonneuse, et seulement au bout de plusieurs jours. Il resta souffrant plus d'une semaine. Depuis, il a pu faire, avec son bataillon, la rude campagne de la Loire.

Quant à la chemise, voyant qu'elle déteignait après plusieurs lessives, il a renoncé à la porter.

L'échantillon que nous avons entre les mains montre qu'elle est entièrement tissée de laine, mais de qualité inférieure. Elle est de couleur groseille, avec des raies noires formant carreaux. Elle a dû primitivement être blanche et noire, et a été trempée toute faite dans un bain de fuchsine. Elle offre la plus grande ressemblance avec les chemises de fabrique anglaise que nous avons entre les mains. Sa couleur, quoique belle encore, est affaiblie par suite des lavages qu'elle a subis, et le coton de l'ourlet est resté blanc.

(*A suivre.*)

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 1er avril 1873. — Présidence de M. DEPAUL.

CORRESPONDANCE OFFICIELLE

La correspondance officielle comprend : le compte rendu des

(1) Suite. — Voir les numéros des 4, 6, 8, 11 et 13 février 1873.

(2) Le capitaine B... a succombé depuis, à Sydney (Australie), le 20 juillet dernier, frappé par une apoplexie foudroyante.

maladies épidémiques qui ont régné dans le département de la Haute-Saône pendant l'année 1872.

CORRESPONDANCE MANUSCRITE

La correspondance manuscrite comprend : 1° Une lettre de M. Chevandier, qui offre à l'Académie le discours qu'il a prononcé à l'Assemblée nationale, dans sa séance du 28 mars dernier, sur la composition des commissions administratives des établissements hospitaliers;

2° Une lettre de M. le docteur Labat sur la question de l'inspectorat des eaux minérales;

3° Une lettre de M. Raoul Mathieu, qui soumet à l'examen de l'Académie un trépan de l'œil répondant principalement aux indications suivantes :

1° Établir une portion semi-transparente de la cornée dans le cas de leucome cornéen complet;

2° Enlever une rondelle dans les cas de cornées coniques, et par ce moyen en réduire l'excès de courbure;

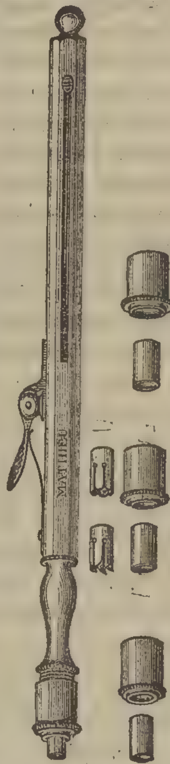
3° Enlever les staphilomes partiels de la cornée;

4° Réduire les yeux atteints d'hydrophthalmie;

5° Établir de larges cicatrices à filtrations dans les cas de glaucome absolu.

Cet instrument a été spécialement expérimenté avec succès depuis plus d'une année à la clinique de M. le docteur de Wecker, ainsi que par le docteur C. Abadie. Il a donné jusqu'à présent des résultats encourageants dans les affections ci-dessus désignées.

Pour faire fonctionner l'instrument, il s'agit d'abord de faire descendre le coulant jusqu'en bas des rainures pratiquées sur les parties latérales du manche en maillechort, de façon à venir le fixer sous le cliquet.



On visse aussi au bout de l'instrument un curseur à la largeur de la lame que l'on veut employer et qui se visse aussi sur une petite monture placée à l'intérieur de la gaine. On fait monter ou descendre le curseur, de façon à limiter la profondeur de l'incision, suivant l'épaisseur de la cornée que l'on doit trépaner. Après avoir dilaté les paupières soit avec un écarteur à ressort, soit avec des releveurs, on place sur la partie de la cornée à trépaner l'extrémité de la lame; on exerce avec tout l'instrument une légère pression, ce qui fait rentrer la lame dans sa gaîne, de sorte que le point d'appui se prend sur le globe de l'œil avec le curseur; la pression de la lame est limitée par un ressort à boudin placé derrière celle-ci. L'instrument ainsi placé sur la partie de la cornée à inciser, il ne s'agit plus que d'appuyer sur le levier, qui soulève le cliquet et laisse échapper le coulant, qui est fortement repoussé jusqu'au bout des rainures par un second ressort à boudin. Dans sa course, le coulant imprime à une colonne torse sur laquelle il est ajusté un mouvement de rotation très-rapide, qui se communique à la lame, qui opère alors une section circulaire très-nette, dont la profondeur a été, selon les besoins, limitée à l'avance par le curseur. Si la cornée n'est pas traversée, on recommence une seconde fois, en remontant un peu le curseur et en replaçant la lame dans l'incision déjà pratiquée.

Les lames sont toutes circulaires, allant de $0^{m},001$ à $0^{m},010$ et $0^{m},011$ et divisées entre elles par demi-millimètre. Les plus employées sont de $0^{m},003$ 1/2 jusqu'à $0^{m},005$. Il y en a également de convexes qui coupent, en raison de cette forme, avec beaucoup plus d'énergie dans les cas de cornées épaisses et dures.

La manœuvre de l'instrument est de la plus grande simplicité, et l'opération est pour ainsi dire instantanée.

Les pièces qui composent l'instrument se démontent facilement et se remontent de même après avoir été nettoyées.

PRÉSENTATIONS

M. DEPAUL présente : 1° au nom de M. le docteur Henrique Samico (de Rio-de-Janeiro), un perce-crâne, du genre des ciseaux de Smellie, modifiés dans ce sens que les bords tranchants sont cachés, comme dans le perforateur de M. Blot; 2° une lettre de M. le docteur Gautier, de Bâzouge-la-Pérouze (Ille-et-Vilaine), qui l'informe de la découverte qu'il vient de faire de nouveau cowpox.

M. BARTH présente : 1° un ouvrage intitulé : *Malades et médecins*, par M. le docteur Ch. Boillet; 2° un rapport sur le service départemental de l'assistance médicale et de la vaccine de Meurthe-et-Moselle pendant l'année 1871, par M. le docteur E. Simonin (de Nancy); 3° les actes de l'Association de prévoyance et de secours mutuels des médecins de Meurthe-et-Moselle (exercice 1872); 4° le compte rendu de la séance d'inauguration de la Faculté de médecine et de rentrée des Facultés de droit, des sciences et des lettres de Nancy.

M. LARREY présente : 1° la deuxième édition d'un travail de M. de Bélina sur la transfusion du sang défibriné; 2° les mémoires de l'Académie des sciences, inscriptions et belles-lettres de Toulouse (tome IV), et 3° les Mémoires de la Société des sciences, de l'agriculture et des arts de Lille (10e volume).

M. LE SECRÉTAIRE PERPÉTUEL, au nom de M. Giraldès, fait hommage à l'Académie d'un exemplaire d'un magnifique et très-rare ouvrage anglais de Samuel Collins, intituté : *Système d'anatomie de l'homme, des animaux et des plantes.*

M. le secrétaire perpétuel fait hommage ensuite, au nom de M. Littré, d'un ouvrage intitulé : *La science au point de vue philosophique.*

RAPPORTS

Eaux minérales. — M. CHEVALLIER, au nom de la commission des eaux minérales, lit deux rapports sur des demandes en autorisation d'exploiter de nouvelles sources minérales. Les conclusions sont adoptées sans discussion.

Reprise de la discussion sur la septicémie.

M. VULPIAN fait part à l'Académie des résultats qu'il a obtenus en cherchant à reproduire les expériences de M. Davaine. C'est le sang provenant d'un individu mort dans le service de M. Lancereaux à la suite d'une gangrène pulmonaire qui a servi indirectement à ces recherches. Ce sang, recueilli trente heures après la mort, avait servi à faire, à l'hôpital même, une inoculation sur un lapin. Voici la relation des résultats de cette première inoculation.

Un lapin est inoculé par une injection sous-cutanée faite avec deux gouttes de sang pris dans la veine jugulaire d'un homme mort de gangrène pulmonaire à l'hôpital Saint-Antoine. Le sang renfermait une grande quantité de granulations et de bâtonnets, même pendant la vie.

Le sang pris sur ce lapin a servi à une série d'expériences dans lesquelles les transmissions ont eu lieu à dose décroissante de 1/50e de goutte, à 1/100e, 1/1000e, 1 millionième et 1 billionième. Les résultats ont été confirmatifs de ceux qu'a obtenus M. Davaine dans les expériences semblables.

En faisant l'examen microscopique des dilutions employées, on trouvait, lorsqu'elles étaient au 50e, au 100e, au 500e, des quantités énormes de granulations et de bâtonnets. Dans les dilutions au 1000e, les granulations étaient encore en nombre fort considérable. On en trouvait encore d'une façon très-notable dans les dilutions au millionième, mais elles devenaient rares dans les dilutions au billionième.

L'examen du sang montrait, indépendamment du nombre incalculable de granulations et de bâtonnets, des déformations plus ou moins accusées de la plupart des globules sanguins.

M. Vulpian a vu se produire dans les cavités séreuses, un épanchement plus ou moins abondant dans lequel se retrouvent les mêmes vibrions que dans le sang, mais en nombre moins considérable. Il a vu, en outre, dans certains cas, des ecchymoses sous-séreuses. Parfois il a rencontré une congestion presque apoplectique dans les poumons, mais jamais ceux-ci n'étaient le siége d'infarctus, non plus que les reins, la rate, le foie.

Il a trouvé la rate plus volumineuse que d'ordinaire. L'examen microscopique y a fait constater des vibrions et des bactéries en quantité plus considérable encore que dans le sang.

Le foie n'a rien présenté à l'œil nu, mais le sang qu'il renferme contient de nombreux vibrions. Les ganglions lymphatiques sont volumineux et injectés, surtout ceux qui correspondent à la région où a été faite l'inoculation. Dans ce point et dans les points voisins il y a un œdème sous-cutané dont la sérosité renferme des vibrions en quantité d'autant plus considérable qu'on se rapproche davantage de la piqûre. Là les granulations et les vibrions sont en nombre infini.

En résumé, cette première série d'expériences confirme les résultats énoncés par M. Davaine. Il y a toutefois quelques différences à signaler, notamment en ce qui concerne les lésions constatées sur les animaux en expérience.

Une deuxième série d'expériences ayant consisté à chercher à obtenir la septicémie de toutes pièces, par du sang de chien putréfié et injecté directement, a donné également des résultats confirmatifs.

Enfin M. Vulpian a procédé à une troisième série d'expériences, dans le but d'élucider la question de l'injection du sang des sujets atteints de fièvre typhoïde. Il a fait des inoculations de sang de fièvre typhoïde provenant de huit cas. Dans un de ces cas, le sang a servi à deux injections : l'une, d'une goutte d'une solution au 100e; l'autre, d'une goutte d'une solution au 1000e. Dans trois autres cas, on a fait aussi deux inoculations, avec des gouttes au 1000e, au millionième. — Il y a eu en tout douze essais d'inoculation de sang de fièvre typhoïde. Trois des lapins ainsi inoculés sont morts : l'un, seize jours après l'inoculation ; l'autre, au bout de trente-huit jours ; le troisième au bout de quatorze jours. Sur le premier de ces deux animaux, on a trouvé une pleurésie pseudo-membraneuse généralisée et une sorte de pneumonie caséeuse, occupant presque toute l'étendue des poumons.

Chez un autre lapin, la durée de la survie (trente-huit jours) et le genre d'altération rencontrée lors de l'examen microscopique ont paru devoir éloigner toute idée de mort par septicémie expérimentale.

Un autre lapin était mort par suite de l'infiltration purulente, etc.

En résumé, les douze essais d'injection de sang de fièvre typhoïde n'ont pas une seule fois déterminé la mort par septicémie. Une seule fois, il y a eu des lésions locales à l'endroit de l'inoculation. Dans quatre cas, on a constaté, pendant un à six jours, après l'inoculation, la présence de quelques granulations mouvantes et de quelques bâtonnets mobiles dans le sang ; mais ces corpuscules étaient toujours très-rares et difficiles à voir.

Les résultats de mes expériences, dit M. Vulpian, ont été très-différents de ceux qu'avaient obtenus M. Davaine, et ils m'autorisent à dire que les faits obtenus par notre collègue doivent figurer provisoirement dans une catégorie à part, distincte de celle qui comprend les cas de septicémie expérimentale produite par inoculation du sang de lapin septicémique ou de sang devenu infectieux par suite de la putréfaction à l'extérieur du corps.

Je ne nie pas d'ailleurs que le sang de la fièvre typhoïde, injecté à la dose de plusieurs gouttes dans le tissu cellulaire de lapins, puisse déterminer chez ces animaux des accidents, même mortels, de septicémie. Mais j'affirme que les inoculations faites avec de faibles quantités de ce sang, avec une goutte, un centième, un millième, un millionième de goutte, ne produisent pas nécessairement et constamment une septicémie mortelle.

Il est certain, en tout cas, que ce que l'on injecte dans les cas d'inoculation du sang de fièvre typhoïde est bien différent du liquide injecté dans ceux d'inoculation de sang putréfié ou de sang de lapin septicémique. Dans ces derniers cas, le sang contient des quantités prodigieuses de corpuscules organisés, étrangers à sa constitution anatomique, bactéries, vibrions, corpuscules immobiles ou mouvants. Ces corpuscules ne se rencontrent pas, au contraire, d'une manière constante ou à toutes les périodes dans le sang de la fièvre typhoïde. Quelquefois, on ne trouve que des granulations mobiles ou immobiles, paraissant des germes de bactéries ; parfois, il y a des granulations et des bactéries ; parfois, on ne voit ni l'un ni l'autre ; et, dans tous les cas où ils existent, ils sont toujours peu nombreux.

J'ai soumis aussi à des inoculations du même genre des cobayes : les résultats ont été tellement semblables à ceux qu'ont donnés les lapins, qu'il serait superflu de les rapporter.

J'ai fait aussi un essai d'inoculation du sang provenant d'un cas d'érysipèle, dans lequel le sang offrait des altérations analogues à du sang de la fièvre typhoïde. Le cobaye n'a pas été malade.

Les expériences consignées dans cette note forment deux groupes distincts. Les unes sont relatives à l'inoculation du sang de la fièvre typhoïde, et on a vu qu'elles ne confirment pas celles de M. Davaine. Les autres sont relatives aux inoculations de sang de lapin rendu septicémique par injection sous-cutanée de sang provenant d'un sujet humain mort de gangrène pulmonaire ou de sang putréfié de chien. Ces expériences, au contraire, sont entièrement confirmatives de celles de M. Davaine. Elles démontrent qu'il est possible de provoquer chez le lapin et le cobaye par voie expérimentale une septicémie, transmissible elle-même par inoculation à des séries indéfinies de lapins ou de cobayes. Elles rappellent des expériences que j'ai faites il y a plusieurs années sur des grenouilles chez lesquelles je déterminais aussi une septicémie transmissible.

Les conditions du développement de la septicémie expérimentale chez le lapin ne sont pas encrore complétement connues, et je ne pense pas qu'on puisse, comme l'a cru M. Davaine, faire de cet animal un réactif physiologique propre à faire reconnaître si telle ou telle maladie de l'homme est septique ou ne l'est pas. Du moins, ce n'est pas à la dose extrêmement faible qu'emploie notre collègue qu'il faudrait avoir recours pour des essais de ce genre ; car on serait conduit à conclure, si l'on n'accordait de signification qu'aux résultats des injections faites sur des lapins avec un millième ou un millionième de goutte, que dans la fièvre typhoïde il n'y a pas de septicémie, ou du moins que la septicémie n'est pas constante, même dans les cas mortels. Or aucun clinicien n'admettrait une pareille conclusion.

L'affection septicémique développée chez le lapin par voie expérimentale diffère beaucoup des affections septicémiques de l'homme, et, en particulier, de la fièvre typhoïde, par les caractères microscopiques du sang septique. Tandis que chez l'homme, dans les cas les plus intenses de fièvre typhoïde, on ne trouve dans le sang qu'un nombre extrêmement faible de granulations immobiles ou mouvantes ou d'autres corpuscules analogues, on constate ordinairement, au contraire, dans le sang du lapin mort de septicémie expérimentale, des myriades prodigieuses de corpuscules de ce genre, et il n'est guère possible, en réalité, de rapprocher l'une de l'autre et de confondre sous un même nom des états du sang aussi différents.

La septicémie expérimentale du lapin paraît être une sorte d'affection parasitaire interne, tandis qu'il n'en est certainement pas ainsi de la septicémie chez l'homme, la présence d'organismes inférieurs dans le sang n'étant, dans ce cas, qu'une circonstance variable, probablement éventuelle et sans contredit accessoire. C'est pour marquer cette différence si considérable que j'avais cru nécessaire de désigner la septicémie expérimentale ainsi produite chez le lapin et le cobaye sous un nom indiquant ce genre tout spécial d'altération, et j'ai proposé, en attendant mieux, les noms de *bactériémie* ou de *mycetémie*.

La discussion sur la septicémie reste ouverte.

A quatre heures et demie, l'Académie se forme en comité secret pour entendre le rapport sur les candidats aux titres de correspondants nationaux et étrangers.

VARIÉTÉS

Traité complet des opérations des voies urinaires.

Par le docteur RELIQUET.

Toutes les opérations pratiquées sur l'urèthre et la vessie pouvant provoquer les phénomènes de l'intoxication urineuse, ou aggraver ceux existant déjà, il était naturel de faire connaître cette intoxication et les moyens propres à la prévenir ou à la combattre, avant d'étudier chaque opération. C'est ce qu'a fait M. Reliquet dans son introduction.

L'ouvrage est divisé en deux parties : 1° les opérations de l'urèthre ; 2° les opérations de la vessie.

Dans la première, nous trouvons un long chapitre consacré au cathétérisme. L'auteur y montre l'importance de la position à donner au sujet et y décrit, d'une façon minutieuse et précise, les manœuvres propres à l'introduction de chaque sonde, selon sa forme et sa consistance. Toutes ces sondes courbes, coudées, droites, rigides ou molles, et les instruments spéciaux dont chacun a la forme d'une de ces sondes, *doivent être poussés dans l'urèthre par un mouvement continu et observé*. Ainsi l'opérateur peut distinguer, sans tâtonnement, si l'instrument est arrêté par un obstacle brusque, situé au-devant du bec, ou si la résistance est due à une compression latérale sur la sonde. C'est en exécutant ce mouvement continu et observé que le chirurgien reconnaît d'une façon précise les points de repère (si le bec de la sonde est ou n'est pas dans le collet du bulbe, etc.) et qu'il arrive à savoir d'une façon certaine où est le bec de sa sonde.

Après cette étude vraiment pratique du cathétérisme, et de ces procédés spéciaux, M. Reliquet consacre un chapitre aux opérations nécessitées par la rétention complète d'urine. Là il étudie toutes les difficultés du cathétérisme, et il insiste sur la précaution de ne pas vider brusquement la vessie, afin d'éviter l'hémorrhagie vésicale et la cystite parenchymateuse que provoque souvent le retrait trop rapide des parois vésicales.

A propos des rétrécissements de l'urèthre, M. Reliquet, se basant : d'une part, sur la nature anatomique des rétrécissements et leurs propriétés physiologiques, et d'autre part, sur la physiologie pathologique des plaies des muqueuses, arrive à rejeter tous les procédés de dilatation forcée. Pour lui, il y a deux méthodes : la dilatation temporaire, progressive, et l'uréthrotomie interne, qui se complètent l'une l'autre. Ainsi, l'uréthrotomie interne est indiquée toutes les fois que la dilatation temporaire progressive est impossible ou insuffisante. Lorsque le rétrécissement est très-résistant ou très-rétractile, lorsque le passage de la sonde provoque des accès d'intoxication urineuse ; enfin, lorsque le rétrécissement est traumatique, ou lorsqu'il y a rupture de l'urèthre, ou une très-grande sensibilité de l'urèthre, ou un état général grave dû à l'intoxication urineuse. A l'appui des idées de l'auteur, se trouvent des observations intéressantes.

Nous ne pouvons qu'indiquer les chapitres consacrés aux opérations nécessitées par les fistules urinaires, les vices de conformation, le phimosis et le paraphimosis, pour arriver à la seconde partie. M. Reliquet commence par les précautions à prendre pour vider la vessie avec chaque sonde. Puis il étudie l'injection vésicale et ses *modus faciendi*, selon les cas, ce qui est très-important, car comme l'a dit Civiale, « une injection vésicale mal faite, au lieu de soulager, peut provoquer les accidents les plus graves. »

Après avoir décrit les moyens d'exploration de la vessie et de son col, et les opérations que l'on pratique sur le col, M. Reliquet consacre un long chapitre à la lithotritie. Cette opération y est décrite dans tous ses détails : les soins préparatoires, le mécanisme de chaque instrument, la position à donner au sujet, les manœuvres de préhension de la pierre, rendues très-claires par de nombreuses figures schématiques, les moyens d'évacuation des graviers, les soins consécutifs, tous ces points sont très-étudiés et montrent combien l'auteur attache d'importance à l'exactitude de chacune de ces manœuvres.

Avant de se décider pour la lithotritie, le chirurgien doit étudier si les manœuvres de cette opération sont possibles dans le cas donné. C'est dans cette étude des conditions de la vessie et de la pierre que l'on trouve les contre-indications du broiement. Mais, comme le dit M. Reliquet, ces contre-indications de la lithotritie sont d'autant moins nombreuses que l'opérateur est plus habile. Il y a toujours des cas où il faut renoncer à la lithotritie, l'auteur les indiquant.

Dans le cours de l'opération, entre les séances, les accidents locaux ou généraux apparaissent le plus souvent brusquement, et ils sont d'autant plus graves qu'ils durent depuis longtemps. De là l'assiduité du chirurgien près de son malade pour combattre de suite les phénomènes d'intoxication, pour faire cesser une rétention d'urine, pour débarrasser l'urèthre d'un gravier.

Après les opérations nécessitées par un gravier ou un calcul dans l'urèthre, l'étude de la lithotritie chez les enfants et chez la femme, et les extractions des corps étrangers par les voies naturelles, M. Reliquet arrive aux tailles. A propos des tailles périnéales, nous devons indiquer ici le moyen proposé par l'auteur pour éviter toujours la blessure du bulbe. Il consiste à découvrir l'insertion du sphincter anal au bulbe, ce qui est toujours possible dans toutes les tailles périnéales, et à couper transversalement ce faisceau du sphincter anal en arrière de son insertion. Alors, rien ne retient le bulbe, qui est facilement relevé en haut avec le doigt indicateur gauche, dont l'ongle est placé dans la cannelure du cathéter pour faire la ponction de l'urèthre.

L'auteur est tout à fait partisan des petites incisions aux côtés, mais il insiste sur les raisons qui doivent faire varier l'amplitude de l'incision, en faisant remarquer qu'une incision petite donne un large passage dans les cas où la prostate est peu volumineuse et peu dure. Il admet l'utilité du concassement de la pierre dès qu'elle est volumineuse, mais il n'approuve pas le procédé de M. Dolbeau, qui, pour lui, donne un trajet trop étroit.

Enfin, signalons le chapitre intéressant où il est question du choix de tel ou tel procédé de taille, selon les cas.

Disons, en terminant, qu'à propos de chaque opération, le lecteur ne trouvera pas seulement dans ce livre l'étude des manœuvres dans tous ces détails, mais il trouvera aussi l'étude des indications et contre-indications de l'opération. En résumé, ce livre, quoique écrit en un style sec, est très-étudié, et il est le complément de tous les ouvrages écrits sur les maladies des voies urinaires.

THÈSES

SOUTENUES A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS PENDANT L'ANNÉE 1873.

55. Jeannel. Arsenal du diagnostic médical. Recherches sur les thermomètres, les balances, les instruments d'exploration des organes respiratoires, de l'appareil cardio-vasculaire, du système nerveux, les spéculums utérins.
56. Gandaubert. Traitement méthodique des fièvres paludéennes.
57. Lagardère. Différents procédés de traitement de varicocèle ; application de la galvano-caustie.
58. Bouvier. Des divers modes de traitement de l'occlusion interne de l'intestin.
59. Vauthier. Contre-indication de l'extraction immédiate des esquilles dans les fractures par armes à feu.
60. Miffre. De la périnéorrhaphie.
61. Marty. Thromboses des sinus de la dure-mère.
62. Essai sur les rapports des affections du foie avec la dysenterie des pays chauds.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

L'Académie des sciences, dans sa séance du 31 mars, a élu M. le docteur Ernest Cosson à la place vacante dans la classe des académiciens libres, par suite du décès de M. le maréchal Vaillant.

— *Faculté de médecine de Paris.* — M. Nicaise, agrégé stagiaire, est appelé à l'exercice jusqu'au 1er novembre 1877, en remplacement de M. Cocteau, décédé.

— *École de médecine de Tours.* — M. Thomas, professeur de clinique externe, admis à la retraite, est nommé professeur honoraire.

M. Thomas, suppléant pour les chaires d'anatomie et de physiologie, est nommé suppléant pour les chaires de chirurgie, en remplacement de M. Courbon, appelé à d'autres fonctions.

M. Picot, suppléant pour les chaires de chimie et d'histoire naturelle médicale, est nommé suppléant pour les chaires d'anatomie et de physiologie, en remplacement de M. Thomas.

M. Barret, pharmacien de 1re classe, est nommé suppléant pour les chaires de chimie et d'histoire naturelle médicale, en remplacement de M. Picot.

— M. le docteur Achille Chereau nous prie d'annoncer qu'il met la dernière main à un ouvrage qui aura pour titre : *Le Parnasse médical français*, ou *Dictionnaire des médecins-poëtes de la France, anciens ou modernes, morts ou vivants : didactiques, élégiaques, satiriques, chansonniers, fabulistes, auteurs dramatiques, vaudevillistes, comédiens, fantaisistes, burlesques, rimailleurs, etc.*

M. Chéreau, voulant rendre son recueil aussi complet que possible et éviter des omissions regrettables, prie ses confrères, ainsi que les pharmaciens, etc., qui auraient fait imprimer quelques morceaux de poésie, de les lui signaler, ou même, si cela est possible, de les lui communiquer.

Envoyer *franco* les paquets, lettres, etc., à M. le docteur Chereau, 23, rue de Bruxelles. Paris.

— La Société des médecins des bureaux de bienfaisance tiendra sa prochaine séance mercredi 9 avril, à huit heures précises du soir, à la mairie du Louvre, place Saint-Germain-l'Auxerrois.

Ordre du jour : 1° Élection de la commission chargée de l'examen des mémoires envoyés au concours pour le prix fondé par la Société ; — Rapport de M. Ortet sur la candidature de M. Boulland ; — 3° De l'intervention des médecins des bureaux de bienfaisance dans les accouchements pratiqués chez les sages-femmes pour l'assistance publique, à propos de la récente circulaire de M. le directeur de l'administration.

— M. le docteur Mallez commencera son cours de *chirurgie des voies urinaire* (semestre d'été), le jeudi 3 avril, à quatre heures, dans l'amphithéâtre n° 2 de l'École pratique, pour le continuer les samedi, mardi et jeudi suivants, à la même heure.

— M. Chambon tient à la disposition de MM. les médecins du vaccin de génisse les mardi et mercredi, de une heure à quatre heures, rue Chaptal, 20.

— Bonne clientèle médicale à céder, à dix minutes de Paris. — Rapport, 10,000 fr., dont 2,000 fr. de fixe.

— Un jeune médecin étranger, parlant correctement l'allemand et l'anglais, et traduisant les langues hollandaise, suédoise, italienne, espagnole, demande un emploi de secrétaire ou de rédacteur adjoint d'un journal de médecine.

Écrire à M. D. D., 39, rue des Noyers, boulevard Saint-Germain.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

L'anatomie et l'histologie enseignées par les projections lumineuses, par le docteur Gustave Lebon. — In-8° jésus. Prix : 1 franc. — Paris, Gauthier-Villars.

Le Directeur : Dr E. Le Sourd.

Paris. — Typographie A. Pougin, quai Voltaire, 13.

N° 40. — SAMEDI 5 AVRIL 1873. 46e ANNÉE. SAMEDI 5 AVRIL 1873. — N° 40.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Bureaux : 57, rue des Saints-Pères, 57
PRÈS L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix d'abonnement doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

On s'abonne hors de Paris dans les bureaux des Messageries et chez les Libraires
Les lettres non affranchies sont refusées.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui n'en peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS : Trois mois. . 8 fr. 50 c. — Six mois. . . 16 — Un an. . . . 30 —

POUR L'ÉTRANGER le port en sus suivant les derniers tarifs des Postes.

REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE

Clinique de l'Hôtel-Dieu. — Réouverture du cours du semestre d'été. — Éloge de Grisolle.

M. le professeur Béhier a inauguré mercredi dernier le cours de clinique du semestre d'été, — inauguré est le mot, — par l'éloge de son prédécesseur le professeur Grisolle. Le souvenir de l'amitié qui l'avait lié au professeur regretté et l'estime profonde que lui avait inspirée son caractère n'ont pas été les seuls mobiles de M. Béhier dans le choix de ce sujet ; il y était engagé par un vœu même de Grisolle mourant. C'était pour lui un devoir. Ce devoir, que M. Béhier n'a pu accomplir comme il l'eût désiré dans le grand amphithéâtre de la Faculté, à côté de ses collègues et en présence de tous les élèves réunis, il l'a rempli avant-hier dans l'amphithéâtre de l'Hôtel-Dieu, où les souvenirs de l'enseignement de son ancien collègue sont restés le plus vivaces, devant les élèves habituels de la Clinique auxquels s'étaient joints quelques professeurs et quelques médecins anciens amis de Grisolle.

Dans l'impossibilité où nous sommes de reproduire textuellement cet éloge, nos lecteurs nous sauront gré, sans doute, d'en mettre quelques courts extraits sous leurs yeux. Nous choisirons particulièrement parmi ceux qui rappellent les principes et la manière de l'ancien professeur de clinique de l'Hôtel-Dieu.

On sait que dans l'analyse des faits Grisolle comprenait pour une grande part l'emploi de la statistique médicale. Voici en quels termes s'est exprimé M. Béhier sur ce point de méthodologie qui a été longtemps le sujet d'assez vives polémiques.

« Je suis tout à fait, quant à moi, de l'avis de M. Grisolle. Je suis fermement convaincu que la statistique bien maniée, selon les principes que M. Andral et M. Gavarret ont suivis, est la méthode la plus sûre et la plus féconde pour arriver, par une probabilité aussi probable que possible, à la connaissance des faits de la clinique. Cette méthode offre le double avantage de préciser les résultats et d'éviter les erreurs. Il est bien évident, en effet, que celui qui, s'en fiant à ses souvenirs, écrit, à propos de tel ou tel problème clinique : « J'ai vu souvent les faits se « passer ainsi », m'inspire moins de confiance que celui qui, traitant du même sujet, me dira : « Sur deux cents observa- « tions bien relevées, j'ai trouvé cent quarante fois le fait dont il s'agit. » D'abord, je vois précisément que ce dernier ne fait pas appel à ses seuls souvenirs, et nous savons tous combien les souvenirs sont souvent défigurés par les défaillances de la mémoire. Ensuite, je suis également plus tranquille avec ce dernier auteur touchant les déviations que l'imagination et la partialité de l'opinion préconçue peuvent faire subir à l'appréciation des faits observés. Je ne dis pas que les chiffres peuvent répondre à tout ; M. Grisolle et nos maîtres ne le disaient pas non plus ; mais je dis que, lors de l'étude des faits cliniques, la bonne statistique intervient comme un élément de précision et de rigueur dans les conclusions que l'on doit dégager. Voyez même, messieurs, en ce moment ne considérons-nous pas comme très-utile la précision rigoureuse des chiffres substituée à l'appréciation individuelle, quand il s'agit d'étudier dans les maladies le symptôme température. On disait autrefois, et quelques personnes persistent à s'en tenir encore à ces expressions : « La « peau est chaude, la peau est médiocrement chaude, la peau offre une grande chaleur. » Nous disons, nous : « La température — prise dans un point qui varie, mais que l'observateur indique toujours — est de 38°, 40°, 40°. 7 ou 8 dixièmes. » N'y a-t-il pas là une précision plus utile que l'énoncé d'une vague appréciation ; n'a-t-on pas là un tableau irrécusable de la marche et des oscillations du symptôme température ?...

Eh bien, la constatation exacte de la température substituée à l'appréciation individuelle est une méthode du même ordre que la méthode statistique substituée à des souvenirs vagues pour l'étude des divers symptômes, pour celle de leur marche, de leur terminaison, de leur valeur pronostique. C'est le moyen de mettre très-peu du sien dans les jugements qu'on porte sur les choses, et partant c'est le moyen le plus sûr d'approcher de la vérité. »

Plus loin, M. Béhier, rappelant, au sujet de l'œuvre capitale de Grisolle, son *Traité de pathologie*, ce qu'un philosophe éminent demandait aux idées avant de leur reconnaître droit de cité dans la philosophie, montre que telle était aussi sa manière d'agir avant d'admettre les faits nouveaux au nombre des lois d'une science positive et saine.

« Quant à la manière dont elle progresse, dit-il, la science m'appparaît comme un pays qui augmente sans cesse son territoire et recule incessamment les limites de ses possessions. Voyez dans l'autre hémisphère, il est une grande nation qui s'étend de jour en jour. Des hommes hardis, trop à l'étroit dans les villes bien réglées, avides de mouvement et emportés souvent par l'esprit d'aventure, vont chercher des contrées nouvelles sans se soucier des obstacles qu'ils ont à braver et prennent possession de ces terres conquises. Leurs moyens sont parfois sauvages et violents, ils ne reconnaissent ni n'ob-

servent souvent les lois d'une morale bien rigoureuse, et ils occupent tout, les mauvaises comme les bonnes terres, sans choix, sans examen, pourvu qu'ils s'approprient le sol. Puis, après ces pionniers, d'autres viennent plus calmes, plus judicieux, qui étudient et pèsent la valeur du fonds que les autres ont occupé, qui séparent les terres fécondes des terrains douteux ou stériles, qui en règlent la culture et qui, réfrénant les mœurs un peu trop libres des conquérants, font régner sur la contrée des lois morales et protectrices. Alors seulement le pays nouveau est constitué et digne de prendre place dans l'Union.

De même dans la science, chacun suit l'impulsion de la nature et des tendances de son esprit, les uns emportés par leur imagination, poursuivis comme par un besoin de s'affranchir des idées généralement acceptées, s'élancent en avant par une initiative impétueuse. Tout n'est pas toujours bien réfléchi, bien coordonné dans ce mouvement en avant, les mœurs intellectuelles de ces pionniers de la science ne sont pas toujours marquées au sceau du bon sens, cette morale de l'esprit, mais viennent bientôt d'autres plus rassis dans leurs jugements, observateurs plus froids, plus rigoureux, plus scrupuleux des lois de la logique et plus châtiés dans leurs conclusions, ils trient alors les nouvelles acquisitions apportées au domaine commun, font la part de ce qui est bon et de ce qui est douteux ou faux, et constituent alors les départements que la science peut et doit légitimement compter comme des acquisitions nouvelles et solides.

Tout en reconnaissant l'utilité du rôle que jouent, dans ce développement des choses, les hommes d'initiative auxquels je sais rendre toute justice, je préfère de beaucoup, je l'avoue, le rôle de ceux qui règlent et épurent ce mouvement.

C'est à cette dernière classe d'esprits que M. Grisolle appartenait. »

M. Béhier, en rappelant les douleurs patriotiques qui ont été épargnées à Grisolle par sa mort prématurée, termine en exprimant cette pensée à laquelle tout le monde applaudira : « Puissions-nous, nous à qui le lamentable spectacle de nos désastres n'a pas été épargné, vivre assez longtemps pour voir la réparation; car, quoi qu'on dise, quelque temps qui s'écoule, la blessure reste toujours là, qui saigne et fait cruellement souffrir. Mais, soyez-en sûrs, c'est par le travail incessant et de tous les jours, poursuivi dans toutes les conditions sociales et chacun dans sa sphère, que nous devons préparer notre pays à cette œuvre sacrée, en accroissant toutes ses forces partout et toujours. Point de hâte! point d'impatience! point d'illusions! Du calme, du labeur persévérant, de la prévoyance attentive et scrupuleuse. Voilà les gages du succès futur! »

Des applaudissements unanimes et répétés ont accueilli cette péroraison.

Mélano-sclérodermie.

Une malade a été admise dans le service de clinique de M. le professeur Sée, à la Charité, présentant cette altération spéciale dans la coloration de la peau, désignée sous le nom de mélanodermie, et qui est un des caractères, un des symptômes de la maladie bronzée d'Addisson. Au premier aspect, c'était l'idée qui venait tout d'abord à l'esprit. Cette femme présente, en effet, une coloration non pas précisément bronzée, mais plutôt bistre, répandue sur presque toute la surface du corps, avec une teinte plus accusée et approchant davantage de la nuance bronze sur les parties les plus fines et les plus lâches de la peau, les paupières, le dessous des seins. Sur les flancs et aux cuisses, au lieu d'une coloration uniforme on voit, au pourtour, de larges plaques de teinte brune, unie, une grande accumulation de taches de même couleur.

Indépendamment de cette coloration, la peau des mains présente une autre altération, elle est lisse, tendue, comme adhérente aux parties sous-jacentes. Enfin les doigts sont noueux, comme dans le rhumatisme articulaire chronique goutteux, et les extrémités des doigts, les phalangettes, sont comme raccourcies, comme aplaties, tassées sur elles-mêmes dans le sens de leur axe longitudinal.

En questionnant la malade et en examinant l'état des principales fonctions, on ne tarda pas à se convaincre qu'elle ne présentait pas l'ensemble des phénomènes morbides qui composent la triade caractéristique de la maladie d'Addisson ; elle n'avait ni troubles gastriques, ni faiblesse musculaire. Elle avait bien de la mélanodermie, c'est-à-dire l'un de ces trois phénomènes, mais les autres symptômes manquaient. D'un autre côté, la mélanodermie était accompagnée, chez elle, d'un certain degré de sclérodermie, comme on vient de le voir par la description sommaire qui précède, c'est-à-dire cet état particulier d'induration de la peau avec aspect lisse, uni et tendu des téguments.

M. Sée, frappé comme tous les assistants de cette simultanéité, s'est demandé quels rapports pouvaient exister entre ces deux lésions. On n'avait pas signalé encore jusque dans ces derniers temps d'exemple de simultanéité et d'enchaînement de ces deux états morbides, l'un entraînant l'autre, si ce n'est, cependant, dans la thèse récente de M. Coliez, que nous avons analysée dans ces colonnes il y a quelques semaines.

M. Sée a eu l'occasion, dit-il, de voir deux exemples semblables, qui sont, jusqu'à présent, restés inédits. Dans l'un de ces cas, il se joignait à la coloration bronzée de la peau et à la sclérodermie un troisième phénomène, l'atrophie musculaire. M. Sée s'est demandé si cette atrophie musculaire, qui paraît s'être manifestée consécutivement aux deux autres phénomènes, devait être attribuée plus particulièrement à l'un d'eux ; si elle ne serait pas, par exemple, un effet de la rétraction de la peau et de la compression qui en résulterait sur les muscles, ou bien si elle ne devait pas être considérée comme une dépendance immédiate et commune, au même titre que la mélanodermie et la sclérodermie, d'une cause générale de nature nerveuse et consistant très-probablement en une altération des propriétés trophiques.

Ce troisième phénomène n'a pas été constaté chez la malade en question. Quoi qu'il en soit, l'étude de la question nous avait paru devoir offrir un très-grand intérêt au double point de vue de la relation des deux lésions associées chez cette femme, la mélanodermie et la sclérodermie, de leur commune origine et de leur dépendance commune probable d'un trouble fonctionnel primitif du système nerveux qu'il se fût agi de rechercher. Malheureusement la malade a quitté l'hôpital avant qu'on ait eu le temps de faire cette étude. Son histoire ne sera pas tout à fait perdue cependant, M. Lépine en ayant fait le sujet d'une communication à la Société de biologie.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 5 mars 1873 (1). — Présidence de M. Trélat.

La Société procède à la nomination d'une commision chargée de faire un rapport sur les titres des candidats à la place de titulaire

(1) Fin. — Voir les numéros des 22 et 29 mars 1873.

déclarée vacante. Sont nommés au scrutin secret : MM. Dolbeau, Dubreuil et Després.

LECTURES

M. POLAILLON lit un travail sur un anévrysme faux consécutif développé à la suite d'une résection du coude. — Renvoyé à une commission composée de MM. Paulet, Duplay et Dubreuil.

M. LEDENTU lit un travail sur le traitement des plaies artérioso-veineuses compliquées d'anévrysme diffus et du défaut de cicatrisation de la plaie cutanée. — Renvoyée à une commission composée de MM. Verneuil, Guérin et Le Fort.

Nouveau procédé de traitement des fistules vésico-vaginales. — M. LANNELONGUE. Messieurs, avant de vous exposer le récit du procédé que j'ai mis en pratique sur la malade que j'ai l'honneur de présenter à la Société, je désire appeler votre attention sur une disposition anatomique que l'on rencontre assez fréquemment dans les fistules vésico-vaginales, et qui peut-être n'a pas assez fixé l'esprit des chirurgiens.

Cette disposition consiste dans le prolapsus que fait la vessie à travers les lèvres de la fistule, et c'est de la connaissance du mécanisme de ce prolapsus, aidée de l'étude clinique du malade que découlent les considérations sur lesquelles repose le procédé que nous avons appliqué et que nous venons vous proposer.

Bien que les auteurs qui ont écrit sur la question ne se prononcent pas d'une façon absolue sur les particularités liées au prolapsus, il ressort néanmoins de la lecture de leurs ouvrages, que ce qui s'engage à travers les lèvres de la fistule doit être formé par le sommet de la vessie.

Cela suppose une invagination préalable du sommet du réservoir vésical dans l'intérieur même de la cavité de la vessie, puis une hernie de ce sommet à travers la fistule.

On pourrait, *à priori*, élever des doutes sur la réalité d'une semblable supposition, qu'une étude plus approfondie ne tarde pas à faire rejeter d'une façon complète.

Ni le sommet, ni la paroi antérieure de la vessie ne sauraient s'insinuer entre les bords de la fistule, maintenus et fixés qu'ils sont : le premier à la paroi abdominale antérieure, par un ligament; la seconde, à la face postérieure du pubis, par des fibres qui les unissent et par l'urèthre.

Ces données anatomiques sont pleinement confirmées par l'observation clinique qui vient à son tour démontrer que le prolapsus vésical est constitué par la paroi postérieure de la vessie.

Pour s'en convaincre, il suffit d'examiner le prolapsus dans diverses attitudes que peuvent prendre les malades.

On reconnaît alors que la paroi postérieure de la vessie, libre comme on sait de toute adhérence, est refoulée de haut en bas et d'arrière en avant par les viscères abdominaux, dont la pression fait que cette paroi s'engage dans la fistule et se développe plus ou moins dans le vagin, selon que la perforation est large ou étroite, et suivant le degré de l'effort qu'elle supporte.

La perforation est-elle considérable, une notable étendue de cette paroi postérieure s'y engage, et continuant à se développer d'arrière en avant pour apparaître au dehors des parties génitales externes. Et comme cette paroi se compose de plans intimement unis les uns aux autres, un des feuillets du prolapsus se trouve comprendre toute l'épaisseur de la paroi vésicale elle-même.

Vient-on à réduire le prolapsus, après que l'on a placé la malade dans une position convenable pour l'examen que l'on veut faire, c'est-à-dire dans le décubitus antérieur, la femme reposant sur les coudes et les genoux, on peut, en introduisant dans le vagin un spéculum de Bozeman, reconnaître que l'on a bien devant soi la paroi postérieure de la vessie, et qu'au niveau de la lèvre postérieure de la fistule cette paroi se continue avec cette lèvre, dont elle forme le plan supérieur ou vertical.

C'est en nous servant de ce prolapsus, que nous avons pu remédier à une destruction complète de toute la cloison vésico-vaginale dont était atteinte une malade du service dont je suis chargé à l'hôpital des Cliniques en remplacement de M. le professeur Broca.

Mme X..., âgée de trente-six ans, accouchait à Soissons, le 14 juillet 1872; le travail, qui avait commencé à neuf heures du matin, nécessita, dans la soirée, trois applications de forceps. La dernière eut lieu à minuit. Quelques jours plus tard se déclarait la perforation, qui la décida à venir à Paris réclamer des soins. L'examen que nous pratiquons nous fait constater une solution de continuité énorme, comprenant presque toute la paroi antérieure du vagin et une partie de sa paroi latérale. Dans le sens antéro-postérieur, elle s'étend, en effet, du col utérin réduit à quelques tubercules jusqu'à $0^m,02$ ou $0^m,03$ environ de l'orifice de l'urèthre.

En réalité, la paroi vaginale antérieure est réduite à une bande transversale de la largeur indiquée, et qui supporte pour ainsi dire le canal uréthral.

Sur les côtés et en avant, la fistule a pour limites les branches ischio-pubiennes, et à ce niveau, toutes les parties molles faisant défaut, c'est le périoste de ces os qui limite la solution de continuité.

Un peu plus en arrière, la fistule est limitée par les parois latérales du vagin, qui forment comme un croissant sur son bord postérieur. Le bas-fond vésical et la portion du vagin qui lui correspond étaient donc détruits. Il ne fallait pas dès lors s'attendre à trouver l'orifice des uretères dans la vessie. L'un et l'autre, en effet, s'ouvraient dans le vagin; le droit contre la branche osseuse ischio-pubienne; celui du côté gauche dans l'angle de la fistule.

Par l'orifice fistuleux s'échappait la paroi postérieure de la vessie, qui, s'engageant dans le vagin, apparaissait à la vulve, qu'elle dépassait, sous forme d'une tumeur rouge du volume d'un œuf de pigeon.

La malade porte sur sa figure l'empreinte d'une anémie très-prononcée. Elle est pâle; les muqueuses oculaires et gingivales sont décolorées; ses traits expriment la souffrance et témoignent du dégoût que lui inspire sa situation.

Je fis précéder l'opération, que je pratiquai le 26 décembre 1872, d'un temps préliminaire indispensable au succès de l'entreprise ; il avait pour but de replacer dans la vessie elle-même l'orifice de celui des uretères qui s'ouvrait dans le vagin. Ce temps fut exécuté à l'aide d'une chaîne d'écraseur, introduite au moyen d'une aiguille dans le canal de l'uretère.

Après avoir parcouru un trajet de $0^m,01$ environ, l'aiguille fut poussée dans la vessie, et je pratiquai alors à l'aide de la chaîne la section de la paroi supérieure de l'uretère dans l'étendue de $0^m,01$.

Je fis cette manœuvre sans crainte, m'étant plusieurs fois assuré avec un stylet du trajet que parcourait l'uretère dans l'épaisseur de la paroi vaginale même.

Le 26 décembre, j'exécutai l'opération proprement dite. Elle se composa d'un avivement suivi de l'affrontement des parties, puis de la suture de ces parties avivées.

L'avivement fut fait d'une part sur la vessie, d'un autre côté, sur la partie antérieure de la paroi du vagin.

Sur la vessie, j'avivai le prolapsus lui-même à une distance de la lèvre postérieure de la fistule suffisante pour qu'entre cette partie avivée et la lèvre postérieure de la fistule, il y ait assez pour combler toute la fistule.

La muqueuse vésicale elle-même fit les frais de l'avivement, lequel se présenta sous la forme d'une bande transversalement dirigée de $0^m,01$ environ de largeur, et allant de l'un à l'autre des angles latéraux de la fistule.

Les parties avivées furent mises en présence, et le contact fut maintenu à l'aide de onze points de suture métallique. Huit jours après, j'enlevai ces fils.

C'est le résultat de cette opération faite il y a plus de deux moi que je viens soumettre à votre examen. La perforation a été comblée entièrement par l'opération. Tous les points de suture avaient tenu.

Mais je tiens à vous dire quels sont mes regrets de n'avoir pas fait pour le second uretère ce que j'avais fait pour le premier.

Le premier, en effet, celui dont j'ai déplacé l'ouverture dans le

temps préliminaire à l'opération, fonctionne comme il doit le faire ; mais le second, celui dont l'ouverture était placée sur le triangle de la lèvre postérieure avec la paroi latérale, celui-là n'a pas été ramené dans la vessie, il s'ouvre encore aujourd'hui dans le vagin. Je me propose, dans peu de jours, de faire une tentative dans le but d'achever la guérison.

Pour terminer ce qui a trait au manuel opératoire, je dois rappeler que, pendant le cours de l'opération, je dus pratiquer un débridement sur le vagin, afin de permettre à la partie antérieure de ce conduit d'aller rejoindre un angle de la paroi vésicale avivée.

L'examen actuel de la malade démontre que le lambeau vésical qui comble la perforation est épais, résistant, légèrement proéminent dans le vagin, où il forme un relief de couleur plus foncée que le reste de la paroi vaginale. Cet examen serait incomplet si je ne le faisais suivre de celui de la cavité vésicale. Incontestablement, la capacité du réservoir de l'urine est amoindrie chez cette femme, puisqu'on lui a soustrait une partie de la paroi qui limite sa surface. Mais le rapport de cette partie utilisée à la confection du vagin, au reste de la paroi vésicale, n'était pas de nature à inspirer de crainte sur ce point. Et en effet, une sonde de femme introduite dans la vessie se meut librement et avec beaucoup d'aisance dans la nouvelle cavité. A ce point de vue, je n'accorde pas d'importance à ce fait que la malade retient ses urines pendant plus d'une heure lorsqu'elle est couchée, car on ne doit pas oublier que chez elle le col de la vessie fait défaut. Il avait disparu, en effet, avec le bas-fond de cet organe, et l'avivement que je pratiquai sur le vagin le jour de l'opération arrivait presque à la vulve.

Tel est, messieurs, le résumé de ce fait qui démontre la possibilité de restaurer le vagin par la voie que j'ai indiquée; et bien qu'il me reste pour achever la cure à remédier au petit orifice qui existe encore aujourd'hui, je n'hésite pas à penser que ce procédé trouvera des indications plus précises dans des cas moins compliqués que celui pour lequel vous avez bien voulu m'accorder votre bienveillante attention pendant que je vous en exposais les particularités.

La séance est levée à cinq heures.

Le secrétaire : Tillaux.

Séance du 12 mars 1873. — Présidence de M. Trélat.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

CORRESPONDANCE

La correspondance imprimée comprend :

La *Gazette des Hôpitaux ;* — l'*Union médicale ;* — la *Gazette hebdomadaire ;* — la *France médicale ;* — le *Journal de médecine et de chirurgie pratiques ;* — le *Bordeaux médical ;* — le *Montpellier médical ;* — l'*Art dentaire.*

M. Albanese (de Palerme), adresse une observation imprimée : *De la ponction aspiratrice dans un cas de hernie inguinale étranglée ; guérison.*

M. Sarell (de Constantinople) adresse une observation manuscrite d'*Ovariotomie suivie de guérison.* (Comm. : Demarquay, Paulet, Boinet.)

M. Ribell, chirurgien de l'Hôtel-Dieu de Toulouse, membre correspondant, écrit une lettre de remerciments à propos de sa nomination.

— M. le Secrétaire du Collége royal des chirurgiens de Londres adresse le *Catalogue descriptif des pièces tératologiques du musée du Collége royal des chirurgiens d'Angleterre.*

DISCUSSION

Sur les fistules vésico-vaginales.

M. Dolbeau. Je commence à féliciter M. Lannelongue de son intéressante communication et de son très-ingénieux procédé. Je ne puis cependant m'empêcher de faire remarquer que sa malade n'est pas guérie puisqu'elle perd encore ses urines. De plus, il nous a été impossible de vérifier convenablement le résultat opératoire. J'accepte néanmoins comme vrai tout ce que nous a dit notre collègue, mais la malade a été présentée trop tôt. M. Lannelongue aurait dû attendre qu'elle fût guérie. On eût pu alors s'assurer de la capacité de la vessie, savoir combien ce réservoir pouvait garder de liquide, constater s'il y avait persistance de l'incontinence uréthrale consécutive à l'opération. Je prie donc notre collègue de nous représenter plus tard son opérée dans de meilleures conditions.

Les côtés de la fistule étaient limités, a dit M. Lannelongue, par les ischions doublés du périoste. Je ne comprends pas dès-lors comment a été pratiquée la suture sur les parois latérales. Je demanderai enfin quelles étaient les dimensions exactes de la fistule. Que notre collègue ne voie pas dans mes questions une critique à son ingénieuse idée, mais plutôt le désir d'un supplément d'informations.

M. Boinet. Je ne comprends pas non plus comment ont été appliqués les points de suture latéraux ; de plus, toute la paroi vésico-vaginale manquait, a dit notre collègue, et la vessie faisait hernie. L'opérateur, en se servant de la vessie pour boucher la fistule, a donc dû oblitérer le réservoir vésical. Est-ce là un nouveau procédé, ainsi que l'a dit M. Lannelongue? Oui, si l'on considère ce qui a été pratiqué sur les uretères; mais, au point de vue de la fistule elle-même, il n'y a là aucune opération nouvelle. Je ne vois qu'un avivement, et la réunion des parties avivées.

J'ai opéré, il y a cinq ou six ans, une femme atteinte d'une fistule vésico-vaginale, ayant $0^{m},05$ de diamètre ; le col avait été déchiré, et, quoique guérie, la malade ne pouvait garder ses urines.

M. Lannelongue. Je remercie M. Dolbeau des éloges qu'il accorde à mon procédé. Il me reproche plusieurs choses; d'abord de n'avoir pas donné les dimensions exactes de la fistule. Il est vrai que je n'ai pas indiqué de chiffres; mais lorsque l'on dit qu'une fistule s'étend du col utérin au col vésical, cela doit suffire entre anatomistes, et une mensuration faite au compas me paraît moins rigoureuse. Du reste, je pourrai présenter à la Société le dessin exact, fait par M. le docteur Sueur.

J'ai dit que la fistule n'était bornée latéralement que par les ischions revêtus du périoste. Le fait est exceptionnel, j'en conviens, mais il n'est pas étrange. Jobert et d'autres auteurs avec lui en ont rapporté de semblables. On a même observé des dénudations du squelette. Quant aux sutures latérales, je n'ai nullement suturé la muqueuse vésicale avec le périoste des ischions. Je l'ai suturée avec la muqueuse vaginale. C'est ce que j'ai signalé dans l'observation. Le résultat, me dira-t-on, est incomplet, c'est vrai ; mais au lieu d'une large perforation, il n'y a plus qu'un pertuis dont j'espère obtenir l'oblitération, et peut-être ce procédé pourra-t-il réussir d'emblée dans des cas moins compliqués que celui auquel j'ai eu affaire.

On n'a pu examiner à fond la malade, a dit M. Dolbeau. J'avais cependant à la disposition des membres de la Société un spéculum et une sonde, et je suis tout disposé à la soumettre à l'observation dans un autre local mieux approprié.

Quant à M. Boinet, je lui répondrai qu'il n'a peut-être pas suffisamment compris le procédé employé. Ce n'est pas la paroi antérieure de la vessie qui m'a servi à combler la fistule, mais seulement la partie de la paroi inférieure siégeant en arrière de l'orifice fistuleux, en sorte que j'ai évidemment diminué la capacité vésicale, mais sans l'anéantir. M. Boinet dit que mon procédé ne contient rien de nouveau; qu'il me permette cependant de soutenir le contraire. Quelqu'un s'est-il jamais servi de la muqueuse vésicale pour reconstituer le vagin? Je ne le crois pas, et là est la nouveauté.

Ma malade a conservé une incontinence d'urine, mais je rappellerai qu'elle n'a plus de col vésical, et cependant je ne désespère pas, grâce à l'électrisation, de donner à la portion restante du canal de l'urèthre, une tonicité suffisante pour parer à cet accident.

M. BOINET. Les explications de M. Lannelongue m'ont suffisamment éclairé. Je ne pense pas, toutefois, que l'incontinence d'urine cède à l'électrisation, puisque le col vésical a été détruit.

M. LANNELONGUE. M'appuyant sur les recherches anatomiques de M. le professeur Sappey, je ne crois pas que le col de la vessie, chez la femme, soit limité à un simple anneau; les fibres musculaires se rendent jusqu'auprès de la vulve, en sorte que, par l'électrisation, on peut espérer donner à ces dernières un développement exceptionnel suffisant pour s'opposer à l'écoulement involontaire des urines.

M. FORGET. Il est incontestable que l'observation présentée par M. Lannelongue contient un fait nouveau : une fistule vésico-vaginale a été bouchée à l'aide de la paroi vésicale. Que deviendra ultérieurement cette muqueuse vésicale ainsi transplantée? Que deviendra le tissu cicatriciel? Ce sont là des points intéressants dont l'observation devra rendre compte ultérieurement. J'ajouterai que je ne comprends pas bien comment le périoste des ischions a pu rester pendant six mois en contact avec l'urine sans être frappé d'exfoliation.

M. SÉE rend hommage à l'idée ingénieuse et tout à fait neuve de l'auteur. Il est seulement surpris qu'après un temps aussi long que celui qui s'est écoulé entre l'accouchement et l'opération, la vessie ait conservé des dimensions assez considérables pour qu'on puisse l'employer à fermer la fistule.

M. LANNELONGUE observe qu'il s'était assuré, maintes fois avant l'opération, que la cavité vésicale avait conservé des dimensions suffisantes pour autoriser à tenter l'opération.

LECTURE

M. GILLETTE fait une lecture sur un cas d'*uréthrocèle vaginale*. (Renvoyée à une commission composée de MM. Magitot, Heurteloup, Guéniot.)

DISCUSSION

Sur la valeur des différents procédés d'extraction de la cataracte.

M. GIRAUD-TEULON lit la première partie d'un travail sur ce sujet.

PRÉSENTATION DE MALADE

M. PANAS présente un enfant de onze ans qui reçut, il y a cinq ans et demi, un coup de bâton sur la bosse pariétale gauche. Il en résulta une bosse sanguine, sans plaie. Il y a trois ans, l'artère temporale (branche antérieure), devint variqueuse. Cette artère présente le volume d'une bougie uréthrale n° 20 à 24. Elle paraît s'arrêter au niveau de l'angle orbitaire externe ; mais, avec les doigts, on suit la dilatation et les battements jusqu'au devant de l'apophyse zygomatique, près du tragus. Il n'y a pas de souffle. Une certaine pression détermine un souffle intermittent qui disparaît sous l'influence d'une pression plus forte.

M. Panas consulte ses collègues sur le traitement qu'il convient d'opposer à cette affection.

M. LE FORT serait d'avis de tenter l'oblitération à l'aide de plusieurs aiguilles passées sous l'artère et maintenues par un fil.

M. PAULET propose d'employer les injections coagulantes, vu la délimitation très-précise de l'artère dilatée.

M. DESPRÉS propose l'extirpation.

M. PERRIN partage l'opinion de M. Le Fort.

M. TRÉLAT commencerait par employer les injections, et, en cas d'échec, aurait recours à l'ablation.

M. LARREY rappelle qu'il a présenté à la Société, de la part de M. Rraoul-Deslongchamps, pour une tumeur analogue du front, un jeune homme qui fut guéri, il y a vingt ans, par des injections de perchlorure de fer. C'est le premier cas de guérison par cette méthode.

M. CHASSAIGNAC rejette l'ablation comme étant une opération très-grave. Il pense que le meilleur traitement consiste à intercepter la continuité du vaisseau, à l'aide de plusieurs épingles placées au-dessous de lui et séparées avec des fils passés en 8 de chiffre. Les injections de perchorure de fer constituent pour lui une méthode dangereuse et pourraient être employées seulement après qu'on aurait intercepté le cours du sang dans la varice. M. Chassaignac considère l'ablation comme une dernière ressource.

La séance est levée à cinq heures et demie.

Le secrétaire : TILLAUX.

Séance du 19 mars 1873. — Présidence de M. TRÉLAT.

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

CORRESPONDANCE

La correspondance comprend :

La *Gazette des Hôpitaux ;* — l'*Union médicale ;* — la *Gazette hebdomadaire ;* — la *France médicale ;* — le *Mouvement médical ;* — le *Bulletin général de thérapeutique ;* — le *Bordeaux médical ;* — le *Bulletin médical du nord de la France ;* — le *Lyon médical.*

M. BROCA demande à échanger son titre de membre titulaire pour celui de membre honoraire.

Le vote aura lieu dans la prochaine séance.

M. DECHAUX (de Montluçon) offre à la Société un ouvrage intitulé : *Parallèle de l'hystérie et des maladies du col de l'utérus.*

M. LARREY offre, de la part de M. le docteur Raoult-Deslongchamps, un mémoire sur les *nouveaux appareils en zinc laminé pour les membres inférieurs.* — Une soixantaine de thèses de chirurgie.

M. VERNEUIL offre, de la part du docteur Maggana (de Smyrne), une collection de calculs vésicaux et plusieurs observations de chirurgie. (Comm., MM. Verneuil, Trélat, Guyon.)

M. DUPLAY fait un rapport verbal sur le travail suivant de M. Terrier.

Disposition anormale des jumeaux de la jambe et de l'artère poplitée. — Je désire vous entretenir quelques instants au sujet d'une anomalie musculaire rare et d'une disposition artérielle anormale pouvant offrir un certain intérêt pour le chirurgien.

Vous savez que le *triceps sural* est formé en quelque sorte de trois muscles, le soléaire et les jumeaux, que ces derniers naissent des condyles du fémur par deux chefs ou têtes, l'une externe, l'autre interne ; enfin que ces deux chefs ne tardent pas à se réunir, limitant en bas l'espace losangique, qui répond au jarret, espace dans lequel on va à la recherche de l'artère poplitée pour en faire la ligature.

Or, sur un sujet d'une trentaine d'années, j'ai trouvé une bifurcation du chef d'insertion du jumeau interne, bifurcation entraînant avec elle une anomalie dans les rapports de l'artère poplitée.

MM. Cruveilhier et Sappey indiquent comme insertion du jumeau interne, soit le condyle interne, soit même la ligne de bifurcation interne de la ligne âpre. D'après ces anatomistes, dont les descriptions diffèrent quelque peu, l'insertion du jumeau interne se ferait principalement au condyle et accessoirement au fémur. Au contraire, Theile, dans le troisième volume de l'*Encyclopédie anatomique*, fait naître le tendon du jumeau interne au-dessus du condyle fémoral, tout près du bord interne de l'os, par conséquent plus haut que les précédents auteurs. Cet anatomiste est seul à signaler des anomalies des muscles jumeaux qui, dit-il, peuvent être doubles, et fait curieux, il paraît n'avoir vu qu'un seul cas de cette anomalie, qui appartenait au jumeau interne. C'était chez un homme. A 15 lignes au-dessus du jumeau interne, on voyait naître, de la lèvre interne de la ligne âpre (il veut très-probablement dire de la bifurcation interne de la ligne âpre), des fibres charnues formant un ventre épais de 3 lignes descendant dans le creux poplité, et qui, au niveau de l'articulation du genou, se terminait par un tendon mince, s'insérant il ne sait au juste en quel point, car ce faisceau anormal avait été coupé et détruit plus bas. Aussi l'auteur se

demande-t-il s'il n'avait pas eu affaire à une seconde tête du plantaire grêle, anomalie signalée par les anatomistes (1).

Dans le cas qu'il nous a été donné d'observer, on avait évidemment sous les yeux une bifurcation, ou mieux une double origine du jumeau interne. A vrai dire, même le jumeau interne, tel qu'il est généralemant décrit, existait bien, et c'est ce jumeau normal qui venait s'ajouter au faisceau musculaire anormal.

Le faisceau accessoire naissait de la ligne de bifurcation interne et inférieure de la ligne âpre, à $0^m,01\ 1/2$ au-dessus de l'insertion musculaire du jumeau interne. Cette insertion au fémur avait lieu sur une longueur de 0^m02 et se faisait à l'aide d'un tendon aplati sur les deux faces interne et externe. Ce tendon, se prolongeant sur la face postérieure du faisceau musculaire, donnait naissance à un corps charnu, obliquement dirigé en dehors et en bas, et d'un volume presque aussi considérable que celui qui formait le jumeau interne proprement dit. Arrivé sur la ligne médiane du membre, ce faisceau, long de $0^m,05$ à $0^m,06$, se confondait avec le corps charnu du jumeau interne.

Ce qu'il importe surtout de noter, ce sont les rapports de ce chef accessoire du jumeau interne.

Entre lui et le jumeau externe, on trouve successivement, de dehors en dedans, des parties superficielles vers les parties profondes, d'abord le nerf sciatique poplité interne, puis la veine poplitée. Quant à l'artère, elle passe dans l'intervalle compris entre ce faisceau anormal et l'origine du jumeau interne; elle s'engage ensuite dans une sorte d'anneau musculaire et fibreux, limité en avant par le ligament postérieur de l'articulation du genou, et en arrière sur le point de jonction du jumeau interne et de son faisceau accessoire.

Plus haut, c'est-à-dire au-dessus du point où le faisceau anormal prend son origine, l'artère tend de plus en plus à se rapprocher de la veine et à se placer à sa partie antérieure et interne.

Comme on le conçoit facilement, ce rapport anormal de l'artère poplitée vers sa partie moyenne pourrait faire naître des difficultés dans la recherche du vaisseau pour en faire la ligature.

En effet, suivant les préceptes de Lisfranc, c'est-à-dire recherchant avec le doigt l'interstice des deux jumeaux, et incisant les téguments et l'aponévrose à ce niveau, le chirurgien serait tombé dans l'espace cellulaire compris entre le jumeau externe et le faisceau accessoire, par conséquent en dehors de l'artère poplitée.

On aurait trouvé successivement les points de repères classiques, soit le nerf en dehors, puis la veine; mais en dedans de celle-ci, se serait présenté le faisceau accessoire qu'il eût fallu inciser pour arriver sur l'artère.

Il est bon d'ajouter que, faite plus haut, dans la partie supérieure du losange poplité, la ligature eût été facile, l'artère offrant en ce point sa disposition presque normale. Je dis presque normale parce qu'elle était encore séparée de la veine par un certain espace rempli de tissu cellulo-adipeux.

Que conclure de ce fait anatomique rare et non signalé jusqu'ici? Nous croyons qu'il plaide en faveur de la ligature de l'artère poplitée dans le triangle supérieur du creux du jarret. C'est d'ailleurs en ce point qu'elle est indiquée lors d'anévrysme poplité siégeant vers l'origine des jumeaux. De plus, n'est-ce pas encore une raison pour préférer, avec Malgaigne et la plupart des chirurgiens, la ligature de la fémorale à celle de la poplitée?

En terminant, on me permettra une remarque, c'est que l'anomalie signalée ici peut être considérée comme le vestige d'une disposition normale chez quelques animaux : comme un fait d'atavisme, dirait Darwin. Si, d'un côté, en examinant la série animale, on voit le jumeau interne persister plus que l'externe, qui perd ses insertions fémorales, d'un autre côté, on peut noter que l'insertion des jumeaux tend à s'élever chez certaines espèces et qu'ils arrivent à s'insérer au-dessus des condyles. Chez les solipèdes, par exemple, de petits tubercules formant une crête dite *sus-condylienne*, donnent insertion au jumeau interne, ce qui rappelle beaucoup la disposition anormale que j'ai eu l'honneur de signaler à votre attention.

(1) *Hallische Literatur zeitung*, 1808, n° 153.

(A suivre.)

CORRESPONDANCE

Paris, le 3 avril 1873.

A M. le rédacteur de la GAZETTE DES HÔPITAUX.

Monsieur et cher confrère,

Vous avez inséré dans la *Gazette des Hôpitaux* (29 mars dernier) une note dans laquelle vous avez annoncé que l'Administration de l'Assistance publique avait décidé qu'à partir du 1er avril 1873, le nombre des sages-femmes chez lesquelles peuvent être réunies les femmes en couches serait sensiblement augmenté. Vous ajoutez que les maternités vont se trouver peu à peu délaissées, ou si l'on préfère moins encombrées; les femmes qui se présentaient aux hôpitaux spéciaux seront dirigées, lorsqu'elles seront à terme, et sur leur demande, chez une sage-femme, etc.

Cette mesure est considérable, si on la met en regard du passé des maternités par rapport à la mortalité. Permettez-moi de signaler quelques faits de statistique à cet égard et de plus de rapporter *à César ce qui appartient à César*, en vous faisant connaître celui qui le premier a conçu la pensée de cette mesure, la plus importante peut-être de celles qui ont été prises dans le but d'améliorer l'hygiène des hôpitaux.

Le comité consultatif d'hygiène et du service médical des hôpitaux de France, attaché au ministère de l'intérieur, s'est occupé deux fois de la question, sous la vice-présidence de MM. Dumas et Rayer.

En 1864, M. Malgaigne faisait au ministère, au nom du comité, un premier rapport sur la mortalité des femmes en couches et sur les moyens de la diminuer.

Il démontrait la grande disproportion qui existait entre la mortalité dans les maternités et la mortalité des femmes accouchées chez elles avec l'assistance des bureaux de bienfaisance. Il proposait des mesures à prendre dans les maternités pour améliorer l'hygiène de ces établissements.

M. Husson, membre du comité, s'est attaché depuis à réaliser ces mesures, mais en vain.

La statistique, appuyée sur les relevés de la Société de chirurgie, et principalement sur l'ouvrage publié par M. Le Fort, démontrait qu'en 1861 et 1862, il mourait 1 femme sur 10 et 1 sur 14 pour tous les hôpitaux réunis; tandis que pour les femmes accouchées chez elles par les secours des bureaux de bienfaisance, la mortalité n'était que de 1 femme sur 160 ou 170.

Cette mortalité n'était pas moindre en province. On la voit de 1 sur 7 pendant les années 1860, 61 et 62 à Strasbourg; de 1 sur 15 à Bordeaux et à Colmar; et la moyenne des quarante-trois principaux hôpitaux des départements (statistique dressée par M. de Lurieu) était de 1 sur 43. Seul, l'hôpital de Rouen offrait un chiffre exceptionnel, c'est-à-dire 1 mort sur 141, résultat dû aux soins tout particuliers du docteur Helot et aux conditions hygiéniques qu'il a introduites dans cet hôpital modèle et unique en Europe.

M. Le Fort, réunissant tous les chiffres de la mortalité des femmes en couches, en France et en Europe, et les comparant à ceux des accouchements à domicile qu'il a pu agglomérer, arrive aux résultats suivants :

Maternités ou hôpitaux. — Décès : 1 sur 29.

Accouchements : 888,312.

En ville. Décès : 1 sur 12.

Accouchements : 934,781.

Tels sont les résultats que je consignais dans un nouveau rapport du Comité consultatif d'hygiène, adressé en juin 1866 au ministre de l'intérieur, sur le même sujet, et que j'avais été chargé de faire au nom d'une commission composée de MM. Rayer, Bouchardat,

Bouillaud, Bucquet, Devergie, Husson, de Lurieu, Payen, de Watteville.

C'est dans la discussion qui a précédé mon rapport que fut émise, par M. le docteur Boulu, membre du comité et ancien médecin du bureau de bienfaisance, la pensée qui aujourd'hui dirige les actes nouveaux de l'administration des hôpitaux et des bureaux de bienfaisance, celle *de placer chez des sages-femmes de la ville, les filles mères et les femmes qui se rendent habituellement, soit dans les hôpitaux, soit dans les maternités*. A cet effet, on ferait un choix, a-t-il dit, parmi les 500 sages-femmes qui exercent à Paris, de celles dont la capacité et la moralité seraient connues, et qui pourraient mettre à la disposition de l'Assistance publique une ou deux chambres de leur appartement pour y recevoir les femmes en couches.

Ce système, ajoutait M. Boulu, est différent de ce qui se passe aujourd'hui. Dans l'état actuel, 113 sages-femmes sont attachées aux bureaux de bienfaisance de Paris, elles opèrent en moyenne à Paris 6 à 7,000 accouchements, mais elles vont les pratiquer au domicile de la femme accouchée.

Dans le système nouveau, les bureaux de bienfaisance désigneraient un nombre plus considérable de sages-femmes dans les conditions de logements appropriés, et ils exigeraient une surveillance permanente par l'intermédiaire de leurs commissaires, des dames de charité, ecclésiastiques, sœurs de charité, sur les sages-femmes et sur les femmes accouchées.

Une seconde proposition fut formulée par M. Husson, celle d'essayer la réalisation d'un autre vœu, celui de la suppression des services d'accouchements dans les hôpitaux, en créant à Lariboisière une salle de travail, et peu après l'accouchement opéré, de répartir les femmes accouchées dans les divers services de l'hôpital.

Les conclusions du rapport fait par M. Malgaigne prescrivaient un certain nombre de mesures propres à améliorer l'état actuel des maternités et à y diminuer la mortalité.

Celles du rapport dont j'ai été chargé tendaient 1° à faire accoucher chez les sages-femmes de la ville les filles ou femmes arrivées au terme de la grossesse, et à y recevoir les soins nécessaires jusqu'à leur rétablissement.

2° A la suppression des services d'accouchements dans les hôpitaux; à instituer dans l'hôpital une salle de travail et à répartir les femmes accouchées dans les divers services de l'hôpital.

3° A réduire aux proportions absolument indispensables les maternités et les services d'accouchements des hôpitaux destinés à l'enseignement.

Ces deux rapports ont été publiés dans le *Bulletin officiel du ministère de l'intérieur*, n° 7, 1864, et n° 6, année 1866 (librairie Dupont).

A. Devergie.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Faculté de médecine de Paris. — Les prix pour l'année 1870-1871 qui n'avaient pu être décernés à l'époque ordinaire ont donné les résultats suivants :

Prix Barbier. — Encouragement de 1,000 fr. à M. Desachy pour différents appareils de fracture.

Prix Chateauvillard. — Prix entier, de la valeur de 2,000 fr., décerné à MM. Desnos, médecin des hôpitaux, et Henri Huchard, ancien interne des hôpitaux, pour leur travail intitulé : *Des complications cardiaques dans la variole, et notamment de la myocardite varioleuse.*

— *Policlinique d'accouchements.* — MM. les médecins qui désireraient assister à un accouchement attendu dans la quinzaine, à partir du 2 avril, sont priés de s'inscrire entre midi et deux heures, chez M. le docteur Stopin, 38, rue Gay-Lussac.

Les cinq premiers inscrits pourront seuls aider le médecin-accoucheur.

— *Erratum.* — Page 299, 2e colonne, ligne 17, après capsules surrénales, *mettre* une virgule. — Ligne 32, il faut lire : Tels sont les principaux caractères de la mélanodermie phthiriasique. Elle diffère des mélanodermies de cause interne, etc... — Ligne 44, au lieu de *phthisique*, lisez *phthiriasique*.

— M. Chambon tient à la disposition de MM. les médecins du vaccin de génisse les mardi et mercredi, de une heure à quatre heures, rue Chaptal, 20.

— Bonne clientèle médicale à céder, à dix minutes de Paris. — Rapport, 10,000 fr., dont 2,000 fr. de fixe.

— Un jeune médecin étranger, parlant correctement l'allemand et l'anglais, et traduisant les langues hollandaise, suédoise, italienne, espagnole, demande un emploi de secrétaire ou de rédacteur adjoint d'un journal de médecine.

Écrire à M. D. D., 39, rue des Noyers, boulevard Saint-Germain.

Le Directeur : Dr E. Le Sourd.

Paris. — Typographie A. Pougin, quai Voltaire, 13.

N° 41. — MARDI 8 AVRIL 1873. 46e ANNÉE. MARDI 8 AVRIL 1873. — N° 41.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Bureaux : 57, rue des Saints-Pères, 57
PRÈS L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix d'abonnement doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

On s'abonne hors de Paris dans les bureaux des Messageries et chez les Libraires. Les lettres non affranchies sont refusées.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui n'en peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS : Trois mois. . 8 fr. 50 c. — Six mois. . . 16 — — Un an. . . . 30 —

POUR L'ÉTRANGER le port en sus suivant les derniers tarifs des Postes.

Paris, le 7 avril 1873.

CONGRÈS MÉDICAL INTERNATIONAL

Le troisième Congrès médical international doit tenir ses séances à Vienne du 2 au 10 septembre prochain. Le Comité exécutif est composé des professeurs Rokitansky, Sigmund, Hebra, Benedikt et Schutzler.

Nous recevons et nous nous empressons de publier les statuts et le programme arrêtés par les membres du Comité exécutif.

STATUTS

Le Congrès se réunit sous le protectorat de S. A. l'archiduc Rainer, pendant la durée de la grande Exposition de Vienne, du 2 au 10 septembre 1873.

Sont membres du Congrès : 1° les membres du Comité exécutif chargé de préparer l'organisation ; 2° les délégués des gouvernements, des corporations scientifiques (universités, académies, associations médicales, hôpitaux) ; 3° tous les médecins et naturalistes qui, voulant prendre part aux travaux du Congrès, se sont fait inscrire à la présidence jusqu'au jour de l'ouverture.

Les membres du Congrès n'ont pas à acquitter de cotisation. Les séances sont publiques.

Tous les membres ont droit de prendre part aux discussions et aux votes dans les formes qui seront spécifiées au programme des travaux.

Le programme des séances se compose : 1° des questions mises à l'étude par le Comité exécutif, des questions proposées à la présidence jusqu'au 1er mai et portées à l'ordre du jour d'une séance.

Les questions suivantes sont proposées par le Comité exécutif : 1° la vaccination ; 2° les quarantaines et le choléra ; 3° la prostitution ; 4° l'assainissement des villes ; 5° la création et l'adoption d'une Pharmacopée internationale ; 6° l'étude des moyens propres à introduire l'uniformité dans l'enseignement médical de tous les pays et celle des mesures relatives à la collation des grades et à l'exercice de la médecine.

Le Comité exécutif délègue un ou plusieurs commissaires pour rédiger un rapport sur chaque question et formuler au besoin les propositions auxquelles elle donnerait lieu. Ces rapports, qui serviront de base aux discussions, seront imprimés pour être remis aux membres avant l'ouverture du Congrès.

La présidence de la première et de la dernière séance revient de droit au président du Comité exécutif (professeur Rokitansky). A la première séance, il sera procédé à l'élection des présidents pour les séances suivantes.

Le bureau des séances se compose de membres du Comité exécutif qui fonctionneront pendant toute la durée du Congrès.

Il n'y a pas de vote sur les questions purement scientifiques. Ne seront soumises au vote que les propositions afférentes à des mesures administratives intéressant la santé publique. Les élections e les votes se font par bulletins.

La langue du troisième Congrès international médical est l'allemand ; cependant d'autres langues sont admises pour les discussions. Les communications de la présidence se font en allemand avec traduction en français, en anglais et en italien. Il en est de même de la rédaction des actes du Congrès.

A l'avant-dernière séance, on fixera la date et le lieu de réunion du quatrième Congrès international, et on nommera le Comité exécutif.

PROGRAMME

Les séances ont lieu tous les jours, les dimanches exceptés, et en principe de neuf heures du matin à une heure de l'après-midi.

(Suivent des dispositions de détail sur le mode de votation.)

Les communications ne peuvent être faites en séance que par leurs auteurs. La correspondance et tous les travaux adressés au secrétariat général seront portés à la connaissance des membres dans une séance spéciale, et les exemplaires envoyés seront distribués aux membres du Congrès.

Aucun orateur ne peut garder la parole au delà de quinze minutes, à moins d'une délibération de l'Assemblée.

Pendant la durée du Congrès, il sera imprimé par les soins de la présidence un journal quotidien contenant toutes les indications utiles aux membres du Congrès.

Les procès-verbaux, qui paraîtront aussitôt que possible après la clôture, ne renfermeront en substance ou en extrait que les communications mises par les auteurs à la disposition du secrétariat général.

Le secrétariat général est chargé du compte rendu administratif.

Vienne, mars 1873.

HOPITAL DU MIDI. — M. CHARLES MAURIAC.

Étude clinique sur l'influence curative de l'érysipèle dans la syphilis (1).

III

Cette observation pourrait se passer de commentaires, si on ne considérait que le résultat brut. Il est bien évident, en effet,

(1) Suite. — Voir le numéro du 3 avril 1873.

même pour les esprits les plus scrupuleux en matière de causalité, que la disparition si rapide d'accidents syphilitiques qui duraient depuis deux mois, doit être rapportée à l'érysipèle. Objectera-t-on que les plaques muqueuses avaient été préalablement cautérisées avec énergie? Mais les a-t-on jamais vues fondre sous le crayon de nitrate d'argent avec cette rapidité, surtout quand elles n'ont pas été attaquées dès le début et qu'elles sont enracinées sur un terrain saturé, comme l'étaient les lèvres, des produits plastiques de la syphilis?

C'est dans cette région que l'érysipèle a pris naissance, c'est de ce foyer qu'il s'est répandu sur toute la face. Il n'a pour ainsi dire pas eu de période d'incubation. Brusque, inflammatoire, vif et rapide dans ses allures, régulier dans sa marche, harmonique dans toutes ses parties, justement équilibré dans son expression symptomatique locale et générale, sans aucune tendance envahissante ou maligne, il a présenté tous les caractères d'une réaction saine, bien propre à rompre une habitude vicieuse de nutrition et à ramener les éléments organiques à leur mode d'activité physiologique.

N'est-ce pas là ce qui a eu lieu? Et avec quel ensemble, quelle sûreté et quelle promptitude d'action! Toutes nos cautérisations substitutives, toutes nos médications spécifiques pourraient-elles donner un semblable résultat? On doit hardiment répondre non. Une inflammation artificielle, en effet, si habilement calculée qu'on la suppose, ne pourra jamais avoir la même portée curative, la même intelligence élective des éléments à modifier, éliminer, créer, etc., etc., que l'inflammation spontanément conçue par l'organisme. Il y a certainement dans l'ensemble de l'économie et même dans chacune de ses parties, comme une conscience de ce qu'il faut faire pour remédier au mal; et, si à cette conscience que nous ne savons qu'imparfaitement pénétrer, vous ajoutez d'incomparables moyens d'exécution, admirablement concertés, pour une fin précise, vous comprendrez combien nous sommes inférieurs à la nature, lorsque des conditions nocives ne paralysent pas sa force ou ne l'empêchent pas de la mettre en jeu selon ses lois.

IV

Les caractères de cet érysipèle prouvent bien qu'il n'était pas infectieux. A ce moment-là, il n'en existait pas d'autres dans le service, et après il ne s'en est pas produit. Je crois bien que son éclosion avait été préparée depuis longtemps par cet état d'œdème subinflammatoire et plastique dont les lèvres étaient devenues le siége depuis plusieurs semaines. Il faut aussi faire entrer dans son étiologie l'excitation permanente causée par ces interminables plaques muqueuses confluentes, dont aucune médication générale ou locale n'avait entravé l'évolution. Enfin, la cause occasionnelle qui a donné le coup de fouet, ce sont sans aucun doute les deux cautérisations consécutives au nitrate d'argent.

Quoiqu'il en soit, et bien que provoqué et non infectieux, dans une certaine mesure, cet érysipèle peut être considéré comme une émanation directe de la force médicatrice, comme une maladie aiguë, à la fois locale et générale, qui a mis en branle, par une fièvre de cinq jours, toutes les forces vives de l'organisme.

Aussi ne faut-il pas s'étonner des effets curatifs que cet érysipèle a produits à distance, loin du principal foyer de son développement. En effet, ce ne sont pas seulement les plaques muqueuses des lèvres qui ont été guéries; celles de la gorge ont été également emportées, quoique l'érysipèle ne paraisse pas avoir poussé d'irradiation inflammatoire du côté de l'isthme du gosier.

Enfin, les débris qui restaient encore de l'affection cutanée syphilitique, macules et papules, ont subi l'influence curative de la fièvre érysipélateuse. Tout l'organisme en a ressenti une influence salutaire. Et comme la maladie accidentelle qui a produit cet ensemble de résultats heureux n'a point troublé profondément l'économie, ni compromis la vie, comme elle a été de courte durée et n'a jamais dépassé les limites d'une réaction franche, je dis qu'on doit se féliciter qu'elle ait eu lieu.

V

Dans le fait suivant, que j'ai observé il y a quelques semaines, la syphilis était beaucoup plus grave que chez le premier malade. C'est encore un érysipèle qui est survenu, mais un érysipèle d'une autre nature, bien plus long, plus compliqué, accompagné d'un cortége tumultueux de phénomènes morbides qui m'ont inspiré pendant quelques jours de sérieuses inquiétudes. Eh bien, sa vertu curative a été plus puissante encore que dans le premier cas.

L'histoire syphilitique de cet homme est trop intéressante pour que je ne la raconte pas avec quelques détails.

Obs. II. — M. G... (Jean), âgé de vingt-huit ans, est entré plusieurs fois dans mon service, en 1872 et 1873, pour se faire soigner d'une syphilis contractée le 5 ou le 6 juillet 1872. Le chancre infectant qui était survenu sur le prépuce, après une incubation incertaine, fut compliqué de paraphimosis et prit un caractère gangréneux et phagédénique. Au bout d'un mois, il avait presque détruit la moitié de la peau du fourreau.

Une circonstance très-curieuse et digne d'être notée, parce qu'elle n'est pas commune, c'est la courte incubation des accidents consécutifs. Vers le quinzième jour du chancre, en effet, apparurent des croûtes dans les cheveux, des papules sur le front et une éruption érythémato-papuleuse sur tout le corps.

Lorsque le malade entra pour la première fois dans mes salles, à l'hôpital du Midi, le 12 septembre 1872, il était au soixante-sixième jour du chancre infectant et présentait l'état suivant : face pâle et jaunâtre, anémie profonde, grande prostration des forces, mouvement fébrile très-prononcé; adénopathie inguino-cervicale, croûtes dans les cheveux, syphilis papulo-squameuse sur la face et le tronc, pustules d'ecthyma sur diverses parties du corps.

Les corps caverneux étaient dénudés dans une étendue de $0^m,07$ ou $0^m,08$, et la peau, à la base de la verge, était ratatinée et revenue sur elle-même. Le gland présentait plusieurs points de sphacèle. L'urine sortait par une ulcération du canal située à $0^m,02$ ou $0^m,03$ au-dessous du méat.

Arthrite aiguë avec douleur, gonflement et rougeur de l'articulation métacarpo-phalangienne de l'annulaire gauche; douleurs vagues dans le coude droit.

Insomnie, subdelirium la nuit et le jour. (Traitement : vin de quinquina, sirop d'iodure de fer, 2 grammes d'iodure de potassium et pansements phéniqués.)

Au bout de deux jours, le malade revint peu à peu à lui et dormit. Le gland et une partie du corps caverneux présentaient, dans une étendue de $0^m,02$ ou $0^m,03$, des plaques noires de sphacèle d'un mauvais augure pour la conservation de ces parties, privées déjà du prépuce et de la peau du fourreau.

Les jours suivants, le mieux s'accentua de plus en plus, surtout du côté de l'état général. La fièvre diminua et disparut; les forces revinrent. Le moral, qui paraissait si affaissé, se releva, et le malade reprit sa gaieté habituelle, qui contrastait singulièrement avec les affreux désordres qu'avait déjà causés une ma-

ladie si grave. Le gland et une partie des corps caverneux étaient en effet mortifiés, et leur élimination était accomplie le 27 septembre. Il ne restait plus qu'un moignon de la verge, en grande partie recouvert par les débris du fourreau. Les arthrites déjà signalées et quelques autres de même nature survenues dans les articulations des poignets et des phalanges étaient à peu près guéries dans les premiers jours d'octobre (troisième mois de la maladie). Il en était de même de toutes les autres manifestations syphilitiques. Le malade sortit de l'hôpital le 14 octobre (quatre-vingt-seizième jour du chancre).

VI

Il est difficile de savoir quel a été le processus des lésions qui ont détruit le tiers ou la moitié de la verge. Elles sont probablement survenues à titre de complication pendant le cours du chancre syphilitique. N'ont-elles pas été occasionnées par le paraphimosis? Je n'ai pas été témoin du début de la maladie, et par conséquent je ne puis rien affirmer; mais j'ai vu des cas analogues, sinon des cas aussi graves, dans lesquels le sphacèle se produisait à la suite d'un étranglement des parties atteintes qui étaient alors envahies, dans une sphère plus ou moins étendue, par une réaction inflammatoire trop violente.

Ces chancres devenus gangréneux, brusquement et sur une vaste surface, diffèrent beaucoup des vrais chancres phagédéniques. Les premiers ne sont destructeurs que par accident et par le fait d'un concours de circonstances indépendantes, jusqu'à un certain point, de leur nature. Les seconds, au contraire, sont ou deviennent rongeurs, parce que le virus ne trouve pas, dans les tissus qui entourent son foyer d'élaboration, une résistance vitale suffisamment réparatrice ou éliminatrice. Il faut quelquefois une action morbide énergique et convergente, comme un érysipèle, pour obtenir une guérison de ces chancres que tous les traitements locaux, toutes les médications internes n'ont pu procurer. C'est là une question pleine d'intérêt sur laquelle je reviendrai.

Si je m'occupe ici de la variété du chancre infectant de ce malade, c'est qu'on a cherché à établir une corrélation entre la gravité de l'accident primitif et celle des accidents consécutifs. A une époque où la mode était de légiférer à propos de tout en matière de syphiliographie, on avait même établi comme une loi que le chancre infectant vraiment phagédénique était suivi d'une syphilis grave ulcéreuse à manifestations répétées et multiples, etc., tandis que le contraire avait lieu à la suite des chancres syphilitiques ordinaires à tendance promptement résolutive. Cette manière de voir est certainement beaucoup trop absolue; mais il est juste de reconnaître qu'elle repose sur une base de coïncidences phénoménales assez large pour qu'il en faille tenir compte dans le pronostic général de la syphilis. Seulement, qu'on se garde de confondre le chancre infectant gangréneux et le chancre infectant phagédénique. Leur signification pronostique est loin d'être la même au point de vue de la forme, de l'évolution, de la durée, de la curabilité, du traitement des phénomènes ultérieurs. Le phagédénisme de l'accident initial implique en général une gravité beaucoup plus grande que sa gangrène, encore que les désordres locaux et la réaction qu'ils provoquent soient quelquefois beaucoup moins sérieux. Chez mon malade, le chancre devint gangréneux et détruisit en peu de temps un tiers ou la moitié de la verge. Peut-être aussi était-il primitivement ulcéreux et phagédénique. Quoi qu'il en soit, au bout de quinze jours, ce chancre était suivi d'accidents consécutifs menaçants, et l'état général était fortement compromis. On va voir que la suite a tenu ce que promettait le commencement.

(*A suivre.*) CHARLES MAURIAC.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Séance du 3 janvier 1872. — Présidence de M. LUNIER.

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

En prenant possession du fauteuil de la présidence, M. Lunier lit le discours suivant :

Messieurs et chers collègues,

Chaque année, le président de notre Société, avant de quitter le fauteuil et d'installer son successeur, vous retrace à grands traits la physionomie de nos séances pendant l'année qui vient de finir, laissant au secrétaire général le soin de vous présenter une analyse sommaire des communications qui vous ont été faites et des discussions qu'elles ont provoquées. L'honorable président que je remplace n'étant plus des nôtres, je crois de mon devoir de m'arrêter un instant sur les trois questions qui ont plus particulièrement attiré l'attention de la Société pendant l'année 1872 : l'examen de la loi sur les aliénés; l'enquête sur la conduite des médecins allemands pendant la guerre de 1870-71, et enfin la question de nos rapports avec la préfecture de la Seine.

L'examen de la loi de 1838 sur les aliénés a été provoqué, vous le savez, par les attaques inconsidérées de la presse extra-scientifique : nous aurions pu, assurément, dédaigner les accusations portées contre le corps médical; nous avons préféré démontrer qu'elles étaient injustes et mensongères. Nous avons, je crois, agi sagement, et ce rapport remarquable que vous a présenté sur cette question la commission que vous avez nommée à cet effet est certainement, au point de vue de la pratique médicale, l'un des documents à consulter les plus sérieux qui aient été produits depuis une quarantaine d'années sur la question si importante du traitement et de l'assistance des aliénés.

Dans un autre ordre d'idées, la Société de médecine de Paris a fait un acte qui l'honore plus encore. Émue des accusations graves qui avaient été portées contre la conduite d'un certain nombre de médecins allemands pendant la dernière guerre, elle n'a point hésité, en présence de l'indifférence ou de l'inertie de la plupart des autres sociétés savantes, à prendre en main cette question. Mais soucieuse avant tout d'apporter la plus complète impartialité dans le jugement qu'elle entendait formuler, elle a voulu faire une enquête sérieuse sur les actes incriminés; ce sont les résultats de cette enquête longue et minutieuse, que la commission spéciale, nommée par vous, est venue vous exposer, et qui l'ont conduite à vous proposer les conclusions que vous avez adoptées à l'unanimité. Ce rapport a reçu le meilleur accueil en France et à l'étranger; il fait honneur, je le répète, à la Société de médecine de Paris. J'ai été heureux, ces jours derniers, d'entendre dans une autre enceinte, l'un des membres les plus autorisés de la Société de législation comparée, envisageant la question d'une manière plus générale, flétrir énergiquement, au nom du droit international, la conduite des armées allemandes pendant la dernière guerre.

Je ne m'arrêterai qu'un instant sur la question de nos relations avec la préfecture de la Seine.

Après avoir entretenu pendant de longues années les rapports les plus intimes avec la préfecture de la Seine, notre Société avait vu se détendre successivement presque tous les liens qui l'unissaient avec l'administration; mais elle n'en avait pas moins conservé avec elle des rapports importants : elle avait son siége à l'Hôtel-de-Ville et y était chargée notamment d'examiner les employés admis à faire valoir leurs droits à la retraite.

La préfecture qui, après le 4 septembre, avait cru devoir organiser sur de nouvelles bases ses services médicaux, avait trouvé,

paraît-il, dans cette nouvelle organisation, en ce qui concerne l'examen médical de ses employés, des facilités que ne lui offrait pas le fonctionnement du service, tel qu'il existait depuis plus de soixante ans. Aussi, lorsque nous reprîmes nos travaux, après une interruption forcée de sept ou huit mois, ne trouvâmes-nous plus l'administration, — ou plus exactement les personnes auxquelles incombait la direction de ce service, — disposées à reprendre aux mêmes conditions qu'autrefois ses relations avec notre Société. Néanmoins, comme il nous paraissait inadmissible que l'administration, soucieuse de ses intérêts et de sa dignité, méconnût les services que nous lui avions rendus et les garanties que lui offrait notre intervention, nous crûmes qu'il nous suffirait d'exposer les faits pour voir s'évanouir les prétendues difficultés que nous avions vues surgir là où jusqu'alors il n'en avait jamais existé. Mais nous fûmes bientôt convaincus que nous étions devenus un embarras, et qu'on était bien décidé à se passer de nos services. Notre dignité nous commandait dès lors de nous retirer : nous n'avons point hésité à le faire.

Malheureusement cette question, sur la solution de laquelle cependant l'accord avait été unanime au sein de la Société, est devenue l'occasion de conflits regrettables, et plus tard, par suite d'un malentendu, de la démission d'un certain nombre de membres de la Société ; je me garderai bien de revenir sur ces questions irritantes, dont, je l'espère, il ne sera plus question dans cette enceinte; mais je ne puis oublier que j'avais l'honneur d'être et que je suis resté l'ami de la plupart des membres démissionnaires, et je ne saurais m'empêcher de dire que je regrette profondément, en ce qui me concerne, la détermination qu'ils ont cru devoir prendre.

Mais ce ne sont point malheureusement, messieurs et chers collègues, les seules pertes que nous ayons faites; nous avons eu la douleur de conduire à leur dernière demeure, en 1872, quatre de nos membres les plus distingués :

Denonvilliers, l'honorable et éminent inspecteur de l'enseignement pour l'ordre de la médecine. Nous ne le voyions guère à nos séances, au moins depuis quelque temps ; mais nous le retrouvions chaque année à ce banquet de l'internat qu'il aimait présider et où il se montrait toujours le causeur aimable et le confrère bienveillant que vous avez tous connu ;

Adolphe Richard, nature d'élite, chirurgien élégant et habile, aimé et estimé de tous ceux qui ont vécu dans son intimité.

Deslonchamps-Deville, le plus ancien et l'un des plus actifs des membres de notre Société, aux travaux de laquelle il a pris part tant que ses forces lui ont permis de venir à nos séances; confrère modeste autant que distingué, mort sans fortune, mais non sans avoir fait autour de lui tout le bien qu'il pouvait faire.

Jacquemin, enfin, cet autre homme de bien, sur la tombe duquel, prévenu trop tard, je n'ai pu prononcer que quelques paroles émues.

Les morts vont vite, messieurs et chers collègues, et nous avons quelque peine à combler les vides qu'ils font parmi nous. Nous avons fait cependant, cette année, d'excellentes acquisitions; nous avons reçu, notamment, comme membres titulaires, MM. Gillette, Blumenthal et Reliquet, dont le passé nous est un sûr garant du contingent qu'ils apporteront à nos travaux. Mais il n'y en a pas moins, depuis deux ans, un certain temps d'arrêt dans la marche progressive de notre Société ; il faut donc que chacun de nous cherche à recruter de nouveaux membres.

Quelque violente, en effet, qu'ait été la secousse que nous venons d'éprouver, il y a dans notre Société trop d'éléments de succès; on y trouve réunis trop de savants et de praticiens distingués et de travailleurs intelligents, pour que, avec quelques efforts, elle ne reprenne pas rapidement son ancienne prospérité.

Permettez-moi, en terminant, messieurs et chers collègues, de vous exprimer toute ma gratitude pour l'honneur que vous avez bien voulu me faire en m'appelant à vous présider. Je n'ai pas besoin de vous dire que je ferai tous mes efforts pour me rendre digne de vos suffrages.

Après M. Lunier, M. Charrier, secrétaire général, prend la parole :

COMPTE RENDU

DES TRAVAUX DE LA SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE PARIS, PENDANT L'ANNÉE 1872, PAR LE DOCTEUR CHARRIER, SECRÉTAIRE GÉNÉRAL.

Messieurs,

Les travaux de la Société de médecine de Paris ont été nombreux et ont présenté un grand intérêt pendant l'année 1872. Plusieurs d'entre nous ont tenu à honneur de réparer le temps forcément perdu pendant les deux années 1870-1871, qui venaient de s'écouler si douloureusement.

Parmi ces travaux, les uns ont été collectifs, les autres individuels. Les rapports sur les mémoires des candidats, soit au titre de membre titulaire, soit au titre de membre correspondant, ont été particulièrement remarquables, et sont devenus eux-mêmes de véritables monographies. Des mémoires originaux vous ont été lus et ont donné lieu à de savantes discussions; mais, au milieu de ces œuvres si diverses, deux mémoires resteront l'honneur de la Société de médecine de Paris. C'est d'abord l'enquête sur la conduite des médecins allemands pendant la guerre de 1870-1871, enquête qui a été si bien faite par vos deux rapporteurs Antonin Martin et Collineau, que la presse française et étrangère l'a reproduite tout entière, et que la presse allemande a fait de vains et infructueux efforts pour en atténuer la portée. Peu de Sociétés savantes ont suivi notre exemple, et ce sera pour nous un éternel honneur d'avoir énergiquement protesté contre les membres du corps médical allemand qui ont oublié que la science n'a pas de patrie et que les malades n'ont pas de nationalité.

La seconde œuvre collective est le rapport sur la loi de 1838, concernant les aliénés. Vous avez passé plusieurs séances à discuter les paragraphes de ce travail si bien fait, si sagement pensé, et dû à la plume fine et élégante de nos collègues Motet et Foville. D'accord en cela avec notre président, M. Lunier, ils ont pensé que la loi de 1838 était bonne, excellente, mais que la part de la responsabilité médicale était trop grande, et qu'il fallait la faire partager avec la magistrature. Les attaques passionnées, haineuses d'une presse ignorante avaient motivé cette étude approfondie de la loi de 1838. Il était nécessaire de mettre à néant ces calomnies incessantes qui représentent les maisons de santé et les asiles comme des *in pace* où la complicité d'un médecin coupable fait enfermer sans contrôle les victimes des passions avides de parents dénaturés.

M. Foville vous avait lu tout au long les observations détaillées et minutieuses de ces deux personnages qui ont fait retentir les colonnes des journaux de leurs injustes plaintes. Qu'est-il resté de toutes ces attaques passionnées contre le corps médical? Rien, sinon que ces victimes si injustement enfermées, selon le dire de la presse, étaient bien et dûment aliénées. Malgré quelques protestations de M. Delasiauve, qui voulait que rien ne fût changé à la loi de 1838, vous avez voté l'impression de ce rapport à 1,300 exemplaires pour qu'il puisse être, au moment opportun, distribué largement.

M. Foville vous a lu aussi les résultats de la statistique qu'il a faite à la maison de Charenton sur la durée de la paralysie générale. Il est arrivé à ce résultat remarquable que le paralytique soigné dans les asiles a une durée moyenne de maladie de deux ans six mois vingt-deux jours, tandis que le paralytique soigné dans sa famille ne vit qu'un an, un mois, huit jours. Cette statistique ne regarde que les paralytiques hommes. Quant à la durée de la maladie chez les femmes, notre collègue n'a pu se procurer les éléments nécessaires pour résoudre la question.

Vous vous souvenez aussi, messieurs, du travail que notre savant collègue, M. Duchenne (de Boulogne), vous a lu sur la paralysie myo-sclérosique. Pour lui, le siége anatomique est dans le tissu connectif interstitiel. Il y a d'abord trouble dans la circulation locale, hypertrophie des vaisseaux. Cette hypertrophie amène une

prolifération du tissu connectif interstitiel entre les éléments du tissu propre du muscle, qui est pour ainsi dire étouffé.

Cette opinion donna lieu à une discussion à laquelle prirent part MM. Onimus, Gallard, Lunier, qui admettent l'opinion de M. Duchenne dans certains cas, mais dans d'autres l'altération primitive du tissu propre du muscle.

M. Durand Fardel nous a lu un excellent mémoire sur le parallèle des eaux minérales allemandes avec les eaux minérales françaises. Dans ce travail, il prouve que nos eaux minérales n'ont rien à envier aux eaux minérales allemandes, et que là, comme dans bien d'autres choses encore, on a eu le tort de s'engouer de ce qui est étranger au détriment de ce qui est français, que nos eaux sont bien souvent supérieures aux eaux des sources d'outre-Rhin, et qu'elles remplissent toutes les indications de la thérapeutique la plus variée. C'est là un des travers de l'esprit français de s'enamourer outre mesure de tout ce qui vient du dehors, hommes et choses. M. Durand Fardel a eu raison d'élever la voix pour rétablir la vérité et pour protester contre cette fâcheuse tendance de notre esprit national.

Un autre de nos collègues, un observateur érudit, cédant aux mêmes inspirations, M. Duroziez, vous a fait part d'un long et consciencieux travail sur les anévrysmes du cœur et des valvules, et il a entrepris ce très-intéressant mémoire dans le but de rendre justice à nos vieux auteurs, qu'on laisse trop de côté pour attribuer à des étrangers des découvertes qui ne leur appartiennent pas et qui sont décrites dans les anciens maîtres. Il revendique pour eux la gloire qui leur est due, et, texte en main, il montre que Sénac, Corvisard, Bouillaud, Laennec, Mercier, Pelvet, avaient connu et décrit bien des points de l'histoire de l'anévrysme du cœur et des valvules que, même des médecins français avaient attribués à des auteurs étrangers.

Vient ensuite une série de rapports sur les travaux que des confrères des départements nous ont envoyés à l'appui de leur candidature au titre de membres correspondants.

Le rapport sur les travaux de Gustave Hameau, et surtout sur sa thèse inaugurale : *De la pellagre*, que votre secrétaire général a eu l'honneur de vous lire.

Celui de M. Giraldès sur le mémoire de M. Surmay, intitulé : *Contribution à l'étude de l'infection purulente.*

Celui de Duroziez sur les ouvrages de M. Sentex.

De M. Gillette sur le mémoire de M. Péry.

Ces travaux de nos collègues des départements vous ont paru dignes de vos suffrages, et les docteurs Hameau, Surmay et Péry ont été nommés membres correspondants de notre Société, à l'unanimité des membres présents.

Vous vous souvenez sans doute du travail de M. Blumenthal sur la paralysie glosso-labio-laryngée, suivi du rapport si consciencieux de notre secrétaire annuel, M. le docteur Onimus, et le travail original de M. Gillette sur les tumeurs fibro-plastiques de l'orbite, qui nous a valu le savant rapport de M. Forget.

Puis enfin le mémoire de M. Reliquet sur les *Moyens propres à détacher les concrétions calcaires adhérentes aux parois de la vessie.* M. Caudmont a présenté un rapport remarquable sur les travaux de M. Reliquet.

Aussi la Société a-t-elle été heureuse d'ouvrir ses portes et d'admettre parmi ses membres des confrères aussi instruits, aussi méritants que MM. Blumenthal, Gillette et Reliquet, et leur a-t-elle conféré le titre de membres titulaires.

Notre vice-président M. Lunier, continuant ses études sur les maladies mentales, nous a lu les conclusions d'un travail intitulé : *Rôle des boissons alcooliques dans l'augmentation des cas de folie et de suicide.* Nous devrions tous, messieurs, dans la mesure de nos forces, nous associer à la pensée de notre président pour combattre ce fléau destructeur de la moralité et de la santé de la famille, qui va sans cesse grandissant d'année en année, l'abus des boissons alcooliques. L'ivrognerie, ce vice dégradant qui éteint l'intelligence, déprave le cœur, tue la mémoire, qui rabaisse l'homme au niveau de la brute et lui ôte même le sentiment de la faim, est un des dangers les plus menaçants de notre époque troublée ; nous devrions tous, nous médecins, qui voyons chaque jour ses ravages, nous devrions nous liguer contre elle et faire tous nos efforts pour la combattre. Il ne suffit pas d'écrire contre elle, il faut agir, et agir sans relâche par tous les moyens dont nous pouvons disposer.

C'est là le *delenda Carthago* de notre époque ; car, si l'on n'y porte un prompt remède, tous nos efforts seront impuissants, et la diminution de la population sera de plus en plus grande, ou tout au moins, ainsi que vous l'ont dit MM. Lunier et Voisin, le nombre des fous, des suicides, des idiots s'accroîtra encore. Si je me suis étendu si longuement sur les dangers de l'alcoolisme, c'est que, depuis treize ans, je m'en occupe, je les vois, et j'en constate de plus en plus les effrayants ravages.

M. Peter vous a fait part, dans une brillante exposition, de ses idées sur la névralgie diaphragmatique qui n'a encore été décrite nulle part, au moins dans son ensemble, et il vous en a montré l'anatomie pathologique; il vous a fait assister au processus de cette maladie, à son évolution pour ainsi dire anatomique, et pour lui, et il l'a montré à la Société, cette névralgie est une névrite du nerf phrénique. Cette communication a donné lieu à une intéressante discussion, de laquelle il appert qu'à mesure que la science progresse, les névralgies sans lésions tendent de plus en plus à disparaître du cadre nosologique.

M. Aimé Martin vous a lu une observation très détaillée sur la péritonite rhumatismale, forme rare de rhumatisme, mais qui n'en existe pas moins. Une discussion, à laquelle prirent part M. Duroziez, M. Peter et quelques autres membres, a occupé vos deux dernières séances. Il serait à désirer que chacun de nous, quand il a un cas intéressant comme celui que nous a relaté M. Aimé Martin, prît la peine de le communiquer à la Société. Il n'est aucun d'entre nous qui, dans le cours de l'année, ne se soit pas trouvé en face d'un cas rare. Il ne devrait jamais négliger de le publier. Quelle importance et quel intérêt offriraient alors nos Bulletins !

Je ne veux pas terminer, messieurs, ce compte rendu sans faire un chaleureux appel à votre zèle. La Société vient de subir de rudes épreuves ; il faut qu'elle travaille avec une ardeur nouvelle ; il faut que des communications nombreuses, des mémoires inédits, montrent que la Société de médecine de Paris est toujours une réunion de médecins travailleurs, zélés, et joignant à une parfaite honorabilité professionnelle le feu sacré de la science et l'amour de l'art de guérir.

Cette année 1872 aura été marquée douloureusement pour la Société ; elle a perdu quatre de ses bons et estimables collègues : Deville, Adolphe Richard, Denonvilliers et Jacquemin.

Je ne pourrai cette année vous lire que les notices d'Adolphe Richard et de Jacquemin (1) ; notre collègue M. Perrin a retracé en d'excellents termes la vie de M. Deslongschamps-Deville. Celle de M. Denonvilliers le sera dans une autre enceinte.

Me voici, messieurs, arrivé au terme de ma tâche, et si j'ai pu vous rappeler les travaux de la Société, et surtout vous faire passer quelques moments remplis de doux souvenirs en vous parlant de nos bons et regrettés collègues qui ne sont plus ; si j'ai pu les représenter à votre pensée tels que vous les avez connus et aimés, mon but sera atteint et mes vœux accomplis.

Sur la proposition de M. le président, la Société déclare la vacance de trois membres titulaires.

La séance est levée à cinq heures et demie.

Le secrétaire annuel : Reliquet.

(1) Ces notices seront publiées prochainement.

VARIÉTÉS

Histoire des plantes.

Par H. Baillon, professeur à la Faculté de médecine de Paris (1).

VI

Les Crucifères ont été dès longtemps reconnues comme formant un groupe des plus naturels, soit à cause de leur fruit, soit par l'organisation de leur corolle et de leur androcée. En 1682, Ray les signalait comme tétrapétales uniformes et comme siliqueuses. Dans ces dernières années, J. Hooker, dans son *Genera plantarum*, reprenait l'étude si compliquée de cette famille et fixait le nombre des genres à cent soixante-treize. M. Baillon, continuant son travail de révision, les réduit à cent soixante-trois, sans parler de quelques genres ou trop imparfaitement connus ou dont le nom seul a été publié.

Toutes les Crucifères possèdent quelques caractères constants. Ce sont : le type quaternaire du périanthe, la disposition en croix des sépales et des pétales, l'indépendance de ces derniers, leur préfloraison imbriquée, l'indépendance du gynécée, l'organisation binaire normale de celui-ci avec union des feuilles carpellaires en un ovaire réellement uniloculaire, avec placentation pariétale et cavité ovarienne primitivement unique; enfin, l'inflorescence indéfinie.

A côté de ces caractères, il en est d'autres qui sont presque constants, à tel point qu'ils ne présentent dans toute la famille qu'une seule ou un très-petit nombre d'exceptions. Il en est enfin qui sont fréquemment variables et qui s'observent dans la plupart des organes de végétation ou de reproduction.

En présence de ces différents caractères, M. Baillon, convaincu qu'il n'y a guère, dans une famille aussi naturelle de caractères absolus, mais qu'il importe de faire passer en première ligne les caractères les moins inconstants et les plus faciles à constater dans la pratique, en revient en principe à la méthode d'Adanson, tout en la modifiant par l'adjonction des tribus nouvelles établies par ses successeurs.

Il établit donc sept séries, dont une seule est caractérisée par la concavité du réceptacle et la périgynie de l'insertion (les Subulariées). Les autres séries sont formées, au contraire, de Crucifères hypogynes à réceptacle convexe. Parmi celles-ci, les unes sont siliqueuses, les autres siliculeuses. Les premières ont, en effet, un fruit, en général, plus long que large; elles forment trois séries, suivant que ce fruit s'ouvre en long (Cheiranthées), ne s'ouvre pas (Raphanées), ou s'ouvre en travers (Cakilées). Viennent ensuite trois séries dont le fruit est une silicule; celle-ci étant indéhiscente (Isatidées), ou déhiscente et comprimée parallèlement à la cloison qui est large (Lunariées), ou comprimée perpendiculairement à la cloison qui est étroite (Thlaspidées).

Jusqu'ici M. Baillon avait pu écarter le caractère moins constant et moins facile à établir, de la direction de la radicule par rapport aux cotylédons. Pour partager ces sept groupes en sous-séries, il est forcé d'y avoir recours. Il partage donc les Cheiranthées en trois sous-séries, selon que les cotylédons sont : ordinairement accombants (Arabidinées), incombants (Sisymbrinées) ou condupliqués (Brassicinées). La série des Lunariées présente aussi des cotylédons ordinairement accombants (Alyssinées), des cotylédons incombants (Camélinées), ou condupliqués (Succovinées). Les Thlaspidées présentent des cotylédons ordinairement accombants (Ibéridinées), et des cotylédons incombants ou condupliqués (Lépidinées). Les autres séries, plus homogènes, demeurent indivises, et les genres sont distingués par des caractères de troisième ordre (insertion des sépales, détails d'organisation de l'androcée et du gynécée).

Les affinités des Crucifères sont reconnues depuis longtemps, M. Baillon établit leur place entre les Capparidacées, les Papavéracées et les Résédacées.

(1) Suite. — Voir le numéro du 1er avril 1873.

La distribution géographique des Crucifères pourrait à elle seule faire l'objet d'un ouvrage étendu. Bornons-nous à dire que des cent soixante-trois genres conservés par M. Baillon, vingt-deux appartiennent exclusivement à l'Amérique; dix-sept sont communs aux deux mondes, et cent vingt-quatre ne s'observent que dans l'ancien monde. Quant aux espèces, dont le nombre s'est élevé, pour certains auteurs, jusqu'à plus de deux mille, M. Baillon en admet environ treize cents, sur lesquelles quatre-vingt-quatre sont spéciales au nouveau monde et six cent soixante-dix à l'ancien. Les cinq cent quarante-sept espèces qui restent appartiennent aux genres communs aux deux mondes; mais il n'y a pas plus d'un dixième de celles-ci qui soient spéciales à l'Amérique; de cette façon que le bilan de cette partie du monde s'élève à environ cent quarante espèces, contre onze cent soixante, à peu près, qui appartiendraient uniquement à l'ancien monde.

Les propriétés des Crucifères sont assez uniformes. Beaucoup sont alimentaires, d'autres médicinales. Celles-ci possèdent une saveur âcre, piquante et des propriétés stimulantes, irritantes et antiscorbutiques bien connues de nos lecteurs. Au milieu de ces plantes excitantes, on remarque que le vélar officinal n'est ni âcre, ni piquant, mais simplement astringent et acerbe. Les graines des Crucifères sont remarquables par la grande quantité d'huile fixe qu'elles fournissent à l'industrie, à l'économie domestique ou à l'alimentation. M. Baillon ne manque pas de signaler la rose de Jéricho; mais comment ne fait-il aucune allusion au doute qui, depuis le voyage de M. de Saulcy, existe sur la véritable rose de Jéricho?

VII

Les affinités des Crucifères nous conduisaient aux Résédacées.

Cette petite famille, créée en 1813 par A. P. de Candolle, renferme six genres et soixante-quatre espèces, selon J. Mueller (d'Argovie), et une trentaine suivant Bentham et Hooker. Toutes appartiennent à l'ancien monde et abondent dans l'Europe méridionale, l'Asie occidentale et centrale et l'Afrique du nord.

Elle ne présente pas beaucoup d'espèces utiles, à part la matière colorante de la gaude. Faut-il même parler des propriétés calmantes et sédatives qu'on attribuait aux Réséda?

Nous renvoyons le lecteur à l'*Histoire des Plantes* pour se rendre compte de la manière dont M. Baillon sépare les deux groupes Astrocarpées et Résédées.

Le premier, formé par le genre monotype Astrocarpus; le second, comprenant les genres Réséda, Oligomeris, Caylusea, Ochradenus et Randonia.

VIII

Voici maintenant une famille dont le type le plus complet n'est pas le genre Crassula, qui lui a donné son nom, mais bien un genre à fleurs diplostémonées, tel que celui des Orpins. Un botaniste vulgaire se fût empressé de changer le nom de la famille, M. Baillon conserve la famille des Crassulacées.

Cette famille, qui contient sept genres et environ quatre cents espèces, présente un aspect tout particulier qui lui a valu le nom de plantes grasses. Ce qui caractérise le plus généralement cette famille, c'est l'absence du liber et des rayons médullaires dans le bois adulte; la présence de cordons formés de cellules fibroïdes et de vaisseaux, lesquels correspondent à des portions isolées dans la zone génératrice, dans le corps du bois; la prédominance du tissu parenchymateux, qui donne aux organes leur consistance charnue et succulente. Ces particularités de structure, et bien plus, l'apparence extérieure due à leurs organes charnus ont fait, à toute époque, comparer les Crassulacées aux autres plantes grasses, notamment aux Cactacées et aux Mésembrianthémacées. Mais elles en diffèrent, dit A.-L. de Jussieu, par leurs carpelles.

Beaucoup de Crassulacées n'agissent que par l'eau que contiennent en grande quantité leurs organes charnus et succulents. Il n'est pas de médecin qui ignore les vertus plus ou moins sérieuses de la joubarbe des toits, de la petite joubarbe, de l'orpin commun.

M. Baillon complète ces connaissances en nous disant les propriétés des Crassulacées employées au Japon, dans l'Inde, à Bourbon, etc.

M. Baillon admet les sept genres suivants : Sedum, Triactina (?), Sempervivum, Cotylédon, Kalanchoe, Bryophyllum et Crassula.

Bernard de Jussieu plaçait les Saxifrages parmi les Sempervivæ : c'était dire leur affinités; nous allons maintenant aborder cette famille des Saxifragacées, qui représente par excellence ce qu'on appelle une famille par enchaînement.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Sur la proposition de la section des sciences du Comité des travaux historiques et des sociétés savantes :

Trois médailles d'or sont accordées à : MM. Sirodot, doyen de la Faculté des sciences de Rennes. (Travaux de botanique : étude des Lemnacées.) — Leymerie, professeur à la Faculté des sciences de Toulouse. (Travaux de géologie : étude des Pyrénées.) — Pomel, membre de la Société algérienne de climatologie. (Travaux de géologie : étude du Sahara.)

Dix médailles d'argent sont accordées à : MM. Valson, professeur au lycée de Grenoble. (Travaux de physique.) — Grandeau, professeur à la Faculté des sciences de Nancy. (Travaux de chimie agricole.) — Ritter, professeur à la Faculté de médecine de Nancy. (Travaux de chimie.) — Bleicher, médecin-major à l'armée d'Afrique. (Travaux de géologie.) — Guillier, au Mans. (Travaux de géologie.) — Verlot, membre de la Société de statistique de l'Isère, (Travaux de botanique : Flore du Dauphiné.) — Cauvet, pharmacien-major à l'armée d'Afrique. (Travaux de botanique.) — Villot, membre de la Société de statistique de l'Isère. (Travaux de zoologie : développement des dragonneaux.) — Gassies, membre de la Société Linnéenne de Bordeaux. (Travaux de zoologie : faune conchyliologique de la Nouvelle-Calédonie.) — Renard, professeur à la Faculté des sciences de Nancy. (Travaux de physique.)

Une somme de 1,500 francs est accordée à titre d'encouragement aux travaux de MM. Siraudot, doyen de la Faculté des sciences de Rennes, pour l'aider à continuer les fouilles paléontologiques qu'il a entreprises au Mont-Dol.—Gassies, membre de la Société Linnéenne de Bordeaux, pour publication de la *Faune conchyliologique* de la Nouvelle-Calédonie. — Fauvel, à Caen, pour l'aider à continuer ses travaux d'entomologie.

— Par arrêté ministériel, sont nommés chefs des laboratoires de clinique :

MM. Liouville (Hôtel-Dieu). — Cornil (Charité). — Nepveu (Pitié). — Hybord (Cliniques).

M. Daremberg est nommé préparateur de chimie.

— Le docteur Reliquet commencera son cours sur les opérations des voies urinaires le mercredi 16 avril, à cinq heures, dans l'amphithéâtre n° 1 de l'École pratique, et le continuera les vendredis, lundis et mercredis suivants, à la même heure.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Clinical lectures on diseases of the urinary organs. Delivered at University College Hospital, by sir Henry Thompson. 3e édition. — In-12. Londres, 1873, J. et A. Churchill.

Des réductions de l'inversion utérine consécutive à la délivrance, par Ch. Weiss, docteur-médecin. 2e tirage augmenté. — Paris, 1873. In-8° de 78 pages. Prix : 1 fr. 50.— J.-B. Baillière et fils.

Le Directeur : Dr E. Le Sourd.

Paris. —Typographie A. Pougin, quai Voltaire, 13.

Eaux minérales de Vals acidules.

Gazeuses, Bicarbonatées, Sodiques, analysées par. O. Henri.

Thermalit 13°	Saint-Jean	Rigolette	Précieuse	Désirée	Magdeleine
Acide carbonique libre...	1 425	2.095	2.218	2.145	2.050
Bicarbonate de soude....	1.480	5.800	5.940	6.040	6.280
— de potasse...	0.040	0.263	0.230	0.263	0.255
— de chaux....	0.310	0.259	0.630	0.571	0.520
— de magnésie.	0.120		0.750	0.900	0.672
— fer et mang.	0.006	0.024	0.010	0.010	0.029
Chlorure de sodium......	0.060	1.200	1.080	1.100	0.169
Sulfate de soude et chaux.	0.054	0.220	1.185	0.200	0.235
Silicate et silice, alumine..	0.080	0.060	0.060	0.058	0.097
Iodure alcal. arsenic lit...	indice	traces	indice	indice	traces
	2.151	7.826	8.885	9.142	9.248

Ces eaux sont *très-agréables* à boire à table, pures ou coupées avec du vin. Un excès d'acide carbonique et la proportion heureuse des bicarbonates calciques-magnésiens en font, malgré la plus riche minéralisation qui soit connue en France, des eaux *légères*, *douces*, essentiellement *digestives*. Dose ordinaire, une bouteille par jour. (*Indiquer autant que possible la source que l'on entend prescrire.*) *Emplois spéciaux* : SAINT-JEAN, maladie des organes digestifs ; — PRECIEUSE, maladies de l'appareil biliaire ; — DESIREE, maladies de l'appareil urinaire ; — RIGOLETTE, chlorose, anémie ; — MAGDELEINE, maladies de l'appareil sexuel.

SOURCE FERRO-ARSENICALE DE LA DOMINIQUE

Acide sulfurique libre..................		1.33
Silicate acide	sesqui-oxyde de fer	0.44
Arséniate »		
Phosphate »		
Sulfate »		
— de chaux..............................		
Chlorure de sodium......................		
Matières organiques.....................		

Cette eau est arsenicale ; elle n'a aucune analogie avec les précédentes. Fièvres intermittentes, cachexies, dyspnée, maladies de la peau, scrofule, maladies organiques, etc.

Les eaux de ces sources se transportent et se conservent sans altération ; elles se trouvent dans les principales pharmacies de France, au prix de 8,80 c. la bouteille en verre noir, revêtue d'une étiquette et coiffée d'une capsule en étain indiquant la source où elle a été puisée.

Aménorrhée, Dysménorrhée.

— L'observation médicale confirme chaque jour les propriétés véritablement spécifiques de l'Apiol des docteurs Joret et Homolle comme emménagogues, et sa supériorité bien marquée sur les agents thérapeutiques de la même classe. Le succès est assuré quand l'aménorrhée ou la dysménorrhée est indépendante d'un état anatomique ou d'une lésion organique, mais se rattache à un trouble de l'innervation vaso-motrice de l'utérus et des ovaires. *Il provoque les règles, prévient les coliques, dissipe les douleurs des reins et les tranchées* qui accompagnent souvent les *Epoques*, sans qu'on ait jamais à redouter aucun accident de son emploi, même dans le cas de grossesse.

Le seul moment opportun pour administrer l'Apiol est celui qui correspond à l'époque présumée des règles ou la précède immédiatement. — Dose, une capsule matin et soir pendant six jours.

Dépôt général, pharmacie Briant, 150, rue de Rivoli.

AULUS (Ariége)

Eau minérale laxative, diurétique, dépurative, antisyphilitique, combat très-avantageusement les **maladies de l'estomac, des intestins, des reins et de la vessie, la gravelle, la goutte, la constipation, la diarrhée chronique.** Par son action dépurative, elle agit merveilleusement contre les **maladies de la peau.** Paris, 18, rue Saint-Martin.

COLLODION ROGÉ

Toutes les expériences qui ont établi depuis vingt ans la valeur thérapeutique du **Collodion élastique**, ont été faites avec le **Collodion Rogé.**

PHARMACIE ROGÉ

Transférée, pour cause d'agrandissement, du n° 12 au n° 9, rue Vivienne, à l'angle de la rue Colbert.

GRANULES DE DIGITALINE D'HOMOLLE ET QUEVENNE

(AUTEURS DE LA DÉCOUVERTE)

1844. *Médaille d'or de la Société de pharmacie de Paris.* — 1854. *Approbation de l'Académie de médecine.* — 1866. *Formule insérée au dernier Codex.* — 1855. 1862. 1867. *Médailles et mention aux Expositions universelles de Paris et de Londres.* — 1872. *Récompense de l'Académie de médecine (concours Orfila).* — *Emploi exclusif depuis 30 ans dans les hôpitaux de Paris.*

La Digitaline d'Homolle et Quevenne est la **seule** légale, la **seule** autorisée par le *Codex* qui en a adopté la formule.

Le procédé d'Homolle et Quevenne est toujours le *seul moyen pratique* d'isoler le principe actif de la Digitale.

« La Digitaline d'Homolle et Quevenne représente fidèlement les propriétés utiles de la Digitale et, sous forme de granules d'un milligramme, constitue une préparation inaltérable, d'un dosage exact et d'une administration facile. » *Bouchardat*, Annuaire de thérapeutique, 1870, p. 132.)

Dose : 1 à 2 milligrammes pour obtenir l'action sédative et régulatrice du cœur. Ne dépasser cette dose que pour produire les effets antipyrétiques dans les maladies aiguës fébriles.

Le flacon de 60 granules, 3 fr., chez COLLAS, 8, *rue Dauphine, Paris*, et dans toutes les pharmacies. — Se méfier des imitations — nombreuses — dont l'origine incertaine expose les praticiens à des mécomptes.

EPILEPSIE

HYSTERIE — NEVROSES

Le Sirop de Henry Mure, **au bromure de potassium** (exempt d'iodure), dont l'usage est aujourd'hui universellement répandu, a déterminé un nombre considérable de guérisons publiées dans les recueils scientifiques.

Chaque cuillerée de Sirop de Henry Mure contient 2 grammes de **bromure de potassium** d'une pureté chimique irréprochable.

PRIX DU FLACON : 5 francs.

Vente au détail. — A Paris, 16, rue de Richelieu, pharmacie Lebrou.

Vente en gros. — S'adresser à M. Henry Mure, pharmacien, à Pont-Saint-Esprit (Gard).

HUILE DE HOGG

(DE FOIES FRAIS DE MORUE)

Maladies de poitrine, affections scrofuleuses, dartres, maigreur des enfants, affaiblissement général. — *Douce et facile à prendre.* — Mention honor. 2, rue Castiglione, Paris.

VIANDE CRUE & ALCOOL

Traitement par l'ÉLIXIR alimentaire de DUCRO. PHTHISIE, anémie, **rachitisme,** DIABÈTE, *Diarrhée*, **Cachexies,** *Albuminurie, la* **Convalescence,** *l'épuisement.* (*Gros*), 8, *r. Neuve-Saint-Augustin, Paris.*

PANCRÉATINE DEFRESNE

ET LES PRODUITS QUI EN DÉRIVENT

EMPLOYÉS DANS LES HOPITAUX DE PARIS

(Voir le Mémoire présenté à l'Académie de médecine.)

La **Pancréatine Defresne** perd un tiers de sa force dans l'estomac, mais continue son action dans le duodenum en présence de la bile alcaline. Elle rend assimilable, 15 fois son poids de corps gras ; elle digère 50 fois son poids de fibrine ; 140 gr. d'empois ou 8,90 d'amidon.

ELLE RÉUSSIT BIEN DANS LES

DYSPEPSIES, GASTRITES, GASTRALGIES ET AUTRES AFFECTIONS DES ORGANES DIGESTIFS.

L'HUILE DE FOIE DE MORUE DEFRESNE

émulsionnée par la **Pancréatine,** est inappréciable dans les maladies de poitrine.

La Pancréatine, l'Huile de foie de morue pancréatique, l'Émulsion pancréatique, les Pilules, le Vin et l'Élixir pancréatiques, se trouvent à la pharmacie Defresne, rue des Lombards, 2 et 4, et dans toutes les autres pharmacies. — ON Y TROUVE AUSSI LE

GOUDRON DEFRESNE

Liqueur préparée physiologiquement à l'aide de l'acide cholique et ayant tout l'arome et toutes les propriétés du goudron.

PILULES HÉMATIQUES DUROY

A l'extrait de sang de bœuf. — Tonique reconstituant complet.

Anémies, affaiblissements, convalescences, etc. — 4 fr. le flacon de pilules dragéifiées inaltérables. — J.-L.-P. Duroy, pharm., lauréat de l'Institut, 10, rue du faub. Montmartre, Paris, et dans les pharm.

SOLUTION COIRRE AU CHLORHYDRO-PHOSPHATE DE CHAUX

Seul moyen physiologique et rationnel d'administrer le **phosphate de chaux** et d'en obtenir les effets au plus haut degré, puisqu'il est démontré aujourd'hui que cette substance ne se dissout dans l'estomac qu'à la faveur de l'acide chlorhydrique du suc gastrique. — Effets réunis de l'acide chlorhydrique et du phosphate de chaux.

Médicament héroïque dans l'*inappétence*, les *dyspepsies*, l'*assimilation insuffisante*, l'*état nerveux*, la *phthisie*, la *scrofule* et le *rachitisme*, les *maladies des os*, et généralement toutes les *anémies* et *cachexies*. Une cuillerée à bouche représente *un gramme* de phosphate de chaux sec solubilisé par l'acide chlorhydrique (2 fr. 50 les 310 grammes). — 24, rue du Regard, et dans les principales pharmacies.

ÉTABLISSEMENT THERMAL DE ROYAT

OUVERT TOUTE L'ANNÉE. — SAISON DU 15 MAI AU 15 OCTOBRE.

Nouvelle administration. — Amélioration de tous les services. — Seul Etablissement où l'Eau soit constamment renouvelée dans les baignoires ou piscines par un courant d'Eau thermale. — Aspiration, pulvérisation, douches, hydrothérapie. — Application des méthodes allemandes.

Même composition que les Eaux d'Ems.

Traitement des affections nerveuses, rhumatismes, dyspepsies, affections de l'appareil génito-urinaire, engorgements résultant de fractures et luxations, anémie, maladies des voies respiratoires ; Drs Chevallier, Dechambre, Durand-Fardel, Gubler, Homolle, Le Fort, Lepileur, Nivet, Petrequin, Rotureau, Félix Roubaud, etc. — 24 bouteilles : 15 fr. — 50 bouteilles : 30 fr.

Dépôts à Paris : boulevard Montmartre, 22 ; rue Duphot, 2 ; rue J.-J. Rousseau, 62 ; passage Sainte-Croix-de-la-Bretonnerie, 6 et 8 rue Taranne, 19.

N° 42. — JEUDI 10 AVRIL 1873. 46e ANNÉE. JEUDI 10 AVRIL 1873. — N° 42.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Bureaux : 57, rue des Saints-Pères, 57
PRÈS L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix d'abonnement
doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois

On s'abonne hors de Paris
dans les bureaux des Messageries et chez les Libraires
Les lettres non affranchies sont refusées.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui n'en peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS: Trois mois. . 8 fr. 50 c. — Six mois. . . 16 — — Un an. . . . 30 —

POUR L'ÉTRANGER le port en sus suivant les derniers tarifs des Postes.

Paris, le 9 avril 1873.

SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

La discussion de la septicémie a été continuée hier par une deuxième argumentation de M. Chassaignac. Dans son premier discours du mois de janvier, M. Chassaignac s'inspirant de ses souvenirs cliniques et des notions de pathologie générale universellement acceptées, s'était proposé d'établir ces trois points : que le virus appelé sepsine n'existe pas ; qu'on a tort de rapporter à ce prétendu virus, comme cause commune, la production de la pyoémie et de la septicémie, maladies totalement distinctes; enfin, qu'il y a de réels inconvénients à multiplier, sans une absolue nécessité, les entités qui n'ont pas une suffisante raison d'être. La confusion introduite dans le langage médical, sous la dénomination commune de septicémie, entre l'infection purulente et l'infection putride, serait la cause des plus étranges équivoques. Enfin la septiculture et les quatrillioniémes avaient eu surtout le privilége d'exciter ses colères.

Le temps et la réflexion loin de les atténuer, semblent n'avoir fait, au contraire, que les accroître. Aux arguments déjà invoqués dans son premier discours, M. Chassaignac en a trouvé de nouveaux à ajouter, empruntés aux faits introduits dans la discussion, durant cet intervalle, par MM. Onimus et Vulpian et par M. Bouley, dont il a retourné le témoignage contre lui-même. M. Davaine n'a pas eu seul à supporter cette fois la dialectique de M. Chassaignac, M. Bouley a reçu la plus grande part de l'avalanche.

Nous ne contesterons pas la valeur de quelques-uns des arguments opposés par M. Chassaignac à la doctrine de M. Davaine, particulièrement de ceux qui portent sur la confusion qui serait faite, de par le rôle attribué à la présence des bactéries, entre diverses affections putrides et maladies virulentes, sur l'impossibilité, notamment, de concilier l'immunité préservatrice dérivant d'une inoculation préventive contre l'apparition ou le retour d'une maladie contagieuse avec l'empoisonnement par les bactéries, etc. Mais ces arguments sont à nos yeux prématurés, parce qu'ils portent sur une doctrine prématurée elle-même, et qui n'est pas encore en cause. Ce qui est en cause, ce sont des faits. Les faits sont-ils ? Voilà d'abord la question qu'il faut vider avant d'en venir à leur interprétation.

On a vu déjà, par le contrôle des expériences de MM. Béhier et Liouville, de M. Onimus et surtout de M. Vulpian, qu'à côté de séries de faits confirmés, il en est que ce contrôle a infirmés soit partiellement, dans la portée qui leur avait été donnée, soit même dans leur réalité. Il faut donc laisser se faire le jour sur les faits même qui sont la base du débat, avant d'essayer d'en examiner la signification doctrinale. Mais savoir attendre, c'est une des concessions les plus difficiles à obtenir de notre nature impatiente.

L'Académie a procédé, dans cette séance, à la nomination de deux membres correspondants étrangers : M. Donders, d'Utrecht, dans la première division des correspondants, en remplacement de M. Farre, de Londres, et M. Hewet, de Londres, dans la deuxième division, en remplacement de M. Hogdson.

Mardi prochain, l'Académie procédera à l'élection d'un membre titulaire dans la section d'anatomie pathologique.

Dr BROCHIN.

HOPITAL COCHIN. — M. DESPRÉS.

Inflammation des trompes. — Hématome de la trompe droite. — Hématocèle rétro-utérine consécutive. — Péritonite adhésive généralisée.

(Observation recueillie par M. SEUVRE, interne du service.)

Salle Saint-Jacques, n° 4. — Angèle D..., âgée de trente-sept ans, jouit dans sa jeunesse d'une excellente santé. Réglée à quatorze ans ; souffrait un peu aux approches des règles, qui étaient abondantes, duraient quatre jours, mais revenaient à des époques normales.

A l'âge de vingt-quatre ans, elle mit au monde un enfant mort-né. L'accouchement fut laborieux : le travail dura soixante heures. Après la délivrance, pertes de sang abondantes, faiblesse extrême. La malade dut garder le lit six semaines, à la suite de ses couches.

Depuis, sa santé ne s'est rétablie que d'une façon incomplète. — Faiblesse et anémie.

Mariée à trente et un ans, elle n'a pas eu de nouvelle grossesse.

Sa profession de chemisière la tient assise et assidue. Elle éprouve de temps à autre des maux de tête, souffre de l'estomac, digère difficilement, et est constipée. A l'approche des règles, ces symptômes s'exagèrent, et elle est prise de coliques; mais elle ne fut jamais obligée de s'aliter.

Dans les premiers jours de décembre 1872, au moment d'une

époque, sans cause appréciable, douleurs hypogastriques plus vives et perte des forces, mais pas de syncope. Les pertes de sang sont moins copieuses que les mois précédents, et le sang qui s'écoule est *moins naturel* (sic). Les douleurs exagérées par la position debout ne disparaissent pas, et, la faiblesse augmentant, la malade s'alite.

A ce moment, elle était plus pâle ; appétit diminué, constipation opiniâtre ; ni nausées, ni vomissements,

Cet état persiste jusqu'à la fin de décembre ; pertes peu abondantes, mais continuelles, d'un liquide sanieux ; les douleurs et la faiblesse ne s'atténuent pas, malgré un repos prolongé ; et, le 8 janvier 1873, la malade se décide à entrer à l'hôpital Cochin.

8 janvier. — Nous voyons une femme, petite, pâle, à physionomie un peu triste, mais n'exprimant pas de souffrances vives. — Aucun antécédent de scrofule. — L'auscultation et la percussion ne révèlent rien d'anormal dans la poitrine. Pas de teint cachectique. — Embonpoint assez marqué. — Pas de fièvre ; aucun frisson.

La malade marche facilement ; mais la station debout la fait plus souffrir ; elle accuse des douleurs dans le bas-ventre, surtout à droite ; par moments, irradiations douloureuses vers la partie antérieure de la cuisse jusqu'au genou et vers le rein droit. Pas d'œdème des membres inférieurs. — Les garde-robes sont rares et pénibles ; sensation de pesanteur et de pression ; la miction est facile.

Le palper abdominal révèle, vers la fosse droite, en avant de la symphyse sacro-iliaque, une tumeur du volume d'un marron, ferme, arrondie, peu mobile et semblant adhérer à l'utérus, dont le fond déborde la symphyse pubienne.

La pression au niveau de cette tumeur réveille une douleur vive, que la malade caractérise par ces mots : « Cela me porte au cœur ». Dans les autres points de l'abdomen, qui est souple, le palper n'est pas douloureux. Le col de l'utérus, peu saillant dans le vagin, est porté à gauche ; la pression dans les culs-de-sac ne détermine aucune douleur et ne fait percevoir ni saillie, ni dureté, ni mollesse, ni fluctuation. Les mouvements que l'on imprime au col se transmettent vaguement à la tumeur ; l'utérus est peu mobile. — L'examen au spéculum montre que la coloration du vagin est normale ; elle confirme le déplacement du col à gauche. Par l'ouverture du col suinte un peu de sang brunâtre et poisseux, ayant les caractères du sang qui se trouve dans les poches hématiques anciennes.

Le diagnostic porté fut : corps fibreux ; inflammation péri-utérine ; hématocèle probable.

Prescription. Repos absolu. — Deux injections par jour ; lavements ; cataplasme laudanisé. Pour la nuit, une pilule d'opium.

Les jours suivants, les symptômes paraissent s'amender ; les pertes se suspendent ; les douleurs spontanées sont moins vives ; pas de fièvre ; un peu d'appétit et sommeil.

16 janvier. — Les souffrances se réveillent : application d'un vésicatoire au niveau de la tumeur.

20 janvier. — Pâleur de la face plus marquée. Les pertes de sang ont reparu.

Pas d'appétit ; sensation de faiblesse. Le sommeil est rendu impossible par les élancements douloureux. — Ni fièvre, ni frisson.

Le doigt rencontre, dans le cul-de-sac postérieur du vagin, une saillie molle, dépressible, non douloureuse.

La température du vagin est normale.

Le toucher rectal permet de sentir la tumeur rétro-utérine. En déprimant la paroi abdominale, on sent un empâtement profond. Le ventre n'est ni sensible, ni météorisé.

21 et 22 janvier. — Mêmes symptômes confirmant l'hématocèle.

23 janvier. — Nuit d'insomnie ; alternatives de frissons et de sueurs. — Pouls fréquent : 96. — Pas d'appétit ; langue chargée ; nausées. — Figure pâle ; yeux battus.

Ventre tendu, sensible ; douleurs irradiées dans tout l'abdomen. Défécation douloureuse et ne s'effectuant qu'à l'aide de lavements. — Miction facile.

Le col de l'utérus est mou, comme œdémateux ; dans le cul-de-sac postérieur, saillie uniforme fluctuante.

Les pertes continuent, mais toujours peu abondantes.

Prescription. — Nouveau vésicatoire à la région hypogastrique. — Potion diacodée.

26 janvier. — Le même état persiste les jours suivants ; la pelvi-péritonite se confirme.

30 janvier. — Sensation d'anéantissement ; frissons répétés ; sueurs visqueuses. Pouls petit, fréquent : 115.

M. Desprès, craignant que la tumeur fluctuante ne soit un abcès et ne voulant pas ouvrir largement dans le cas où la tumeur serait une hématocèle, fait dans le cul-de-sac postérieur du vagin une ponction exploratrice, avec un trocart d'un petit calibre (0m,003 de diamètre). Il sort par la canule un peu de sang d'un noir foncé, épais et quelques caillots mous.

31 janvier. — La nuit a été plus calme, mais les sueurs profuses persistent. Le pouls est fréquent (135), dépressible ; la respiration gênée, suspirieuse ; le ventre toujours tendu, météorisé et douloureux.

1er et 2 février. — Les vomissements verdâtres surviennent. Les traits se tirent. Le pouls est à peine perceptible. La peau est froide.

Prescription. — Glace à l'intérieur. — Large cataplasme sur l'abdomen.

3 février. — La malade succombe.

Autopsie. — L'examen des plèvres, des poumons, du cœur, du foie, des reins, ne montre aucune altération.

L'autopsie permet de constater l'existence d'une péritonite adhésive généralisée.

Le péritoine pariétal semble accolé aux parties sous-jacentes. Le grand épiploon, qui descend jusqu'au pubis, est d'une teinte jaune brunâtre, marqué de taches noirâtres, ecchymotiques ; il offre une consistance poisseuse.

En le soulevant, on rompt ses adhérences avec les intestins, qui sont distendus, ballonnés et accolés. Çà et là, entre les circonvolutions, quelques caillots sanguins, mous et diffluents. Ces caillots sont plus nombreux et plus volumineux vers le bassin. Entre l'S iliaque et le cœcum, masse de sang à demi coagulé, qui plonge vers le cul-de-sac recto-utérin et se continue avec les caillots péri-utérins.

Dans aucun point de la cavité abdominale on ne rencontre de pus ; mais les annexes de l'utérus ont contracté des adhérences avec les parties voisines, et le péritoine qui recouvre les organes contenus dans le petit bassin est épaissi.

La vessie est petite, rétractée ; sa muqueuse est saine. Le corps de l'utérus, un peu porté à gauche, fixé dans cette position, est augmenté de volume.

Hauteur : 0m,08 à 0m,09 ; largeur du fond : 0m,04 1/2.

Le ligament large gauche ne présente rien de bien particulier à noter. L'ovaire, de ce côté, est dur, jaunâtre, chagriné, atrophié. Le pavillon de la trompe est déformé et adhérent aux parties voisines. Près de l'angle gauche de l'utérus, cette trompe présentait un petit kyste jaunâtre, du volume d'une noisette : une pression modérée le fit éclater ; son contenu était un pus épais et crémeux.

Près de l'angle droit de l'utérus, à l'origine de la trompe droite, on trouve un kyste symétrique au kyste de la trompe de l'autre côté, mais un peu plus volumineux.

Dans l'épaisseur du ligament large droit, une masse ferme, arrondie, de la forme et du volume d'un gros œuf de poule, soulève le péritoine et fait relief au-dessus du niveau du fond de l'utérus : c'est la trompe dilatée remplie par un caillot.

Dans le cul-de-sac recto-utérin, et, à droite, vers le pli de Douglas, le péritoine qui recouvre cette masse est rompu ; le tissu cellulaire du petit bassin et celui du ligament large, du côté droit, communiquent avec la cavité péritonéale. Ces diverses parties sont remplies de caillots sanguins, mous et friables.

L'hématocèle est limitée à la moitié droite du petit bassin.

Telles étaient les données que l'on possédait quand la pièce pa-

thologique fut présentée, le 7 février 1873, aux membres de la Société anatomique. Un examen plus approfondi nous permet d'y joindre les renseignements suivants :

Les vaisseaux compris dans l'épaisseur des ligaments larges ne présentent aucune varicosité.

L'utérus sectionné n'offre aucune altération autre que son augmentation de volume; les vaisseaux sont d'un diamètre normal. La muqueuse est rosée, comme imbibée de sang.

L'ostium uterinum des trompes ne paraît pas dilaté. Les trompes incisées, on voit que les abcès kystiques signalés plus haut comme existant près des angles droit et gauche de l'utérus, sont situés sur le trajet des trompes, dont ils déforment et rétrécissent le conduit. Ils ont un aspect anfractueux; chacun d'eux communique avec la trompe correspondante par de petits pertuis; leur contenu est du pus crêmeux.

La trompe gauche ne présente pas d'autre altération dans le cours de son trajet, sinon la déformation et la fixité de son pavillon déjà signalées.

Quant à la trompe droite, après un trajet de $0^m,03$, elle aboutit à une sorte d'entonnoir, dont elle forme le sommet; en ce point, aucune rupture de ses tuniques, dilatation pure et simple de son canal (il est impossible de reconnaitre à la trompe droite un pavillon).

La dissection ne peut, dans cette partie dilatée de la trompe, retrouver les diverses tuniques qui la constituent; le péritoine du ligament large fait corps avec elles et contribue à former les parois de la cavité.

C'est dans cette loge placée à la partie postérieure du ligament large droit qu'était fixée la masse hématique ferme et résistante qui, perçue à l'aide du palper abdominal, avait fait tout d'abord penser à un corps fibreux de l'utérus.

Cette masse, enlevée facilement en totalité, offre un aspect extérieur lisse, luisant; elle est enveloppée par une pellicule transparente, brisée en un point, là où la masse se continue avec les caillots plus récents infiltrés dans le tissu cellulaire du petit bassin.

La couleur est d'un noir foncé; incisée, elle offre des couches plus fermes et moins foncées vers le centre, et, au centre même, il existe un noyau grisâtre constitué essentiellement par de la fibrine.

Quant à l'ovaire droit, refoulé à la base du ligament large, il fut difficilement retrouvé : sa structure d'ailleurs est profondément modifiée, et on ne le reconnaît que par quelques vestiges plongés dans une masse gélatineuse.

DES ACCIDENTS

PRODUITS PAR L'EMPLOI SUR LA PEAU DE CHEMISES DE LAINE AUX COULEURS D'ANILINE (1)

Par le docteur A. Viaud-Grand-Marais, professeur à l'École de médecine de Nantes.

Peu de mois après, un de nos élèves, M. Plantard, attaché au corps des volontaires de M. de Charette, observait, sur les zouaves de son bataillon, plusieurs cas d'accidents dus à des chemises rouges et nous faisait parvenir une feuille détachée de son carnet de campagne. Nous la reproduisons telle qu'elle nous a été adressée :

Jean-Marie Peniguel, de Rennes, faisant partie de la 1re compagnie du 3e bataillon des volontaires de l'Ouest, est un homme d'une constitution presque athlétique.

Le 29 novembre 1870, il se présenta, à Vendôme, à la visite du matin. Le 21e corps était alors en marche vers la forêt de Marchenoir.

(1) Suite. — Voir les numéros des 4, 6, 8, 11, 13 février et 3 avril 1873.

Peniguel avait passé une nuit assez mauvaise, dans une écurie du quartier de cavalerie. Il avait éprouvé une insomnie complète et un peu de fièvre. Un léger mouvement fébrile persistait au moment de la visite; la langue était épaisse et saburrale. Le malade avait eu des nausées et, de plus quelques selles molles dans la nuit, mais sans grandes coliques. Il accusait de la chaleur et des démangeaisons à la peau. Mon attention ne se porta point de ce côté. Nous étions en marche depuis huit jours, couchant tantôt dans un grenier, tantôt sous la tente. J'attribuai le prurit à des parasites, et l'examen de la surface cutanée ne fut point fait. Je me bornai à ordonner trois jours de repos et un éméto-cathartique, croyant n'avoir affaire qu'à un embarras de l'estomac. Sous l'influence du remède, il y eut des selles et des vomissements nombreux.

Le 30, une bonne dame qui avait généreusement offert un gîte à mon compagnon d'armes, vint me trouver, et, chemin faisant, me dit confidentiellement que son hôte était atteint de la scarlatine, et qu'il était au désespoir de ne pouvoir suivre son bataillon, si l'on marchait à l'ennemi.

Pouls à 90; langue épaisse, chargée, sans coloration rouge spéciale; nausées et selles molles persistantes; pas de symptômes pharyngiens, comme dans la scarlatine, mais injection intense de la conjonctive pouvant faire croire à la kérato-conjonctivite qui accompagne quelquefois le processus scarlatineux. Céphalalgie syncipitale. Toux légère; l'auscultation ne révèle cependant la présence d'aucun râle. Pas d'érythème de la face; le cou, le tronc, les membres supérieurs y compris les mains, sont, au contraire, le siége d'une teinte rouge foncée, assez semblable à une éruption de scarlatine variété *lævigata*. Les membres inférieurs sont complétement indemnes de toute coloration anormale.

Quelle maladie avais-je devant les yeux? Mon embarras ne fut point petit. D'un côté, l'éruption, la conjonctivite et la toux me faisaient penser à une fièvre éruptive; mais la faible température du corps et le peu d'accélération du pouls, unis à l'absence de pharyngite, éloignaient l'idée de la scarlatine. Pourquoi, du reste, dans ce cas, les membres inférieurs auraient-ils été complétement respectés par l'érythème? J'étais donc très-perplexe, quand je remarquai, par hasard, que la surface interne de la chemise blanche que portait le malade était légèrement teinte en rouge par une chemise de couleur amarante fort belle, qu'elle recouvrait.

Ce fut pour moi un trait de lumière, et je me rappelai une leçon entendue à l'amphithéâtre de l'École de médecine de Nantes, sur les accidents produits par les tissus teints aux rouges d'aniline.

Je ne doutai plus un instant qu'un cas semblable ne fût devant moi. Les symptômes trouvaient leur explication. Les nausées, la diarrhée, les phénomènes bronchitiques montraient assez clairement les voies d'élimination du poison. Quant à la conjonctivite, je la rapportai à la matière colorante délayée par la sueur et portée involontairement, à l'aide des mains, sur les paupières et le globe de l'œil.

Pour m'assurer que la coloration était bien réellement artificielle, je frottai l'épiderme à l'aide d'un linge, mais je ne parvins qu'à colorer très-faiblement ce linge, sans affaiblir la teinte foncée que présentait le malade. Il semblait que la substance colorante eût imprégné les cellules épithéliales jusque dans leurs couches profondes.

Je rassurai Peniguel sur son état, en lui faisant connaître ce que je croyais être la véritable cause de sa maladie; puis je lui ordonnai un bain avec 250 grammes de carbonate de soude, en lui conseillant, à sa sortie de l'eau, de prendre un des gilets de l'ambulance. Il ne voulut jamais consentir à se dessaisir de sa chemise, ne pouvant croire qu'une si belle chose fût la cause de son mal. Deux autres bains alcalins amenèrent une amélioration telle, que cet homme put suivre son bataillon, ce qu'il fit avec grande énergie, se bornant à laisser porter son sac. Mais, à la deuxième étape, soit à Marchenoir, les symptômes précédents reparurent avec recrudescence, parce que Peniguel avait repris sa chemise de laine. Force

fut de le renvoyer avec un convoi de malades que l'on dirigeait sur le Mans. Je l'ai perdu de vue depuis lors.

Mon attention une fois attirée sur les empoisonnements par les rouges d'aniline, continue M. Plantard, j'étais sur le qui-vive, à peu près sûr de trouver d'autres cas semblables au précédent.

Je savais de source certaine que des chemises de provenance anglaise et à couleurs brillantes, avaient été distribuées dans le bataillon, du 1er décembre à la fin de février. Je me mis à rechercher à quels hommes elles avaient pu être données. Douze en avaient reçu. Mon frère et un autre zouave n'eurent aucun accident, ce qu'on ne peut expliquer que par une abondance moindre de leur sueur ou des qualités moins actives de ce liquide. Les dix autres, à différentes époques, furent atteints des symptômes précités. De plus, deux d'entre eux présentèrent, sur tous les points où avait porté la chemise, de petites vésicules comparables à l'éruption produite par les frictions d'huile de croton.

(*A suivre.*)

MALADIES DE L'OREILLE

Par M. J. Toynbee, F. R. S.

(Traduction de M. Darin.)

INFLAMMATION CHRONIQUE.

Obs. IX. — *Inflammation catarrhale de la couche dermoïde du méat externe, avec carie de la paroi postérieure et extension de la maladie au sinus latéral et au cervelet.*

H. B., 3 ans 1/2, fut admise au dispensaire de Saint-Georges et Saint-Jacques, le 6 décembre 1848. La mère raconta que son enfant avait toujours été maladive, et qu'à l'âge de cinq mois, elle eut, du côté gauche, un écoulement épais, crémeux, qui, sans être abondant, était très-fétide.

Jusqu'à ces derniers temps, l'enfant ne s'était plainte d'aucune douleur, mais de temps en temps elle demandait qu'on lui curât l'oreille, pour calmer des démangeaisons. Il y a trois semaines, l'écoulement cessa, une violente otalgie lui succéda, accompagnée d'un gonflement de la région squammeuse et de l'apophyse mastoïde, qui forçait le pavillon de s'éloigner du crâne. Puis il survint une grande agitation et du délire; constamment la petite malade se jetait de côté et d'autre.

A l'examen, la surface du derme était rouge et dépouillée de son épiderme; elle était lisse, mais non ulcérée et très-hypertrophiée, si bien que le calibre du conduit se trouvait réduit au tiers de son diamètre normal. Plus de M.T. L'abcès formé dernière l'oreille s'était ouvert, et après l'écoulement d'environ un verre de pus, d'une odeur très-fétide, on sentait la surface de la portion squammeuse et de l'apophyse mastoïde, rugueuse et cariée. Application de cataplasmes de farine de lin.

9 décembre. — Écoulement toujours copieux; la douleur et la tuméfaction ont gagné l'articulation temporo-maxillaire; la mâchoire ne s'ouvre que dans une étendue très-limitée.

14 décembre. — L'otorrhée, dernièrement si abondante, a cessé maintenant, en même temps que les souffrances et l'agitation ont beaucoup augmenté; les mains restent appliquées sur la tête.

Les symptômes cérébraux sont allés en augmentant jusqu'au 29, où la malade mourut dans un grand état d'émaciation.

Examen post mortem. — Le crâne enlevé, la dure-mère parut saine, aussi bien que l'arachnoïde et la pie-mère. Les ventricules latéraux contenaient environ 15 grammes de sérosité parfaitement claire. Après l'enlèvement du cerveau, rien ne paraissait encore malade; la dure-mère et l'arachnoïde recouvrant la partie supérieure du rocher gauche, étaient tout à fait normales. Au-dessous de la tente du cervelet, l'hémisphère gauche de ce dernier parut beaucoup plus mou qu'à l'état normal, et la portion en rapport avec la surface postérieure du rocher était de couleur foncée et très-ramollie. En retirant le cervelet en arrière avec précaution, on observe qu'il s'appliquait contre deux orifices de la partie postérieure du sinus latéral, et qu'il était séparé de la cavité du sinus par l'arachnoïde et la pie-mère épaissies. Dans cette dernière, au niveau de l'orifice, un vaisseau considérable était distendu par un caillot ferme et foncé, de 12 millièmes de longueur. La paroi membraneuse antérieure du sinus latéral était absente; l'os formant la gouttière latérale, au niveau de l'apophyse mastoïde, était carié, et le sinus se trouvait rempli d'un coagulum de couleur foncée et de matière purulente; on trouva aussi du pus dans les veines jugulaires.

L'oreille. Le derme qui tapisse tout le méat externe était ramolli, tuméfié, de couleur foncée; sa surface était dépourvue d'épiderme; au-dessous de la couche dermoïde, matière purulente, qui la séparait des os cariés. La M. T. n'existait plus; mais dans la cavité tympanique, l'altération morbide se bornait au retentissement produit par l'affection du conduit auditif. Le temporal était carié antérieurement jusqu'à la racine de l'apophyse zygomatique et à la cavité destinée à l'articulation de la mâchoire inférieure. En haut et postérieurement, la carie s'étendait à la distance de 32 millièmes du pariétal; mais dans certains points, la table externe seule était affectée, tandis qu'ailleurs le diploé, et par suite, la table externe étaient atteints. En exposant l'os à la lumière, on voyait qu'il était traversé par de petits orifices; de telle sorte que sa surface interne ou cette partie qui était recouverte par le méat membraneux, se continuait directement avec le sinus latéral.

Dans ce cas, la marche de la maladie de dehors en dedans est très-remarquable; rien ne prouve, en effet, que la maladie eût pris naissance ailleurs que dans le conduit auditif; et il est évident, par suite de la communication directe (au moyen des vaisseaux sanguins) entre le méat membraneux et l'os formant le sinus latéral, que la maladie pouvait aisément se transmettre du méat enflammé à l'os situé au-dessous. La considération attentive du sujet m'a cependant amené à croire que la marche de l'affection de dehors en dedans du méat au sinus latéral et au cervelet s'offre rarement, et à penser que la majorité des observations analogues publiées par de précédents observateurs, qui en auraient examiné les cas, étaient réellement des exemples de maladies allant de dedans en dehors de la cavité tympanique, ou des cellules mastoïdiennes au conduit auditif, pendant le cours desquelles le cervelet et le sinus latéral s'étaient trouvés impliqués.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 8 avril 1873. — Présidence de M. Depaul.

CORRESPONDANCE OFFICIELLE

La correspondance officielle comprend trois lettres du ministre du commerce, dont l'une est relative à un système de panification aux eaux minérales, et les deux autres à des remèdes secrets.

CORRESPONDANCE MANUSCRITE

M. Aug. Voisin offre en hommage à l'Académie deux exemplaires d'une notice sur la vie de Félix Voisin, membre associé national de l'Académie.

ÉLECTIONS

L'ordre du jour appelle l'élection de deux correspondants étrangers :

Pour la première division (anatomie et physiologie, pathologie médicale, etc.), en remplacement de M. Farre, de Londres;

Pour la deuxième division (pathologie chirurgicale, médecine opératoire), en remplacement de M. Hogdson, de Londres.

Pour la place de correspondant dans la première division, la commission d'élection a présenté la liste suivante :

En 1re ligne, M. Donders, à Utrecht,

En 2e ligne, *ex æquo* : MM. Bennet à Édimbourg, Van Beneden à Louvain.

Le nombre des votants étant de 60 :

M. Donders a obtenu........... 55 voix.
M. Van Beneden............. 4 —
M. Hewet.................. 1 —

M. Donders ayant réuni la majorité des suffrages, est proclamé élu.

Pour la place de correspondant dans la deuxième division, la commission d'élection a présenté la liste suivante :

En 1re ligne, M. Hewet, à Londres,

En 2e ligne, *ex æquo* : M. Barnes à Washington, M. Porta à Pavie.

Le nombre des votants étant de 65 :

M. Hewet a obtenu............. 52 voix.
M. Porta.................. 7 —
M. Barnes.................. 3 —
M. Bennet.................. 3 —

M. Hewet ayant obtenu la majorité des suffrages, est proclamé élu.

M. LE PRÉSIDENT informe l'Académie qu'elle se formera en comité secret à quatre heures et demie, pour entendre le rapport de M. Bourdon au nom de la section d'anatomie pathologique sur les candidats à la place vacante dans cette section.

— La parole est à M. Chassaignac pour la suite de la discussion sur la septicémie.

Suite de la discussion sur la septicémie.

M. CHASSAIGNAC, dans un premier discours, a cherché, par les raisons tirées de l'histoire des virus, à faire voir les illusions auxquelles s'est laissé entraîner M. Davaine ; il se propose de démontrer aujourd'hui, preuves expérimentales en main, l'exactitude de ses critiques.

Le sens de ma première protestation contre les théories de M. Davaine, dit-il, a été qu'il ne fallait pas confondre les virus avec les ferments. Un ferment peut se créer à volonté, il n'en est pas de même d'un virus. Assimiler le virus variolique à un ferment qui donne lieu tantôt à un phlegmon, tantôt à une fièvre typhoïde, d'autres fois à un état de langueur, parfois enfin à rien du tout ; voilà ce qui s'appelle dépasser les bornes de l'induction.

Une chose était avant tout à démontrer, savoir si, comme l'avait avancé M. Davaine, les bactéries, les bactéridies, les vibrions observés dans le sang putride du lapin, étaient les agents directs de l'empoisonnement du sang chez les animaux. L'expérimentation a prouvé l'erreur de M. Davaine sur ce point. M. Onimus a constaté que les organismes inférieurs, bactéries, vibrions, etc., n'ont par eux-mêmes aucune action toxique, qu'ils sont le résultat et non la cause des altérations putrides. L'erreur était flagrante, M. Davaine ayant prétendu que l'agent spécialement vénéneux était la bactérie. M. Davaine avait avancé que dans l'empoisonnement du sang par le virus vibrionien ou bactéridien, la mort survenait par le fait exclusif de l'empoisonnement du sang avec absence complète de lésions anatomiques localisées. Les recherches de M. Vulpian lui ont prouvé que chez tous les sujets mis en expérience à ce point de vue, on trouvait des lésions cadavériques parfaitement reconnaissables.

D'après les données de M. Davaine, l'effroyable pullulation des bactéries, du moment qu'elles avaient pénétré dans le courant sanguin, devait produire une mort, sinon toujours rapide, du moins toujours inévitable. Il n'en est rien : des animaux qui renfermaient dans leur sang assez de bactéries pour que ce fluide inoculé à d'autres animaux en déterminât la mort, ont conservé une santé parfaite.

M. Davaine fait passer le lapin à l'état de réactif, mais cette assertion lui est contestée par M. Vulpian.

M. Chassaignac signale ici la série des communications de M. Davaine comme épaississant de plus en plus les ténèbres...

Je n'ai nulle envie, poursuit M. Chassaignac, de rentrer dans la discussion de quatrillionième, puisque M. Davaine a eu le bon esprit d'en faire le sacrifice. Le trillionième lui-même, qu'on avait cru noyé, n'a fait qu'un timide essai de réapparition.

Dans la question actuelle, il y a une preuve expérimentale incontestable de l'erreur matérielle des déductions outrées. Dès la quatrième dilution, les bactéries, qui, prétend-on, donnent la mort, n'apparaissent plus que très-rares. Dans la suivante, on n'en rencontre plus du tout.

M. Davaine n'hésite pas à déclarer la fusion du typhus, de la fièvre typhoïde, des maladies putrides, au nom de la bactérie. Toute la pathologie et la diagnose se résumeraient à se demander : Le malade a-t il des bactéries ou non ? Fièvre hectique, fièvre typhoïde, miasmes des hôpitaux, tout cela, bactéries ! Et ces immunités préservatrices qui dérivent d'une inoculation préventive contre le retour ou l'apparition d'une maladie contagieuse, comment les conciliez-vous avec l'empoisonnement par les bactéries ?

Nous avons soutenu que pyohémie et septicémie sont deux maladies totalement différentes. Des interprétations fausses, quelques faits mal observés ont pu donner une apparence de crédit à l'opinion contraire. M. Chassaignac montre que cela tient à des erreurs ou à des accidents même de l'expérimentation, dépendant du traumatisme lui-même.

La première condition d'une expérience admissible et valable dans la question de la septicémie comparée à l'infection purulente, ce doit être que la lésion expérimentale, le point d'inoculation ne donne pas lieu à une production du pus. Car si cette production a lieu, vous avez deux éléments où il n'en faudrait qu'un.

Aussi doit on considérer en matière expérimentale comme mauvaise, la pratique des larges décollements dans les injections au milieu du tissu cellulaire et attacher une grande importance au choix de la région sur laquelle l'injection doit se faire.

M. Chassaignac, prenant ensuite à partie M. Bouley, résume en ces termes l'appréciation de la part que son collègue a apportée dans cette discussion.

Les expériences de M. Bouley se rangent en deux catégories : celles de la première heure qui semblaient contredire les expériences de M. Davaine, celles de la deuxième catégorie qui sont données comme confirmatives des expériences septicémiques primitives. Mais ces dernières, si M. Bouley les appelle confirmatives, il n'est pas difficile à contenter. Je vois, par exemple, dans les expériences sur la septicémie chevaline, ce contraste entre les deux épreuves que voici : on verse dans la jugulaire d'un cheval quatre-vingts gouttes de sang septicémique ; — rien. — Sur un autre cheval, on en met quarante gouttes, et la mort a lieu.

Les mêmes contradictions expérimentales pullulent, non-seulement d'expérience à expérience, mais encore entre des séries tout entières. Dans la première série d'expériences, celles qui succédèrent aux premières communications de M. Davaine, on voit que ces pauvres animaux, qui se montraient d'abord, par masses, réfractaires à la septicémie, se sont mis à mourir avec un ensemble surprenant, dans une deuxième série d'expériences revues et corrigées.

Cette mobilité des expériences, qui à quinze jours de date, qui dans une même journée, se contredisent, cette souplesse, cette versatilité des animaux eux-mêmes, qui, réfractaires d'abord, s'empoisonnent à un moment donné et sur commande, avec le plus touchant ensemble, donnent à réfléchir.

Et c'est du milieu d'un pareil sable mouvant que vous prétendez dicter des lois au monde de l'observation clinique ! Voyez à quel point le trop de facilité affaiblit la solidité des convictions. Sur cette pente glissante on est tout prêt à livrer la conviction médicale aux opinions fluctuantes des gens du monde, et dès lors aux croyances homœopathiques ; et sur la foi d'une expérience qui sera peut-être réfutée sous quinzaine, on dirait, comme cela a été dit : tant pis pour les convictions médicales si l'expérience du laboratoire donne raison à l'homœopathie.

Tant que les systèmes en médecine ne se combattent que sur le terrain des vérités subjectives ou personnelles, ils peuvent se discuter ; mais quand, s'adressant à des choses où tout homme de bon

sens peut compter et mesurer, ils s'attaquent à des vérités géométriques, ils ne s'en relèvent pas.

Il est quatre heures et demie; l'Académie se forme en comité secret.

VARIÉTÉS

Notice biographique d'Adolphe Richard (1).

Par M. le docteur A. Charrier, secrétaire général de la Société de médecine de Paris, etc.

Messieurs,

Il y a des familles vraiment privilégiées, qui, pendant plusieurs générations successives, donnent à leur pays des hommes remarquables. Nous avons eu les générations des Vernet, des Geoffroy Saint-Hilaire; à ces noms illustres, nous pouvons ajouter ceux des Richard et des Dubois.

La famille Richard ne prit pas souche en France; elle est originaire d'Écosse, et suivit Jacques II dans sa fuite, lorsque ce roi détrôné abandonna son pays pour se mettre à l'abri des fureurs populaires.

Claude Richard, le père d'Achille, avait été le créateur du parc de Trianon, et sauva, seul, par son sang-froid et son énergie, cette œuvre charmante, fruit de tous ses labeurs, du vandalisme de la révolution, qui voulait le convertir en un vaste champ de pommes de terre.

Le père de notre regretté collègue, Achille Richard, vous l'avez tous connu au début de nos études, professant la botanique, à la Faculté, dans le grand amphithéâtre toujours rempli d'auditeurs; vous vous rappelez l'attrait de ce cours, cette parole si harmonieuse, ce tact parfait, cette distinction rare, ce véritable talent oratoire, qui faisaient d'Achille Richard le type accompli du professeur. Achille avait épousé une fille d'Antoine Dubois, la sœur de Paul Dubois. De ce mariage naquirent plusieurs enfants, parmi lesquels se trouvaient deux fils, Adolphe et Gustave Richard.

Adolphe est né à Vitry-sur-Seine, chez son grand-père Antoine Dubois, le 13 juin 1822. Il reçut une solide éducation classique, comme on la donnait à cette époque, et cette éducation, forte, variée, ne fut pas sans influence sur sa destinée.

En 1842, nommé aide d'histoire naturelle à vingt ans, il fit, pendant trois ans consécutifs, sur la botanique, des cours publics qui obtinrent les plus grands succès. Élocution facile, brillante, le mot juste, l'expression choisie, la voix bien timbrée, le geste sobre, et cependant, à certains moments, un grand entrain, une sorte de *furia* qui donnait à ses leçons un attrait puissant et irrésistible; ces qualités, notre collègue les a eues jusqu'à la fin. Vous avez tous pu, messieurs, apprécier ici ces dons naturels et cette exposition méthodique qui donnait tant de charme à ses moindres discours.

Après les succès qu'il avait obtenus dans son enseignement à l'École pratique, sa voie était toute tracée, ou du moins semblait l'être dans les sciences naturelles, il aurait ainsi pu continuer dignement les traditions glorieuses de son aïeul et de son père, mais en même temps il suivait les hôpitaux pour obtenir le diplôme de docteur en médecine. Alors il se passa un singulier phénomène dans cette brillante intelligence; dédaignant la voie toute faite et facile, que lui promettaient les sciences naturelles, Richard s'éprit avec passion de la chirurgie, et dans cette passion pour cette branche de l'art de guérir, il y était poussé par deux sentiments qui animaient son âme élevée et compatissante, l'amour de l'art et l'amour de son semblable.

Adolphe Richard était bon, généreux, et les nobles qualités qui distinguaient notre cher collègue, sa nature expansive, gaie, aimante, enthousiaste, ont contribué, autant que son savoir et son habileté manuelle, à adoucir les souffrances de ses malades.

(1) Cette notice a été lue à la Société de médecine de Paris, dans la séance annuelle du 3 janvier 1873.

Richard se mit donc résolûment à l'œuvre : aide d'anatomie en 1846, prosecteur en 1848 et docteur la même année, en 1852 chirurgien des hôpitaux, il fut nommé le deuxième agrégé en 1853; en 1856, il remplaça M. Cloquet dans son cours de pathologie chirurgicale, et, pendant huit ans de suite, il suppléa M. Nélaton à la Clinique, pendant les vacances, où ses leçons furent toujours suivies par un grand nombre d'élèves.

Aussi bien doué que l'était notre collègue, il devait réussir dans sa carrière; c'est ce qui lui arriva, et bientôt sa clientèle devint considérable. Cette fortune rapide, comme il arrive toujours, lui suscita des jalousies imméritées, qui froissèrent notre collègue et qui l'éloignèrent de quelques-uns de ses anciens camarades. Au reste, Richard n'était pas banal, et, pour ma part, je ne l'en estime que davantage; il aimait ou détestait cordialement. Cette manière d'être explique sa vie entière, les chaudes amitiés qui ne l'ont jamais abandonné et qui restent encore fidèles à son souvenir, et les inimitiés qui l'ont attaqué pendant sa vie et qui le poursuivent encore après sa mort.

Richard a publié de nombreux mémoires, qui sont toujours bien écrits et bien exposés.

En anatomie : 1° *Membrane muqueuse de l'utérus.* (*Thèse inaugurale.*)

2° *Sur la vraie nature de la fissure labio palatine* (*bec-de-lièvre et ses complications*). (*Arch.*, 1851.)

3° *Sur la composition des monstres pseudo-encéphaliens.* (*Soc. de biol.*, *Gaz. méd.*, 1851.)

4° *Études anatomiques sur les fœtus acéphaliens.* (*Arch.*, 1852.)

5° *Essai sur l'anatomie philosophique de quelques anomalies musculaires du membre thoracique dans l'espèce humaine.* (*Acad. des sc.*, 1852.)

6° *Esthiomène éléphantiasique des nymphes et de l'urèthre. — A ce propos, quelques remarques sur l'appareil génital de la femme.* (*Arch.*, 1854.)

En chirurgie : 1° *Observation de farcin chronique, guéri en commun avec Foucher.* (*Arch.*, 1851.)

2° *Notes sur les hydrocèles du cou et le siége présumé de ces sortes de tumeurs.* (*Soc. de chir.*, 1854.)

3° *Note sur la communication de certains kystes de l'ovaire dans la trompe utérine du kyste tubo-ovarien.* (*Soc. chir.*, t. III, 1854.)

4° *Mémoire sur un symptôme négligé de certaines tumeurs du sein* (*écoulement du sang par le mamelon*). (*Journal* de Malgaigne, 1852.)

5° *Des diverses espèces de cataractes et de leurs indications thérapeutiques spéciales.* (*Thèse d'agrégation*, 1853.)

6° *Lecture sur une opération nouvelle pour guérir le vaginisme.* (*Soc. de méd. de Paris*, 1868.)

7° Volume intitulé : *Pratique journalière de la chirurgie*, 1868.

Membre de la Société de médecine de Paris, tous nous l'avons connu et apprécié. Il était le dernier de ces deux familles d'hommes célèbres, les Richard et les Dubois, qui avaient jeté un si vif éclat sur la médecine. Quelques années auparavant, son frère Gustave, naturaliste distingué, esprit fin et charmant, d'une érudition profonde, était mort d'un abcès du foie, à son retour d'Abyssinie, où il était allé, faisant partie d'une mission scientifique, à la découverte des sources du Nil.

Notre ami avait ressenti un profond chagrin de ce deuil prématuré, qui le frappait dans ses affections les plus chères; il fut longtemps à s'en consoler.

En 1868, il ressentit les premières atteintes d'un mal impitoyable, qui ne lui laissa ni trêve ni merci jusqu'à sa mort, qui eut lieu le 13 juin 1872.

Pourquoi, messieurs, faut-il qu'une aussi belle intelligence se soit éteinte avant l'heure, et qu'une aussi exquise nature ait été ravie si jeune à l'affection de ses amis! Rien n'a pu arrêter la marche progressive de sa maladie, ni les soins les plus éclairés, ni le dévouement le plus tendre.

Une voix plus autorisée que la mienne dira, dans une autre enceinte, ce que fut Richard comme chirurgien ; mais j'ai tenu à faire revivre, ou du moins j'ai essayé de rappeler à votre souvenir cette intelligence d'élite, ouverte à toutes les questions d'art, de poésie, de science et surtout ce cœur généreux, dévoué et d'une délicatesse extrême. Si vous croyez, messieurs, que j'ai été un juge partial pour Richard, j'en appelle à tous ses amis qui ont vécu dans son intimité ; interrogez-les ; ils vous diront ce qu'ils pensent, c'est que j'ai été encore au-dessous de la vérité.

Richard, messieurs, n'est pas mort tout entier : il laisse deux jeunes enfants, sous la tutelle d'une mère pénétrée de la grandeur de sa mission et de l'importance de ses devoirs. Elle a charge d'âmes, mais elle saura, nous en sommes certains, les élever dans l'amour du bien et du beau, dans le culte du souvenir, et elle les mettra à même de continuer plus tard les glorieuses traditions de ces deux familles, les Dubois et les Richard, dont ils sont maintenant les uniques rejetons.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Amphithéâtre d'anatomie des hôpitaux de Paris. — 1° Cours de médecine opératoire. — MM. les élèves internes et externes des hôpitaux et hospices sont prévenus que M. le docteur Tillaux, directeur des travaux anatomiques, commencera ce cours le lundi 21 avril 1873, à une heure et demie.

M. le docteur Tillaux traitera des amputations. — M. le docteur Marchand traitera des ligatures d'artères et des opérations spéciales. — M. le docteur Terrillon traitera des résections.

Des répétitions seront faites, après chaque leçon, sous la direction des professeurs.

2° Conférences d'histologie. — Des conférences sur l'histologie normale et pathologique continueront à être faites par M. le docteur Grancher, chef du laboratoire ; MM. les élèves seront chaque jour exercés, sous sa direction, au maniement des microscopes. Les microscopes et autres instruments nécessaires à ces divers travaux pratiques seront mis gratuitement à la disposition de MM. les élèves. Les séries devant être reformées pour la médecine opératoire, MM. les élèves sont prévenus que leurs cartes seront reçues à l'amphithéâtre, à partir du 10 avril.

— La Société de médecine de Paris tiendra sa prochaine séance le samedi 12 avril 1873, à trois heures et demie très-précises, n° 3, rue de l'Abbaye, dans la salle des séances de la Société de chirurgie.

Ordre du jour : 1° Lecture du procès-verbal de la précédente séance ;

2° Analyse du livre de M. le docteur Foissac, *De la longévité humaine*, par M. Charrier ;

3° De l'atrésie rectale, par M. de Saint-Germain ;

4° Choc de la pointe du cœur, analyse de Freidreich, par M. Duroziez ;

5° Du mal de Pott, par M. Gillebert-d'Hercourt.

— M. le docteur Coursserant reprendra ses conférences sur les maladies des yeux le jeudi 17 avril. Les premières leçons traiteront de la méthode à suivre dans l'étude des maladies oculaires. Les malades sont reçus de onze heures à midi les mardis, jeudis et samedis, au Dispensaire, 19, rue Paillet (Près le Panthéon).

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Étude générale des maladies régnantes et des constitutions médicales observées à Lyon de 1864 à 1873, par le docteur Fonteret. — 1 vol. in-8° de XVI-490 pages. Prix : 4 francs. — G. Masson.

Curation des maladies de la peau au moyen de l'acide phénique, par le docteur Déclat. Prix : 2 francs. — Delahaye.

Le Directeur : Dr E. Le Sourd.

Paris. — Typographie A. Pougin, quai Voltaire, 13.

N° 43. — SAMEDI 12 AVRIL 1873. 46e ANNÉE. SAMEDI 12 AVRIL 1873. — N° 43.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Bureaux : 57, rue des Saints-Pères, 57
PRÈS L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix d'abonnement doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois

On s'abonne hors de Paris dans les bureaux des Messageries et chez les Libraires. Les lettres non affranchies sont refusées.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui n'en peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS: Trois mois. . 8 fr. 50 c. Six mois. . . 16 — Un an. . . . 30 —

POUR L'ÉTRANGER le port en sus suivant les derniers tarifs des Postes.

Les Bureaux et Ateliers étant fermés à l'occasion des fêtes de Pâques, le journal ne paraîtra pas Mardi.

REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE

Paralysie glosso-labio-laryngée.

M. le professeur Sée, dans l'une de ses dernières leçons cliniques, a appelé l'attention de ses élèves sur deux cas dont le diagnostic présente d'assez grandes difficultés. On connaît la maladie que M. Duchenne (de Boulogne) a décrite, il y a une quinzaine d'années environ, sous le nom de paralysie labio-glosso-laryngée, maladie caractérisée principalement, comme l'indique d'ailleurs sommairement le nom même qu'il lui a donné, par le concours des trois phénomènes suivants : trouble de la parole, trouble de la déglutition, paralysie du muscle orbiculaire des lèvres.

Les deux malades dont M. Sée a fait le sujet de cet entretien, rappellent à de certains égards cette affection, mais avec quelques différences cependant qui les en séparent, du moins pour l'un d'eux, comme on va le voir.

L'un de ces malades est un homme dont la profession consiste à distribuer des imprimés sur la voie publique ; il y a quelques mois, ayant été très-bien portant jusque-là, il éprouva des difficultés pour parler et surtout pour prononcer certains mots et certaines lettres, les lettres labiales notamment. La parole s'est embarrassée de plus en plus depuis ; mais l'organe de la déglutition est resté jusqu'ici intact ; ce qui n'empêche pas M. Sée de porter un pronostic grave sur ce malade, qui n'a encore à présent qu'une paralysie de la langue, c'est-à-dire un seul des éléments de la maladie de M. Duchenne, le *glosso*, mais qu'il considère comme destiné à devenir successivement glosso-labio-laryngo-pharyngo, et enfin pneumo-gastrique.

Quant au deuxième malade, qui est un contrôleur des petites voitures, son cas est plus obscur et beaucoup moins facile à bien définir. Il a aussi une difficulté de parler, mais à cet embarras de parole se joint un tremblement général, complication qui n'a été signalée nulle part comme dépendant de la maladie en question. Ce malade serait-il aphasique? M. Sée ne le pense pas, et il se fonde en cela sur l'absence de tout trouble dans les idées. L'embarras de la parole est bien ici le fait d'une paralysie des muscles de la langue et non celui de troubles psychiques. Serait-ce de la paralysie générale? Mais on vient de voir qu'il n'y a aucun trouble cérébral ; ce malade n'a jamais présenté la moindre apparence de délire et notamment de ce délire des grandeurs qui est, comme on le sait, un des premiers symptômes de la paralysie générale. D'un autre côté, le caractère du tremblement exclut l'idée que l'on pourrait se trouver en face d'un cas d'alcoolisme. C'est, en effet, un tremblement de la totalité des membres que l'on observe chez cet homme, et non point ce tremblement partiel des mains et des avant-bras caractéristique de l'affection alcoolique.

Est-ce une affection de la moelle épinière ? De quelque côté que l'on se retourne on ne voit que doute et difficultés. M. Sée voit là un type mixte dans lequel la lésion, au lieu d'être uniquement circonscrite dans le bulbe rachidien comme dans les faits purs de paralysie glosso-labio-laryngée de M. Duchenne (de Boulogne), s'étend probablement du bulbe à la moelle épinière. Ce serait un de ces exemples de complication ou de maladies associées, signalées par M. Duchenne, dans lesquels la paralysie glosso-labio-laryngée existerait coïncidemment avec une autre affection analogue, comme dans le fait cité par cet auteur d'une paralysie progressive de la langue, du voile du palais et des lèvres, coïncidant avec l'atrophie musculaire progressive limitée à quelques muscles des membres supérieurs (1).

Un exemple de ce genre a été communiqué tout récemment à la Société de biologie par M. Joffroy. Il s'agit d'un jeune malade offrant entre autres phénomènes, des troubles de la motilité du côté des lèvres, de la langue, du voile du palais et du larynx. Une affection cardiaque avait été le point de départ d'embolies multiples déterminant de la paralysie non-seulement dans les parties qui viennent d'être énumérées, mais encore dans les membres supérieurs et inférieurs alternativement à droite et à gauche. Il y avait eu aussi perte de la vision dans l'œil droit. Dans l'opinion de M. Joffroy c'était là un cas de paralysie labio-glosso-laryngée à forme apoplectique et d'origine bulbaire ; les lésions anatomiques multiples, causes de ces symptômes, siégeaient dans l'œil, dans le cerveau, dans le cervelet et dans le

(1) *De l'électrisation localisée et de son application, etc.*, par Duchenne (de Boulogne), 3e édition. Paris, 1872.

bulbe dont l'altération avait déterminé la paralysie labio-glosso-laryngée.

Les deux faits du service de M. Sée méritent d'être étudiés; ils le seront, et s'il y a lieu, nous ferons connaître plus tard ce qu'aura appris une étude plus approfondie et plus prolongée.

Deux observations de fièvres catarrhales et malignes, l'une à forme cérébrale, l'autre à forme pneumonique.

Nos lecteurs n'ont pas oublié les faits de fièvres intermittentes pernicieuses, pneumoniques, sans origine paludéenne, que nous avons insérés dans les numéros des 2 et 4 janvier dernier, et les réflexions qu'ils ont suscitées de la part de quelques-uns de nos correspondants. L'un d'eux, M. le docteur U. Lavit, de Cessenon, vient de nous adresser à cette occasion et comme document à joindre au procès qui s'instruit sur cette question toujours pendante de pyrétologie, les deux observations suivantes que nous publions avec les réflexions dont notre confrère les a accompagnées.

1re Observation. — Le 10 avril 1869, je suis appelé auprès d'un homme de vingt-cinq ans, assez vigoureux se plaignant de céphalalgie modérée avec malaise général. Langue blanchâtre; pas de fièvre.

Le 11. — Même état; parole lente, réponses difficiles.

Le 12. — Hallucinations passagères et tranquilles. Pouls à 72, chaleur modérée; moiteur; quelques frissons peu marqués. Prescription : potion avec 1 gramme de sulfate de quinine, 2 grammes résine de quinquina; une cuillerée de deux en deux heures.

Le 13. — Le matin, à six heures, pouls à 72; les hallucinations persistent; réponses brèves; puis, tout à coup, rire et délire; plus de réponse aux questions; yeux grandement ouverts. A dix heures, mandé en toute hâte, je trouve le malade dans un état de mort apparente; contracture du bras, roideur générale; le pouls bat et donne 120 pulsations très-perceptibles.

Je crus pouvoir rassurer la famille et lui annoncer qu'on verrait sous peu le malade sortir de cet état, quand j'appris que la potion avait été administrée. En effet, à midi, le malade revint à lui avec un pouls à 92, puis 88, 80 et le soir 72. Je répète quinine, 10 centigrammes, résine de quinquina, *idem*, pour un paquet, toutes les heures.

Le 14. — Abattement, assoupissement, réponses longues à venir; pas de souvenir de la veille; pouls à 68, 80, 72; température modérée. Quinine continuée, mêmes paquets, de deux en deux heures.

Le 15. — Amélioration plus marquée, parole moins lente, caillots de sang noir rendus par le nez, expectoration de matières sanglantes venant des fosses nasales postérieures; la poitrine a toujours été dans son état normal. Le pouls 76, 80. Le malade redoute énormément le bruit et la lumière. Sulfate de quinine à continuer.

Bouillons, crèmes, jus de viande, comme toujours.

Le 16. — Grande amélioration; visage serein; pas d'abattement; faim; P. à 72. Le malade, d'un naturel tranquille, ne peut supporter le moindre bruit et recommande qu'on ne touche pas à son lit. (Sensibilité extrême.) Apparition de sudamina et de quelques boutons de miliaire sur le thorax. Suspension du sel quinique; potion cordiale.

Le 17. — A minuit, je suis demandé par le malade, qui sent sa tête tendue, les oreilles bouchées quoique l'ouïe soit normale. Je fais reprendre la quinine de deux en deux heures.

A ma visite du matin, abattement; tête embarrassée. Le pouls est à 72; la température modérée. (Même médication.)

A une heure de l'après-midi, même état; le malade, assoupi, croit qu'on l'appelle à chaque instant. Une selle est rendue après des efforts; les urines sont toujours à peu près normales. Le soir, le pouls bat 60.

Le 18. — Amélioration; pouls à 48 seulement; quinine supprimée.

Les jours suivants, amélioration progressive et guérison; le pouls remonte à 72, état normal. La convalescence est longue, la marche difficile, etc., quoique la maladie ait eu une durée relativement courte.

2e Observation. — V..., du hameau de P..., âgé de vingt-trois ans; constitution forte, facies bilieux, tombe malade le 14 avril 1869, à la suite d'un refroidissement humide. Il faut dire aussi que, depuis environ trois semaines, il était tourmenté par un point de côté qui ne l'empêchait pourtant pas de travailler.

Le 16 avril. — Première visite. Point de côté à droite; expectoration sanglante; chaleur modérée. P. 108. Pneumonie parfaitement caractérisée. Douze sangsues *loco dolenti*; looch kermétisé.

Le 17. — Les sangsues ont extrait beaucoup de sang; le pouls est à 100; râles crépitants plus rares; matité plus difficile à limiter.

Le 18. — La douleur de côté, qui s'était calmée, réapparait; la pneumonie s'est étendue; râles crépitants dans les deux poumons; matité des deux côtés. Apparition de l'élément malin. *Hallucinations tranquilles*. P. 104.

Un grand vésicatoire; potion kermétisée.

Bouillons, crèmes, eau vineuse.

Dans la soirée, éruption miliaire, comme pustuleuse, sur le thorax; hallucinations plus marquées; paroles incohérentes. Dans la nuit, chaleur vive; barre épigastrique; ne peut supporter le vésicatoire, qui provoque une cuisson atroce; agitation; hallucinations effrayantes; rêves absurdes.

Le 19. — Facies excité; réponses brusques; rit sans raison; pouls 104; température ordinaire; moiteur. Éruption très-étendue vers le dos et la région de l'occiput.

A ce moment, la pneumonie, ou plutôt la fluxion pulmonaire, est à peu près insignifiante. Sulfate de quinine, 10 centigrammes, de deux en deux heures. Bouillons, jus de viande, etc.

Le 20. — Amélioration; pouls 92; mais les hallucinations persistent. Le malade regarde avec étonnement l'entourage. Éruption confluente étendue aux membres. Le soir, le malade se lève debout sur son lit et parle à haute voix; hallucinations. Depuis vingt-quatre heures le sulfate de quinine alternait avec un paquet de résine de quinquina de 20 centigrammes. Je fais joindre les deux paquets à chaque prise, de deux en deux heures.

Le 21. — Je suis mandé en toute hâte, à trois heures du matin. Délire violent; hallucinations continuelles; maintenu dans son lit par quatre hommes; pouls 128; température en rapport. Je donne de suite quinine : 30 centigrammes, mêlée à la résine de quinquina : 40 centigrammes. Sinapismes.

Demi-heure après, même état. Le médicament n'agit pas; les hallucinations et le délire ont augmenté; cris, vociférations; efforts extraordinaires pour échapper aux gardiens; puis, tout à coup, abattement, paroles de plus en plus sourdes; mort.

Ces deux observations curieuses, émouvantes, ont été choisies dans un plus grand nombre, en raison de leur gravité et des détails étendus qui ont pu être saisis.

Comment appeler ces affections qui ont certainement un fond commun avec des manifestations locales différentes? Dans la première verra-t-on une fièvre intermittente pernicieuse? mais où sont les accès et les rémissions?

Dans la journée du 13, il y a eu une forte secousse; le pouls est bien monté à 120, pour redescendre à 72, sans frisson initial, sans sueurs. Si le quinquina n'avait pas été administré, je ne crains pas d'affirmer que cette rémission du soir ne se serait pas produite; le malade serait probablement mort; mais avant de monter à 120, le pouls se serait progressivement élevé à 90, 100, etc., comme je l'ai vu dans d'autres cas. On peut dire

que la quinine a précipité le dénoûment. Ces maladies sont des fièvres continues, qui s'entachant de malignité conduisent progressivement le malade à sa perte, malignité que Trousseau fait ressortir dans son *Traité de thérapeutique* (p. 563, 8e édition). Je dois ajouter que la fièvre paludéenne est rare et bénigne chez nous, qu'elle n'amène jamais à sa suite les accès pernicieux ; ces derniers sont inconnus ici, du moins avec les caractères classiques qu'on leur prête. Alors pourquoi se manifesteraient-ils toujours d'une manière si vague et si douteuse, et se grefferaient-ils le plus souvent sur d'autres affections ?

De plus, la rate, souvent examinée par la palpation et la percussion, ne m'a jamais rien révélé d'anormal. Pourquoi donc chercher des explications artificielles, invoquer des influences maremmatiques, alors que nos auteurs anciens, les Fernel, Baillou, Stoll, Selle, Grimaud, Pinel, Récamier, etc., nous ont laissé de précieux documents à ce sujet, et m'autorisent, en y joignant mes humbles réflexions, à appeler ces maladies des *fièvres catarrhales, fluxionnaires, hyperémiques*, peu importe le mot, *malignes*, dont les manifestations ne sont rien en considération de l'infection générale qui existe avant tout et au-dessus de tout ; la lésion n'est que subordonnée et secondaire. La première observation serait donc pour moi une *fièvre catarrhale maligne* à forme ou variété *cérébrale*. Je dois ajouter immédiatement que c'est la plus grave. Il y a aussi, bien entendu, des fièvres catarrhales bénignes à forme cérébrale ou toute autre, et en bien plus grand nombre.

La deuxième observation semble donner bien moins de prise à une explication intermittente pernicieuse. Comment pouvait-on voir autre chose au delà de cette pneumonie si bien caractérisée, le diagnostic n'était-il pas difficile, au début surtout ? Trop, malheureusement, car je me serais bien gardé de faire une émission sanguine qui donne à l'organisme un coup presque toujours mortel. Je regrette de ne pas avoir augmenté le sel quinique jusqu'à obtenir la disparition des hallucinations ; mais je l'ai essayé en vain dans d'autres cas, la débilitation avait tout compromis.

On ne peut guère, je suppose, en raison de l'éruption miliaire, attribuer les accidents à une suette, car le symptôme primordial a manqué ; et quoique ces deux cas aient présenté cette éruption à un degré insignifiant dans le premier, je dois ajouter que, dans bien d'autres, je n'ai rien vu de pareil.

Mais finalement, peu importerait la désignation de ces affections si nous étions tous d'accord sur les moyens à employer pour les combattre, car c'est là l'important.

Je suis heureux de m'accorder parfaitement sur ce terrain avec les estimables confrères qui ont naguère apporté leur part de lumières.

On est à se demander dans ce deuxième cas, comment une si belle et si confluente éruption (le corps en était littéralement couvert) n'a pas empêché cette fluxion, ce raptus vers l'encéphale produisant le délire. C'est qu'il faut entrevoir, outre la lésion, l'empoisonnement de l'organisme, la viciation du sang par le développement d'un je ne sais quoi, que les savants cherchent et qui s'appellera microzymas, bactéries et bâtonnets ou autrement, si cette découverte n'est pas au-dessus des investigations de l'esprit humain. J'appellerai ce deuxième cas *une fièvre catarrhale maligne à forme pulmonaire ou pneumonique*.

Si je n'avais pas craint de trop étendre un écrit déjà bien long, j'aurais pu ajouter une observation de la même affection à *forme abdominale*. De cette manière, l'affection catarrhale aurait été étudiée dans ses trois manifestations locales.

Je pense compléter plus tard ce que je pourrais appeler cette trilogie morbide, dans laquelle la thérapeutique joue un rôle vraiment admirable et donne à notre profession un incontestable éclat. »

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 19 mars 1873 (1). — Présidence de M. Trélat.

DISCUSSION

Sur les méthodes d'extraction de la cataracte.

La discussion est ouverte par une lecture de M. Giraud-Teulon.

L'auteur commence par résumer les considérations qui lui font exclure de la discussion les méthodes de l'abaissement et de la discision ou broiement.

Malgré les brillants résultats qu'elle procure dans les cas exclusifs de ses indications, la discision n'est que d'un usage extrêmement circonscrit et limité aux cataractes tout à fait molles ou du jeune âge.

Quant à l'abaissement, ses dangers consécutifs depuis longtemps démontrés et qui l'avaient depuis longtemps relégué fort loin en arrière de l'extraction, ne lui laissent même plus aujourd'hui d'indications réelles.

La discussion actuelle sera donc circonscrite expressément dans le département de l'extraction, et portera sur la comparaison à établir au point de vue des résultats entre la méthode classique à lambeau, de Daviel, et les différents procédés nouvellement introduits dans la pratique sous la dénomination « d'extraction linéaire simple ou modifiée. »

Et d'abord, continue l'auteur, pourquoi cette discussion, et en quoi a pu démériter la brillante méthode de Daviel? Parce que, dit-il, cette méthode, entre les meilleures et les plus habiles mains, compte 1° au moins *dix pour cent* de désastres complets et dix pour cent encore de demi-succès seulement; 2° parce que les plus cruels de ces insuccès, dus à des suppurations partielles ou complètes de la cornée, doivent de toute évidence être rapportés aux difficultés et entraves que rencontre la réparation de la plaie.

Des recherches, des observations ont, en outre, démontré que ces obstacles à la cicatrisation de la plaie reconnaissaient pour origine deux circonstances prédominantes :

1° Le peu d'énergie nutritive départie à la cornée, et amoindrie encore par l'étendue de la section comparativement à celle des sources de nutrition (la surface entière de la cornée ne recevant plus d'éléments nutritifs que par la moitié, au lieu de la totalité de sa circonférence);

2° La mobilité d'un lambeau reposant uniquement sur cette même demi-circonférence et absolument comparable à une valve ou porte libre autour d'une simple charnière.

Chacune de ces considérations a servi de point de départ aux recherches nouvelles :

Les premières en date ont conduit Jacobson à chercher dans le lieu où placer l'incision des conditions de nutrition plus assurées et mieux équilibrées. Dans sa méthode, l'incision au lieu d'être pratiquée dans la portion transparente de la cornée, est éloignée du centre de cette membrane et ouverte dans un plan parallèle à l'iris, comme la première, mais tout à fait tangent à cette membrane et en avant d'elle. Cette situation permet : 1° de diminuer dans le rapport des deux cinquièmes à trois cinquièmes la portion de circonférence intéressée (condition tout à l'avantage de la réparation nutritive);

2° D'accroître cette énergie nutritive de toute la supériorité de puissance réparatrice dont la sclérotique est douée relativement à la cornée;

3° De diminuer la mobilité du lambeau dans le rapport inverse de sa hauteur à celle du lambeau de Daviel.

---

(1) Fin. — Voir le numéro du 5 avril 1873.

La méthode de Jacobson consiste ainsi, en deux mots, *dans la position sclérale de la plaie.*

Les conséquences précieuses de cette modification sont celles que nous venons de dire.

Les infériorités (et on réduira tout à l'heure l'étendue de ce mot) sont : 1° la nécessité d'inciser l'iris forcément projetée comme dans toute plaie périphérique étendue;

2° Une certaine difficulté à déterminer l'issue de la cataracte, quand on la compare à sa sortie si facile dans l'opération de Daviel.

Les résultats finaux de cette méthode lui assurent, en définitive, une perte maximum de trois cinquièmes d'yeux sur cent comme dans les méthodes dites linéaires. L'orateur, en raison de la facilité de son exécution et du chiffre de ses succès, ne saurait trop lui donner d'éloges et le recommander aux chirurgiens à pratique générale et qui n'ont ni le temps ni les grands nombres nécessaires à un apprentissage tout spécial.

Méthodes linéaires. — Dans ces méthodes, c'est la mobilité du lambeau, considérée au point de vue de la cicatrisation, qui se trouve particulièrement visée par leur auteur, l'illustre de Graefe.

Il annule le lambeau en plaçant son incision, non plus *dans un plan parallèle* à l'iris, ou seulement d'un léger degré d'inclinaison sur cette membrane, mais dans le plan d'un grand cercle de la sphère cornéale, dans un plan *perpendiculaire* à cette surface. Cette incision jouit alors de toutes les propriétés de la ligne droite sur le plan. Dans ce plan de grand cercle, toutes les actions et réactions, quelle que soit leur direction, sont égales en tous les points de la circonférence; cette ligne y joue entièrement le rôle de la *ligne droite;* d'où la dénomination de *linéaire.* La coaptation pourra donc s'y faire et s'y fait, puisque, sans exception, par *première intention*, la mobilité y est nulle.

Par une heureuse rencontre, il se trouve, que cette incision peut jouir des avantages de celle de Jacobson; elle aussi siége dans le limbe *scléro-cornéal.*

Cette méthode est une grande et précieuse découverte : elle a réduit, comme celle de Jacobson, de 5 à 3 p. 100 les pertes complètes de l'organe; sur cette dernière, elle a l'avantage de réduire encore de moitié la durée de la réparation cicatricielle.

Mais comme cette dernière également, elle nécessite l'iridectomie, et à ce titre, se voit encore l'objet de nombreuses oppositions.

L'auteur va montrer tout à l'heure que ce n'est pas là son véritable côté faible.

Ce côté faible, ce sont les difficultés que rencontre le dernier acte opératoire, *l'expulsion* proprement dite de la cataracte.

On n'a peut-être pas, en effet, assez remarqué que les circonstances même qui offrent, dans le choix d'un grand cercle de la sphère pour lieu de l'incision, une scène si particulièrement favorable à la réunion immédiate de cette plaie, après la sortie de la lentille, créent, par contre, un assemblage inquiétant d'obstacles et d'entraves contre cette expulsion. Ainsi, au moment où le cristallin, pressé *a tergo*, se présente, arrive au contact des lèvres de la plaie pour les entre-bâiller, la pression qu'il transmet aux lèvres de la boutonnière, porte, en vertu des lois hydrostatiques et des propriétés du grand cercle, avec une intensité presque égale sur les extrémités et sur le centre de la plaie. Il tend donc à peu près aussi bien à fermer cette plaie qu'à l'ouvrir.

Il en est ainsi toutes les fois que les dimensions de la cataracte ne sont pas notablement inférieures à la surface de la plaie supposée béante. Ce n'est pas, il est vrai, le cas théorique : les dimensions dont nous venons de parler étant physiologiquement de quelque peu supérieures du côté de la plaie. Mais l'écart entre ces éléments est assez réduit pour donner place à de nombreuses exceptions; et ce n'est pas du tout chose rare que trop d'égalité entre les dimensions du corps à extraire et celles de la porte de sortie.

C'est ce qui explique toutes les hésitations évidentes encore dans les premières descriptions du manuel correspondant à ce temps de l'opération; manuel absolument confus et dangereux jusqu'au moment où Weber a formulé nettement l'avis de faire artificiellement bâiller la plaie *avant* tout apport de force expultrice.

Si cette manœuvre n'est pas parfaitement exécutée, pour peu qu'il y ait, soit des adhérences du cristallin à la capsule, soit quelque rigidité dans celle ci, soit une insuffisance de sa discision, soit un certain degré de ramollissement du vitré, soit quelque fragilité primitive de la zonule, on ne manque pas d'engager entre les lèvres de la plaie le corps vitré avant la cataracte. Or, on sait que toute procidence primitive du vitré est un des accidents les plus compromettants pour le sort de l'opération; déterminant la luxation du cristallin, il oblige à l'intervention des instruments tracteurs (introduction des curettes dans la chambre postérieure), et une issue favorable de l'opération perd un grand nombre de ses chances.

C'est dans cet ordre de dangers qu'il faut voir, suivant M. Giraud-Teulon, le véritable côté faible des incisions linéaires de la première époque de la méthode, des incisions linéaires *périphériques;* à savoir : *une issue laborieuse dépendant d'une porte trop étroite.*

Une seconde conséquence des incisions périphériques est la nécessité impérieuse de l'iridectomie, et c'est cette adjonction nouvelle de l'amputation de l'iris aux temps anciens de l'extraction qui a paru à la généralité constituer le caractère et les inconvénients de la nouvelle méthode.

Pour être fixé sur le mérite de cette opinion, il convient de poser ici les bases d'une appréciation exacte des conséquences réelles de l'iridectomie.

Ces conséquences sont de trois sortes : esthétiques, fonctionnelles, chirurgicales.

Or, l'esthétique ne peut guère figurer dans la question que sous la réserve qu'elle doive, à elle seule, faire pencher la balance entre deux procédés rivaux, entre lesquels tout serait égal d'ailleurs.

Ne nous occupons donc que des deux autres ordres de considérations : perturbations fonctionnelles apportées par l'iridectomie.

Elles sont de deux sortes : *l'éblouissement*, si la pupille artificielle est trop grande et mal localisée. Cet inconvénient peut, la plupart du temps, être évité, si l'on a la possibilité, habituelle d'ailleurs, de placer le coloboma dans la région recouverte par la paupière supérieure.

Secondement, l'accroissement des cercles de diffusion des images. Or, les cercles de diffusion ne portant que sur les images non exactement faites, les images exactes ne seront aucunement troublées par une pupille plus ou moins large, plus ou moins irrégulière. Or, chez l'opéré de cataracte, les images polaires sont seules rendues exactes par le verre correcteur de l'état de la réfraction qu'a modifié l'opération.

Les seules images excentriques auront donc à subir les effets du coloboma; mais, comme nous venons de le dire pour l'éblouissement, cette seconde imperfection peut être annulée par le choix de l'emplacement du coloboma.

Dans tous les cas, la perturbation visuelle que nous venons de définir sera le plus souvent inférieure à celles produites par l'astigmatisme cornéal, conséquence directe et fréquente des cicatrisations vicieuses qui suivent l'extraction à lambeau et déforment la membrane.

Passons aux conséquences purement chirurgicales.

Les données classiques de la science faisaient grandement redouter autrefois aux chirurgiens toute lésion, tout froissement de l'iris pendant les opérations qui se pratiquent sur les parois de la chambre antérieure. Ces données sont absolument contredites par celles de notre époque. Non-seulement elles démontrent l'innocuité presque constante de l'ablation d'un secteur de l'iris, mais même lui attribuent dans toutes les circonstances où elle est scientifiquement pratiquée (et en dehors de l'opération qui nous occupe) une influence prospère, parfaitement définie.

Ainsi : 1° il est constant que l'iris offrant un coloboma même récent, acquiert par là beaucoup plus d'indifférence aux contusions et aux froissements;

2° Il n'est pas moins démontré que l'iridectomie, par la détente

qu'elle apporte dans la pression intra-oculaire, constitue un moyen antiphlogistique spécial dans les phlegmasies de l'organe;

3° Une pupille primitivement contracturée ou rigide, résistant à l'atropine, reprend, après l'excision, ses facultés de dilatation sous l'influence du mydriatique.

A tous ces points de vue, l'irridectomie est donc bien plutôt *salutaire que redoutable*.

Mais elle devient indiquée ou même urgente, soit dans les procidences irréductibles (comme à la périphérie), soit en cas de luxation du cristallin, et dans toute circonstance où doivent être introduits des instruments tracteurs.

Où sont donc ces inconvénients? Nous n'en voyons guère qu'un seul, le pincement ou enclavement double ou simple d'une des lèvres de la solution de continuité de l'iris dans les commissures de la plaie cornéale. Cet enclavement peut, dans quelques cas, amener une rétraction consécutive, exceptionnellement continue, de la marge pupillaire vers la périphérie de la cornée. A l'extrême rigueur, cette rétraction continue peut aller jusqu'à transformer le diaphragme irien en une membrane fermée et formant tambour.

Mais cet accident qui peut se réaliser dans *toute* perforation de la cornée, est *tout aussi commun* dans les opérations qui n'admettent pas l'excision préalable de l'iris. Il ne saurait donc être opposé comme un argument à ce temps de l'acte opératoire.

D'ailleurs, à ce dernier égard, l'iridectomie porte en elle son propre remède; en la pratiquant, secondairement, à l'autre extrémité du diamètre, tous les accidents sont à l'instant annihilés.

D'après ces considérations, on devra conclure avec l'auteur que, dans l'extraction, l'iridectomie est un secours, une garantie et non un apport de gêne. Pour notre compte, ajoute M. Giraud-Teulon, dans aucun de nos insuccès nous n'avons eu une seule fois à incriminer l'iridectomie; dans tous, au contraire, nous avons dû lutter contre une expulsion laborieuse. Là est l'ennemi, là seulement le danger.

Ces prémisses établies, le riche bilan offert par la méthode linéaire accepté (de 5 à 3 p. 100 d'insuccès complets), pourquoi, dira-t-on, instituer encore de nouvelles recherches; pourquoi poursuivre d'autres improbables perfectionnements?

On vient de le dire : parce que, dans la méthode de de Graefe, *l'issue est encore souvent laborieuse.*

Ce n'est pas par caprice que l'on voit *toutes* les écoles, s'écartant plus ou moins du principe même de la méthode, rapprocher plus ou moins l'incision linéaire de la direction d'un lambeau petit ou moyen.

Dans ses derniers temps, de Graefe lui-même ne portait-il pas le sommet central de son incision jusqu'à plusieurs millimètres au delà du canal de Fontana? C'était décrire un lambeau, c'était abandonner le principe même de la méthode, tout en lui laissant son nom.

Pour la même raison, depuis sa mort, les écoles qui ont survécu à la sienne s'éloignent également, mais cette fois en se rapprochant du centre de la cornée, des positions réglementaires. Il n'y a pas que M. Weber qui pratique toujours et exactement, avec des couteaux lancéolaires cylindriques, la véritable incision des premiers temps. Les premiers succès qui nous avaient conquis à cette méthode n'ayant pas été suivis de séries aussi heureuses, nous nous sommes vu contraint, quant à nous, à abandonner ce terrain, et à nous engager, *proprio motu*, dans la ligne même que nous a décrite dernièrement M. Notta. Comme toutes les écoles que nous venons de citer, nous cherchons à nous procurer une expulsion moins laborieuse. Nous l'avons dit, dans les incisions linéaires périphériques, la porte de sortie est la plupart du temps trop étroite. Ajoutons que, malgré ses brillants résultats, la méthode de Graëfe ne devient qu'à la longue tout à fait satisfaisante, et encore avec les amendements qu'on lui apporte de tous côtés. Les statistiques du début, celui de l'apprentissage individuel, sont loin d'apporter autant d'éléments encourageants; aussi chacun cherche-t-il conscient ou non, à s'ouvrir pour le cristallin une issue plus facile.

C'est pour répondre à cette nécessité que M. Notta, que nous-même, avons été conduits à inscrire l'incision linéaire dans un grand cercle, soit exactement transversal, soit très-voisin de l'horizontalité. Là, notre collègue, ainsi que nous-même, n'avons eu qu'à nous louer extrêmement de cette apparente innovation. Car, pour rendre hommage à la vérité, ni l'un ni l'autre de nous n'a droit à réclamer la priorité de cette méthode. Elle se trouve décrite tout au long dans les comptes rendus du Congrès international ophthalmologique de 1867, et est due à M. Kuchler, de Darmstadt.

Dans l'incision de Graëfe, les points de ponction et de contreponction sont situés à $0^{m},0015$ en dehors du bord transparent de la cornée (dans le limbe scléro-cornéal); il en est de même dans la méthode de Kuchler; seulement cette ligne est exactement dans le diamètre transversal, et le sommet passe en plein sommet de la cornée. Cette direction est aussi la nôtre, avec cette exception que nous inclinons un peu le couteau de façon à porter le centre de l'incision entre $0^{m},001$ et $0^{m},002$ au-dessus du sommet même de la cornée. M. Notta entre dans la cornée et en sort dans le diamètre transparent même, à ses extrémités; c'est la seule différence à noter dans sa manière de faire et la nôtre.

Contrairement à des craintes *à priori* légitimes, cette incision ouvre une porte très-suffisante à la lentille, laquelle sort avec une extrême aisance, exactement comme dans la méthode de Daviel et par un mécanisme identique. Elle ne donne pas lieu à procidence primitive du vitré, n'exige aucun effort sensible de pression. Enfin, appartenant à un grand cercle de la sphère, elle jouit de toutes les qualités propres à favoriser une réunion par première intention de la plaie. Cette réunion a lieu dans la quasi-généralité des cas, sans opacité cicatricielle consécutive appréciable; or, il faudrait qu'une telle opacité eût des dimensions notables en largeur pour devenir une cause importante de perturbation fonctionnelle.

Le seul inconvénient que nous ayons reconnu à cette méthode, c'est la formation constante dans les cas qui nous sont propres, dans la moitié des cas chez M. Notta, d'enclavement irien dans la plaie. Cet enclavement, qui peut être évité le plus souvent au moment de l'application du premier appareil, peut cependant se trouver reproduit dans les périodes consécutives de la cicatrisation. Son mécanisme, en tant que consécutif, ne nous est pas encore bien connu. Quant à ses effets, ils ne peuvent être considérés, *à priori*, comme indifférents. Cependant les plus considérables de ces pincements observés par nous et s'élevant au degré d'une véritable hernie, n'ont exigé d'autre traitement que l'ablation de la partie herniée.

Nul effet plus fâcheux ne nous a jusqu'à présent fait regretter, en aucun cas, l'adoption de ce procédé.

D'ailleurs, le remède assuré, au premier trouble notable, n'est-il pas tout près de nous dans une iridectomie secondaire.

Les adversaires de l'iridectomie trouveront dans ce procédé de très-grandes probabilités pour échapper à sa nécessité. Mais ce n'est pas là, à notre sentiment, le vrai mérite qui le distingue. C'est la facilité remarquable de l'évolution expultrice, réunie à une coaptation par première intention; c'est l'association, *ex æquo*, des deux qualités fondamentales des méthodes de Daviel et de Graëfe : l'aisance de l'extraction réunie à la coaptation immédiate et par le seul équilibre hydrostatique du globe.

PRÉSENTATION DE PIÈCES

M. LABBÉ lit une observation et présente une pièce de lipôme du plancher de la bouche, de la part de M. Worms. (Renvoyé à une commission composée de MM. Dolbeau, Labbé et Després.)

M. RAOULT-DESLONCHAMPS présente les appareils décrits dans la brochure présentée par M. Larrey au début de la séance. L'auteur dit qu'à l'aide de ces appareils, des malades atteints de fracture de jambe et de cuisse peuvent se lever immédiatement. Ils permettent de guérir sans raccourcissement les fractures du fémur.

M. LE FORT ne pense pas qu'un appareil quelconque puisse permettre aux malades de se lever au lendemain d'une fracture de jambe. De plus, il préférerait le fer-blanc au zinc, qui se brise

plus facilement. En somme, l'appareil qui est présenté à la Société n'agit pas autrement que l'appareil plâtré.

M. LARREY fait observer que les appareils de M. Raoult-Deslonchamps ont surtout pour but de mieux contenir les membres fracturés et peuvent rendre service dans la chirurgie d'armée.

M. DESPRÉS préfère les attelles plâtrées introduites dans la pratique et la chirurgie par M. Maisonneuve.

La séance est levée à cinq heures.

Le secrétaire : TILLAUX.

CORRESPONDANCE

Djeddah, 10 mars 1873.

A M. le Dr Le Sourd, directeur de la Gazette des Hôpitaux.

Monsieur le directeur,

Le pèlerinage de la Mecque vient de s'accomplir dans les meilleures conditions d'hygiène et de santé. Cet heureux résultat prouve jusqu'à l'évidence que l'épidémie cholérique qui régnait l'année dernière dans le Hédjaz était bien définitivement close, et qu'il n'a pas eu d'importation nouvelle.

Les cérémonies religieuses ont commencé à l'Arafat le 7 février, elles ont duré comme d'habitude trois jours, pendant lesquels toutes les mesures de salubrité, prises d'avance par la commission médicale chargée de la police sanitaire du pèlerinage, ont été strictement observées, sous la haute surveillance de S. A. le grand chérif de la Mecque.

Pendant ces trois jours de fête, l'état sanitaire s'est maintenu parmi les pèlerins dans des conditions très-satisfaisantes.

Le pèlerinage de cette année a été par une circonstance particulière du rit musulman (hadj-el-ekper), beaucoup plus considérable que celui des années passées. Le nombre des pèlerins réunis à Mina, vallée des sacrifices, a été estimé par le grand chérif à 200,000 hadjis, parmi lesquels 40,956 ont débarqué à Djeddah, 3,000 à Yambo, port de Médine, et 2,155 à Lyte, petit port de la mer Rouge, à quelques milles au sud de Djeddah. Ces 46,111 pèlerins sont arrivés à destination sur 87 bateaux à vapeur, 12 voiliers trois-mâts et par plusieurs *sambouks*.

Voici comment ce chiffre se décompose : 14,387 venaient de l'Océan indien ; 8,767 Malais fournis par les îles de ce nom, et 5,620 Indiens provenant du continent, s'étaient embarqués à Calcutta, et principalement à Bombay. 18,919 venaient viâ canal de Suez, parmi lesquels 7,244 Mogrébins, 5,417 Ottomans, 5,753 Égyptiens et 505 Caucasiens. 3,003 venaient en dehors de Bab-el-Mandeb, 871 de la mer d'Oman et 2,132 de Bassorah et des ports du golfe Persique, etc. La plus grande partie était venue, comme d'habitude, par caravanes, d'Égypte, de la Syrie et surtout de l'Arabie centrale.

Parmi les pèlerins débarqués à Djeddah, Yambo et Lyte, on a compté 2,528 indigents, qui n'avaient pas de quoi payer la taxe de 10 piastres à laquelle sont sujets, depuis l'an dernier, les pèlerins et voyageurs se rendant dans le Hédjaz et l'Yémen par les ports de la mer Rouge, et 834 enfants au-dessous de sept ans, qui, du reste, sont dispensés de ce droit.

Il appert du relevé qui précède, que les Mogrébins ont fourni le plus grand contingent au pèlerinage de cette année; nous en avons reçu, en effet, et par les bateaux à vapeur, et par *sambouks*. Ces derniers provenant de Suez, dans un grand état d'encombrement, étaient en général chargés d'indigents, dénués de ressources pécuniaires, vivant d'aumônes précaires recueillies sur leur route ou de secours fournis par les autres pèlerins ; quoi qu'il en soit, ils débarquaient tous hommes, femmes et enfants, dans un triste état de misère et de malpropreté. Décidément, ces malheureux ont remplacé pendant ce pèlerinage les Takrouris d'Afrique, qu'un ordre formel de S. A. le Khédive, motivé par la présence du choléra en Nubie, actuellement éteint, a interdit, pour cette année, le passage aux villes saintes ; j'ai hâte d'ajouter, au grand honneur de l'intendance sanitaire d'Alexandrie, que cet ordre a été strictement observé par ses préposés sanitaires de la côte d'Afrique, et qu'aucune barque n'a apporté à Djeddah, ni à Yambo, ni débarqué clandestinement sur notre côte de ces gens. Mes renseignements à cet égard ne laissent aucun doute : le docteur Raïf Effendi, notre médecin sanitaire à la Mecque, a, sur ma demande, procédé à une enquête, de laquelle il résulte qu'aucun Takrouri n'est arrivé cette année-ci à la Mecque.

La même interdiction, non moins bien observée, a été appliquée aux habitants des villes du littoral africain de la mer Rouge. En attendant qu'on étouffe le choléra à sa naissance, dans le delta du Gange ou ailleurs, n'est-ce pas là la barrière la plus sûre à opposer au fléau voyageur, toutes les fois que rien n'empêche son exécution rigoureuse?

Cette mesure, dont l'initiative est due à S. E. le docteur Colucci Bey, président de l'intendance sanitaire d'Alexandrie, n'a donné lieu, que je sache, ni dans le pays des Takrouris, ni chez les habitants du littoral, où l'esprit religieux domine encore, à aucune effervescence dangereuse.

Aucun accident cholérique n'a été observé à bord des navires qui ont transporté dans le Hédjaz des pèlerins indiens.

Les provenances du golfe de Bengale, où le choléra sévissait depuis quelque temps déjà avec plus d'intensité que d'habitude, étaient admises pendant le pèlerinage en quarantaine d'observation. Nous avons reçu de Calcutta, en patente nette, quatre voiliers trois-mâts, amenant ensemble 145 hommes d'équipage et 361 pèlerins, lesquels ont escompté trois jours de quarantaine en très-bon état de santé.

Du reste, à part quelques Malais, une dizaine environ affectés de variole, que nous avons trouvés en visitant le bateau à vapeur *Fusi Yama*, provenant de Singapore, et que le capitaine s'était empressé de dénoncer, pendant son interrogatoire sanitaire, nous n'avons rencontré dans nos visites médicales à bord des navires à pèlerins, aucune autre maladie contagieuse épidémique. D'après nos instructions, ces gens ont été placés dans une maison isolée et recommandés aux soins intelligents de mon adjoint le docteur Kadis Effendi, nommé depuis médecin sanitaire à Médine, qui a eu la satisfaction de les voir guérir tous.

La présidence de Bombay a sévèrement surveillé, cette année, l'embarquement des pèlerins qui ont pris passage dans ce port. Elle l'a déterminé sur la capacité utilisable du navire, en rapport avec le cube d'emplacement attribué à chaque passager. Les bateaux à vapeur de 700 tonneaux registre qui, l'année dernière, avaient transporté dans nos ports 800 pèlerins et plus, n'ont dû en ramener cette année que 400 seulement. Pour assurer l'exécution de cette mesure, les autorités sanitaires de Bombay exigeaient des armateurs un dépôt préventif de 5,000 roupies et relâche obligatoire du navire à Aden, où le personnel embarqué, porté sur une liste nominative, était sévèrement contrôlé par le médecin sanitaire anglais de ce port. En y retournant, les capitaines sont obligés de ramener le même nombre de passagers qu'ils en auraient embarqué en quittant Bombay.

Malheureusement, ces sages mesures n'ont pas été observées à Singapore, où les autorités sanitaires ont abandonné l'embarquement des pèlerins à la volonté arbitraire des armateurs et des agences qui les entassent à bord dans des proportions contraires au *Nativo passanger act* du conseil législatif des Indes (1).

L'Egypte aussi, je regrette d'avoir à le dire, a complétement négligé cette année, comme, du reste, l'année dernière, la surveillance de l'embarquement des pèlerins qui affluent à Suez. Vers le mois d'octobre de l'année dernière, en quittant Suez pour retourner à mon poste, j'avais pris passage à bord du bateau à vapeur de la compagnie Khédivié « *Kosséir* » de la portée nominale de 900

---

(1) Fauvel, *le Choléra*, p. 584. C'est le même règlement qui nous sert de règle de conduite dans la mer Rouge.

tonneaux, monté par 73 hommes d'équipage et 654 pèlerins que l'agent de cette compagnie avait entassés à bord dans des proportions dangereuses; en dépit des règlements en vigueur, je m'attendais toujours qu'au moment du départ, la députation sanitaire de Suez serait venue contrôler le personnel embarqué et faire descendre les passagers en sus; il n'en a été rien, à mon grand déplaisir et à celui des autres passagers; le bateau a quitté Suez dans le triste état d'encombrement où il se trouvait.

Plusieurs autres navires ont été reçus de Suez en état d'encombrement; le relevé est déjà parvenu à M. le docteur Bimsenstein, notre délégué sanitaire en Égypte; il ne saurait trop protester contre une infraction qui intéresse à un très-haut degré la santé publique en général et celle des passagers en particulier.

Parmi les pèlerins de cette année, je n'ai noté qu'un seul de distinction, le grand *nâvab* de Rempore, S. A. Ali Khan, arrivé de Bombay avec une suite nombreuse de parents, d'amis et de serviteurs; les autres étaient pour la plupart des gens ordinaires, appartenant à la classe ouvrière.

A l'heure qu'il est, les pèlerins arrivés par mer sont en grande partie dans leurs foyers, heureux et fiers d'avoir conquis le bienheureux titre de hadji; mais je m'aperçois que ma lettre est déjà bien longue, permettez-moi de vous donner quelques détails sur ce déplacement, et les conditions sanitaires dans lesquelles il s'est effectué, aussitôt qu'il sera définitivement terminé.

Veuillez agréer, monsieur le directeur, l'assurance de mes meilleurs sentiments confraternels,

Dr PASQUA,
Directeur des services sanitaires du Hédjaz.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Par décision ministérielle, M. le docteur Onimus a été nommé membre suppléant du jury pour l'Exposition universelle de Vienne (section de médecine et physiologie).

— Une médaille d'argent de 1re classe est accordée à M. le docteur Frayon, à Etuz (Doubs); Cussey 1870-1871 : a organisé une ambulance sous le feu de l'ennemi. — Belle conduite pendant toute la durée de l'occupation.

— ACADÉMIE DES BELLES-LETTRES, SCIENCES ET ARTS DE LA ROCHELLE. — *Concours pour* 1873. — La médaille d'or (grand module), de la valeur de 300 francs, sera décernée en 1873 par la Section de médecine et de chirurgie, qui met au concours la question suivante :

« Variole. — Valeur des moyens préventifs : vaccinations, revaccinations, inoculations. »

Les travaux n'embrassant qu'une partie de la question seront admis. — Chaque manuscrit devra porter une devise et être accompagné d'un billet cacheté portant à l'extérieur la même devise, et à l'intérieur le nom de l'auteur. — Le concours sera clos le 1er septembre 1873, dernier terme auquel les ouvrages devront être remis à M. le docteur Gustave Drouineau, secrétaire de la Société de médecine, 7, rue Monconseil, à La Rochelle.

— M. Chambon tient à la disposition de MM. les médecins du vaccin de génisse les mardi et mercredi, de une heure à quatre heures, rue Chaptal, 20.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Leçons cliniques sur les maladies des femmes, par T. GALLARD, médecin de l'hôpital de la Pitié. — Paris, 1873. 1 vol. in-8° de 795 pages avec 94 figures intercalées dans le texte. Prix : 12 fr. — J.-B. Baillière et fils.

Les ambulances de la Presse annexes du ministère de la guerre pendant le siége et sous la Commune 1870-1871. — Paris, 1873, 1 vol. gr. in-8° de 373 pages avec figures intercalées dans le texte. — J.-B. Baillière et fils.

Curation des maladies de la peau au moyen de l'acide phénique, par le docteur DÉCLAT. Prix : 2 francs. — Delahaye.

Le Directeur : Dr E. LE SOURD.

Paris. — Typographie A. POUGIN, quai Voltaire, 13.

N° 44. — MARDI-JEUDI 15-17 AVRIL 1873. 46e ANNÉE. MARDI-JEUDI 15-17 AVRIL 1873. — N° 44.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Bureaux : 57, rue des Saints-Pères, 57
PRÈS L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix d'abonnement
doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

On s'abonne hors de Paris
dans les bureaux des Messageries et chez les Libraires
Les lettres non affranchies sont refusées.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui n'en peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS		POUR L'ÉTRANGER
Trois mois. .	8 fr. 50 c.	le port en sus suivant les derniers tarifs des Postes.
Six mois. . .	16 —	
Un an. . . .	30 —	

Paris, le 16 avril 1873.

SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

L'Académie a procédé, dans cette séance, à une élection dans la section d'anatomie pathologique, en remplacement de M. Denonvilliers. La place a été vivement disputée. La section avait porté M. Laboulbène en première ligne, M. Charcot en deuxième ligne, et dans un ordre successif MM. Lancereaux, Empis, Cornil, Voisin. L'Académie avait adjoint à la liste le nom de M. Parrot. Après deux tours de scrutin, dont le premier avait donné un nombre presque égal de voix à M. Charcot (30) et à M. Laboulbène (29) et 16 voix à M. Empis, M. Charcot a été élu à 13 voix de majorité sur son compétiteur (45 contre 32). En donnant la majorité à M. Charcot, que la section avait mis en deuxième ligne, l'Académie a obéi au sentiment unanime qui assignait depuis longtemps cette place au chef actuel de l'école anatomo-pathologique. M. Laboulbène, si méritant d'ailleurs à tant d'égards, n'aura à subir, par la préférence donnée à son compétiteur, qu'un léger retard, une deuxième vacance existant dans cette section. Ses 32 voix en sont un sûr garant.

Après cette élection, l'Académie a entendu des rapports de M. Hardy sur des remèdes secrets et un commencement de dissertation de M. Piorry, sur la septicémie.

Au commencement de la séance, M. Th. Roussel a présenté à ses collègues une proposition de loi ayant pour objet la protection des enfants du premier âge et des nourrissons, qu'il vient de proposer à la délibération de l'Assemblée nationale. Dans un exposé des motifs très-bien fait, M. Roussel rappelle à l'Assemblée qu'il a été affirmé plusieurs fois en son nom qu'elle considère les mesures de réparation matérielle et morale du pays comme la principale tâche imposée à son patriotisme. Or le mal sur lequel notre confrère invoque l'assistance de la loi est de ceux qu'il n'est pas plus possible de nier que d'envisager avec indifférence. Nous ne reviendrons pas ici, à l'occasion de cet important document, sur des faits qui ont été longuement exposés dans les colonnes de ce journal et que tous nos lecteurs connaissent. De ces faits très-éloquemment présentés et des louables efforts tentés par l'Académie, par les commissions officielles et par les sociétés privées, pour y porter remède, M. Roussel a déduit le texte de sa proposition.

Cet exposé est certainement plus que suffisant pour faire saisir à tous les yeux les pressantes nécessités auxquelles ce projet de loi aurait pour objet de pourvoir. S'il était nécessaire d'ajouter encore à de si puissants motifs celui de l'émulation, il suffirait de citer l'exemple que vient de donner le parlement anglais en votant une loi pour la meilleure protection de la vie des enfants.

Le projet de M. Roussel est libellé en vingt articles, plus un règlement de vingt-six articles préparé par la commission instituée en vertu du décret du 16 mars 1869. C'est peut-être un peu long. Mais il n'a pas cru devoir rien retrancher ni rien modifier en principe au projet collectif longuement élaboré par l'Académie et par les commissions officielles instituées pour cet objet.

Pendant que nous sommes sur les questions d'intérêt public et d'humanité, mentionnons une autre présentation qui a été faite dans l'une des précédentes séances et qui a aussi pour objet une de ces réformes qui entrent dans le plan général d'améliorations. Nous voulons parler du premier numéro de la *Tempérance*, bulletin de l'association française contre l'abus des boissons alcooliques, qui se propose de poursuivre, en agrandissant sa sphère d'action, le même but que la loi récemment édictée sur la répression de l'ivrognerie, due aussi en partie à l'initiative de M. Th. Roussel.

Ce premier numéro contient une introduction et un rapport de M. Lunier, secrétaire général, sur l'origine de la propagation des Sociétés de tempérance, un rapport de M. Bergeron sur les sujets de prix à décerner en 1873 et 1874, les procès-verbaux des séances des assemblées générales et des commissions; enfin, sous le titre de *Chronique de l'alcoolisme*, des documents français et étrangers sur les lois et décrets, les avis et vœux relatifs à ce sujet. Comme son aînée la Société contre l'abus du tabac et des boissons alcooliques, qui a inauguré en France le système des associations de tempérance, comme la Société de protection des apprentis des manufactures, comme la Société protectrice de l'enfance, la nouvelle association mérite toutes nos sympathies, et peut être assurée d'avance de tout notre concours.

Dr BROCHIN.

HOPITAL DU MIDI. — M. CHARLES MAURIAC.

Étude clinique sur l'influence curative de l'érysipèle dans la syphilis (1).

VII

Huit ou dix jours en effet après sa sortie de l'hôpital, le malade y revint. Il avait alors la figure bouffie, œdématiée, déformée par une éruption papulo-squameuse qui prenait un caractère pustulant dans la barbe, les sourcils, aux ailes du nez, dans les oreilles, etc. — Nouvelle poussée, mais discrète, de papules sur la peau du tronc et des membres. — La bouffissure de la face faisait craindre une néphrite albumineuse, mais les urines ne contenaient pas d'albumine. — Douleurs vagues dans les articulations des poignets et des doigts. (Traitement tonique ; trois cuillerées à bouche de sirop de bi-iodure ioduré.)

Le 5 décembre (quatre mois et demi après le début du chancre), le malade sortit, sur sa demande, à peu près guéri de la deuxième poussée des accidents consécutifs. La verge, diminuée à peu près de moitié, n'avait plus de gland, mais elle était plus longue qu'on n'aurait pu le supposer lorsqu'elle avait été envahie par la gangrène. Le malade s'en était servi et se déclarait satisfait du résultat. Du reste, sa gaieté, sa bonne humeur étaient inaltérables, et je ne pense pas qu'il soit possible de voir une incarnation plus complète et plus saisissante du fameux type de Pangloss.

Le 9 janvier 1873 (cinq mois et demi après le début du chancre), il rentra dans mon service, salle 8, n° 5. Depuis un mois environ, sa voix était moins nette que d'habitude, et peu à peu elle était devenue enrouée, éraillée, presque éteinte. Ainsi le 9 janvier (vingt-cinquième jour de la laryngopathie), on l'entendait à peine ; il était obligé de faire de grands efforts pour parler, et il ne pouvait émettre ni les sons aigus ni même les sons bas. Le processus de l'affection laryngée avait toujours été indolent : pas de sensibilité à la pression au niveau du larynx ; pas de douleur en parlant ni en avalant.

La face interne des joues, surtout à droite, était couverte de plaques muqueuses ulcérées extrêmement douloureuses avec congestion et tuméfaction périphériques, plaques opalines sur les piliers ; lèvres épaissies, triplées de volume ; ulcérations aux commissures ; papules plates en voie d'ulcération sur la lèvre supérieure et au pourtour des ailes du nez.

Les deux conduits auditifs externes étaient remplis de plaques muqueuses confluentes ulcérées et de pustules d'impétigo qui suppuraient abondamment.

Sur la peau du tronc et des membres, on voyait quelques tubercules discrets et des cicatrices nombreuses, circulaires et blanches, circonscrivant un point central d'un rouge sombre, et entourées d'une zone également rouge, mais moins sombre. Quelques pustules d'ecthyma. Ulcération large comme une pièce de 1 franc sur la cuisse droite. Santé générale bonne. Aucun phénomène de fièvre hectique. (Traitement, 6 centigrammes de proto-iodure d'hydrargyre, 6 grammes d'iodure de potassium. Cautérisation des plaques muqueuses ; injections détersives dans les oreilles ; bains.)

VIII

Ainsi, malgré le traitement qui avait été régulièrement suivi depuis le deuxième mois de la syphilis, les poussées se succédaient sans temps de repos, et étaient, pour ainsi dire, subintrantes. C'était sur la peau un mélange d'éruptions sèches résolutives, et de formes pustuleuses et ulcérantes. Du côté des muqueuses, il y avait confluence des plaques syphilitiques inflammatoires et ulcératives, accompagnées, comme dans le premier cas, d'œdème dur, hypertrophique et hyperplasique des parties adjacentes. C'est à cet œdème secondaire qu'étaient dus l'épaississement énorme des lèvres, la tuméfaction du nez, des oreilles, etc. Malgré la gravité et la généralisation de ces accidents, l'état général était assez satisfaisant, et il y avait apyrexie complète.

La laryngopathie de ce malade est intéressante à plusieurs points de vue, et je ne crois pas inutile de la décrire avec quelques détails. Voici quel était l'état du larynx, le 12 janvier (six mois après le début du chancre, vingt-huitième jour de la laryngopathie). L'examen laryngoscopique a été fait par mon confrère et ami M. le docteur Krishaber. La corde vocale droite était normale dans son tiers antérieur, mais dans les autres points, sur son bord libre, elle était recouverte de deux ou trois plaques muqueuses très-caractérisées, confluentes, et qui se confondaient sur une portion plus ou moins considérable de leur pourtour. La postérieure, qui était la plus accusée, présentait à son centre une profonde ulcération ; les autres n'étaient que superficiellement érodées. Sur le bord libre de la corde vocale gauche, il n'y avait qu'une plaque muqueuse qui était également exulcérée à son centre et blanchâtre à sa circonférence. Toute la muqueuse laryngée était le siége d'une injection diffuse d'un rouge sombre.

Pour quiconque a un peu l'habitude d'observer la plaque muqueuse, cette lésion si caractéristique de la syphilis, il était impossible d'en méconnaître l'existence sur les cordes vocales. Et cependant, n'a-t-on pas, dans ces derniers temps, contesté que ces organes en fussent le siége? Nous les avons vues tant de fois et d'une façon si nette, M. Krishaber et moi, que la question est jugée par nous. Mais revenons à notre malade.

(*A suivre.*) CHARLES MAURIAC.

(1) Suite. — Voir les numéros des 3 et 8 avril 18

HOPITAL SAINT-SAUVEUR DE LILLE.

Fracture de la colonne vertébrale. — Réduction des fragments déplacés; retour immédiat de la sensibilité et de la motilité. — Guérison.

(Observation recueillie par M. F. GUERMONPREZ, chef de clinique chirurgicale.

César T..., âgé de trente et un ans, peintre en bâtiments, est apporté à l'hôpital Saint-Sauveur, le 30 décembre, à huit heures du matin, et couché à la salle Saint-Charles, n° 2, service de la clinique chirurgicale. Cet homme manœuvrait une très-grande échelle sur le bord d'une plombière élevée de 4 mètres au-dessus du sol. Un second ouvrier devait retenir l'extrémité supérieure de l'échelle, jusqu'à ce que celle-ci pût être soutenue par un troisième, qui se trouvait à terre. Il arriva que, en même temps que l'échelle glissait vers le bord de la plombière, le second ouvrier la lâcha avant qu'elle pût être soutenue par celui qui était à terre. L'homme qui voulut arrêter l'échelle tomba de 4 mètres de hauteur, et la violence de sa chute fut encore augmentée par la vitesse acquise de l'échelle, très-lourde, qui glissait depuis un moment, et à laquelle il avait voulu s'accrocher. Il se trouva renversé, dans la position du décubitus dorsal, sur le pavé. Il perdit aussitôt connaissance, et ne revint à lui que quand il fut arrivé à l'hôpital, quarante-cinq minutes plus tard.

M. Parise le vit aussitôt. Il avait :

1° Une entorse aux deux articulations du premier métacarpien

de la main droite. Cette lésion, peu importante, guérit en douze ou quinze jours. (Applications de compresses imbibées d'eau-de-vie camphrée, maintenues par une bande assez serrée.)

2° On trouvait une saillie, longue d'environ quatre travers de doigts, correspondant à la douzième vertèbre dorsale et à la première lombaire, et peut-être aussi à l'une des vertèbres voisines, saillie de 0m,03 environ en son point maximum, sans changement de couleur à la peau, sans chaleur, mais un peu douloureuse et très-sensible.

Les mouvements de toute la moitié inférieure du corps étaient complétement supprimés. L'anesthésie y était parfaite, sauf vers la région externe et supérieure de la cuisse. Les mouvements réflexes provoqués par le chatouillement et la compression du pied ne se manifestaient que dans les muscles du pied ; rien ne se produisait vers la région antérieure de la cuisse, comme dans le cas de compression à la hauteur de la cinquième dorsale, que nous avons observé il y a quelques mois.

Quant à la miction et la défécation, elles étaient abolies. Il y avait enfin un léger état d'érection.

Cet ensemble symptomatique indiquait bien une compression de moelle, produite par une luxation, soit des vertèbres par une fracture de ces os, avec déplacement des fragments.

M. Parise résolut de tenter immédiatement la réduction des os luxés, ou des fragments des os fracturés.

Le blessé fut placé sur le ventre ; quatre aides vigoureux pratiquèrent l'extension, en tirant, les uns sur les malléoles, les autres sur les condyles du fémur. D'autres aides firent la contre-extension en maintenant solidement le blessé par les aisselles. Le chirurgien suivait et guidait avec les mains la réduction de la tumeur dorso-lombaire. La première traction fut conduite aussi énergiquement que possible par les aides, pendant cinq minutes, et amena un commencement de réduction. De nouvelles tractions furent alors recommencées, et M. Parise aida, en appuyant de toute sa force sur la tumeur, avec l'éminence thénar de sa main droite. La réduction fut ainsi plus avancée, mais encore incomplète. Une troisième fois, les tractions furent renouvelées, et cette fois M. Parise monta sur le lit, poussa la tumeur avec le genou droit, pesant ainsi de tout son corps, en même temps que l'on continuait l'extension et la contre-extension. La tumeur fut ainsi complétement réduite. Les tractions avaient duré environ quinze minutes.

Le malade fut alors retourné avec précaution, en le maintenant par les épaules et les côtés du bassin.

On put alors constater que la paraplégie complète qu'il présentait un quart d'heure auparavant avait complétement disparu.

Il avait recouvré la sensibilité dans les membres inférieurs, et tous les mouvements étaient redevenus aussi libres qu'avant l'accident.

Un spasme du col de la vessie retarda le retour de la miction spontanée jusqu'au quatrième jour après l'accident.

Quant à la défécation, elle fut (au dire du malade) libre aussitôt après la réduction, mais une heureuse constipation retarda la première selle jusqu'au dixième jour ; le malade put rester ainsi dix jours dans une immobilité absolue.

A part une légère cystite, due sans doute au cathétérisme, auquel on dut avoir recours, aucun accident n'est venu compliquer la guérison.

Le seul traitement suivi est l'immobilité absolue du tronc.

11 février. — Le malade est toujours dans l'immobilité. Il va parfaitement. Toutes les fonctions s'exécutent à merveille. La motilité et la sensibilité sont parfaites. Il y a, au niveau de la lésion, une légère saillie correspondant à la hauteur de deux vertèbres.

Le 1er mars, après soixante-trois jours d'immobilité absolue dans le décubitus dorsal, on permet au malade de se lever et de se remuer dans son lit. La situation verticale du tronc, dont il a depuis si longtemps perdu l'habitude, lui occasionne d'abord de la pâleur à la face et une sorte d'anémie cérébrale, qui se traduit par des vertiges, des éblouissements. Cet état semi-syncopal disparaît en une demi-heure. Le malade se tient debout et fait quelques pas dans la salle.

La motilité et la sensibilité sont complètes.

Cette observation est des plus curieuses. L'on a bien rarement vu, je crois — si même on l'a déjà vu — cette manœuvre hardie de la réduction de fragments vertébraux déplacés, être suivie d'un retour immédiat des fonctions de la moelle et d'une guérison définitive aussi parfaite.

Ce fait est extrêmement encourageant. En présence d'une fracture du rachis, avec déplacement appréciable des fragments et paraplégie complète — lésion qui, par elle-même, doit amener la mort du blessé — on sera, je pense, en droit de tenter la réduction, puisque l'on aura ainsi la chance de guérir radicalement un malade aussi compromis, sans courir grands risques d'augmenter la gravité de son état.

ÉTUDE SUR LES SELS ARSENICO-FERRIQUES

DE LA DOMINIQUE (1)

Par M. le docteur M. Durand.

IV

Quoique connu dès la plus haute antiquité et prescrit timidement par quelques médecins au commencement de ce siècle, ce n'est guère que depuis 1842 que l'arsenic a définitivement pris sa place dans la thérapeutique. Lorsqu'à cette époque, Boudin fit connaître le parti que l'on en pourrait tirer dans le traitement des fièvres intermittentes, il n'y avait peut-être pas en France vingt médecins qui osassent se servir de cette substance, et il est encore des praticiens qui, dans la crainte d'effrayer les malades, au lieu d'écrire sur leur ordonnance le mot *arsenic* lui substituent celui généralement incompris du public de *metallum album*.

Aujourd'hui, on est revenu de toutes ces craintes exagérées qui, étendues à toutes les substances actives, à l'atropine, à la strychnine, à la digitaline, etc., réduiraient à néant toute la pharmacologie.

Certainement, la cause qui a le plus puissamment contribué à jeter de la défaveur sur l'arsenic est, sans contredit l'usage criminel qu'on en a fait dans tous les temps et la triste célébrité qu'il a acquise dans les annales judiciaires.

V

Avant de parler de l'emploi en thérapeutique des sels arsenicaux, nous devons dire quelques mots de leurs propriétés physiologiques.

L'action de l'arsenic sur les végétaux a été parfaitement étudiée, et depuis les beaux travaux de M. le professeur Chatin (2), nous savons qu'à *fortes* doses il tue les plantes comme les animaux, à l'exception de quelques espèces botaniques inférieures sur lesquelles le poison n'a aucun effet. A doses modérées, il produit chez l'homme une excitation générale, une vigueur insolite aux extrémités inférieures, en même temps qu'une très-grande aptitude à la marche ; mais les données les plus curieuses sur les effets physiologiques des arsenicaux sont celles recueillies chez les toxicophages de la basse Autriche. Le fait des paysans tyroliens mangeant de l'arsenic avait été signalé depuis longtemps, mais c'est en 1851 seulement qu'il a été mis hors de doute par

---

(1) Suite. — Voir le numéro du 18 mars.

(2) Chatin, *Journal de chimie médicale*, janvier 1847.

Tschudi, dans un article que publia alors le *Wiener Wochenschz*, et qui, plus tard, fut traduit dans le *Journal de médecine de Bruxelles*.

Les faits signalés par Tschudi soulevèrent d'assez vives protestations, surtout en Angleterre; mais, après enquête, les assertions de ce médecin furent reconnues comme étant parfaitement exactes.

A côté des bons résultats que peut donner chez l'homme et chez les animaux l'ingestion de petites doses d'arsenic, il ne faut pas oublier que si ces doses sont franchies, les accidents les plus graves peuvent en être la conséquence.

C'est précisément en raison de ces dangers que nous appelons l'attention des praticiens sur l'innocuité de la médication arsenicale en employant le sel de la Dominique.

VI

L'étude des effets physiologiques de l'arsenic est certainement la plus obscure de l'histoire de ce médicament. En effet, lorsqu'au mois de décembre 1870, cette question fut discutée au sein de l'Académie de médecine, nous vîmes se produire les opinions les plus opposées et ayant toutes la prétention d'être basées sur des expériences. Ainsi, tandis que pour M. Briquet, l'action sédative de l'acide arsénieux sur l'organe cardiaque est incontestable, pour M. Sée, cette substance n'agit que sur les capillaires sanguins de la face et du cerveau. Pour les uns, l'arsenic doit être rangé parmi les *médicaments d'épargne*, à côté de l'alcool et du café; pour les autres, c'est au contraire un *déperditeur* (1).

En résumé, nous dirons avec le professeur Gubler que la science n'est pas encore fixée sur la véritable action physiologique des sels arsenicaux, et que, jusqu'à présent, elle ne contient à ce sujet que des vues contradictoires.

Lors de la discussion que nous venons de rappeler, tous les orateurs qui y prirent part furent, du reste, parfaitement d'accord sur les propriétés thérapeutiques de cette substance. C'est là la question que nous allons étudier.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 15 avril 1873. — Présidence de M. DEPAUL.

CORRESPONDANCE OFFICIELLE

M. le ministre de l'instruction publique transmet ampliation du décret par lequel est approuvée l'élection de M. Pasteur comme membre associé libre, en remplacement de M. Payen.

M. LE SECRÉTAIRE PERPÉTUEL donne lecture de la lettre et du décret.

Sur l'invitation de M. le Président, M. Pasteur prend place parmi ses collègues.

M. le ministre de l'agriculture et du commerce transmet :

1° Sept comptes rendus ou rapports sur les maladies épidémiques qui ont régné dans les départements de la Haute-Marne, du Finistère, de la Haute-Garonne, de la Drôme et de Seine-et-Oise (Comm. des épidémies.);

2° Un rapport de M. le docteur Tillot sur les eaux minérales de Saint-Christau (Comm. des eaux minérales).

M. l'ambassadeur d'Autriche-Hongrie transmet la 8e livraison de l'ouvrage du docteur Hébra, sur les maladies de la peau.

(1) *Bulletin de l'Académie de médecine*, 1870-1871.

PRÉSENTATIONS

M. THÉOPHILE ROUSSEL présente une proposition de loi ayant pour objet la protection des enfants du premier âge, et en particulier des nourrissons.

M. LARREY présente de la part de M. le docteur Bérenger-Féraud trois observations de tétanos guéri par l'extrait d'opium; il y ajoute la liste des travaux de l'auteur à l'appui de sa candidature au titre de membre correspondant.

M. DEPAUL présente : 1° au nom de M. le docteur Duboué (de Pau), et à l'appui de sa candidature au titre de membre correspondant, le résumé d'un travail inédit sur les propriétés thérapeutiques du seigle ergoté ;

2° Au nom de M. Herrgott, une brochure intitulée : *De la dégénérescence hypertrophique des parties génitales externes chez la femme*, et une *Notice sur la Société de médecine de Strasbourg depuis 1842 jusqu'en 1872*.

M. GUÉNEAU DE MUSSY présente au nom de M. le docteur Féréol, médecin de la maison Municipale de santé, deux brochures : l'une sur l'*Ulcération tuberculeuse de la langue*, et la deuxième intitulée : *De quelques symptômes viscéraux, et en particulier des symptômes laryngo-bronchiques de l'ataxie locomotrice progressive*.

ÉLECTION

L'ordre du jour appelle l'élection d'un membre titulaire dans la section d'anatomie pathologique.

La liste de présentation porte :

En 1re ligne, M. Laboulbène ;
En 2e, M. Charcot ;
En 3e, M. Lancereaux ;
En 4e, M. Empis ;
En 5e, M. Cornil ;
En 6e, M. Voisin.
Candidat adjoint par l'Académie : M. Parrot.

Au premier tour de scrutin, nombre de votants 76, majorité 39.

M. Laboulbène obtient.......... 29 voix.
M. Charcot.......................... 30 —
M. Empis............................ 16 —
M. Parrot............................ 1 voix.
Total........... 76 voix.

Aucun des candidats n'ayant réuni la majorité, on procède à un deuxième tour de scrutin.

Le nombre des votants étant de 77, majorité 39 :

M. Charcot obtient.............. 45 voix.
M. Laboulbène.................... 32 —
Total....... 77 voix.

M. Charcot ayant réuni la majorité est proclamé élu.

Son élection sera soumise à l'approbation du Président de la République.

RAPPORT

Remèdes secrets. — M. HARDY, au nom de la commission des remèdes secrets et nouveaux, lit une série de rapports dont les conclusions négatives sont adoptées sans discussion.

Suite de la discussion sur la septicémie.

M. PIORRY commence sur la question de la septicémie une dissertation que le temps ne lui permet pas de terminer. La parole lui est réservée pour la séance prochaine.

— L'Académie a procédé pendant cette séance à sept scrutins successifs pour les commissions des prix pour l'année 1876.

Voici quelle est, d'après les résultats des scrutins, la composition de ces commissions :

1° *prix de l'Académie*. — MM. J. Cloquet, Larrey, Legouest, Chassaignac, Sappey.

2° prix *Capuron.* — MM. Blot, Depaul, Jacquemin, Devilliers, Magne.

3° prix *Barbier.* — MM. Guéneau de Mussy, Hardy, Marrotte, Verneuil, Voillemier.

4° prix *Godard.* — MM. Broca, Dolbeau, Giraldès, Ricord, Richet.

5° prix *Amussat.* — MM. J. Guérin, Gosselin, Ségalas, Vulpian, Moreau.

6° prix *Itard.* — MM. Bouillaud, Béhier, Bernutz, Bourdon, Sée.

7° prix *d'Ourches.* — MM. A. Guérin, Woillez (adjoints à la commission déjà nommée).

La séance est levée à cinq heures.

VARIÉTÉS

Notice biographique sur Étienne Jacquemin,

Par le docteur A. Charrier, secrétaire général de la Société de médecine de Paris (1).

Joseph-Étienne Jacquemin naquit, à la fin de février 1796, rue Sainte-Avoye, n° 9, devenue plus tard, rue du Temple, n° 33. Chose assez rare, notre cher et regretté collègue n'a jamais quitté cette maison, qui avait vu aussi naître et mourir Mme Jacquemin, sa mère.

Son père, M. le docteur Jacquemin, était médecin en chef de la Force et exerçait la médecine dans le quartier du Marais, habité, avant la Révolution, par la noblesse, et devenu depuis l'un des quartiers les plus populeux et les plus commerçants de Paris.

Étienne Jacquemin fit de bonnes et sérieuses études classiques, dans une pension dirigée par M. Lepitre, qui envoyait ses élèves au collége Charlemagne.

Il avait deux autres frères et deux sœurs, mais son père ayant remarqué son goût pour l'étude, la justesse de son esprit, son rare bon sens, l'aménité de son caractère, le choisit pour son successeur et fit naître en lui le goût pour la pratique de la médecine.

Il commença à dix-neuf ans, et fit ses premières armes à l'Hôtel-Dieu, en 1815, lors de la première invasion, dont il se rappelait toujours les tristesses et les douleurs, qui furent ranimées plus tard par les cruels événements de 1870. Il contracta le typhus en soignant avec zèle les soldats malades de l'armée étrangère. Après sa convalescence, il reprit ses études avec une ardeur nouvelle, et il fut nommé interne le 17 décembre 1817, dans la même promotion que Baudeloque (Auguste) et que Paul Dubois; puis, en 1818, il remporta à l'École pratique plusieurs seconds prix, tandis que M. Bouvier remportait les premiers.

Docteur en médecine le 6 juillet 1822, il fut, peu de temps après, nommé médecin adjoint de la Force, où il fit, pendant quelques années, le service sous la direction de son père, et en même temps il commença l'exercice de la médecine.

A partir de ce moment, Étienne Jacquemin consacra tout son temps à la pratique et au service médical des prisons.

Doué d'une santé robuste, d'une activité sans égale, d'un dévouement à toute épreuve, il devint de très-bonne heure l'un des médecins les plus occupés de Paris.

Pendant quelques années, le service des prisonnières des Madelonnettes lui fut confié en même temps que celui de la prison de la Force; mais quand la prison cellulaire de Mazas fut construite, il fut nommé médecin en chef de ce pénitencier, et il est resté avec ce titre jusqu'à la fin de 1870.

Vous voyez, messieurs, quelle vie active, laborieuse! C'est celle du médecin militant et non du médecin savant; aussi ne vous étonnez pas si notre cher collègue n'a laissé ni mémoires, ni travaux originaux. Tout son temps était consacré, jour et nuit, à la pratique de la médecine et des accouchements.

Sa tenue était remplie de tact et de convenance vis-à-vis de sa clientèle des prisons; il était doux, affectueux, mais plein de réserve. Il s'abstenait avec les détenus de toute causerie familière, et s'il s'arrêtait quelquefois un peu plus longtemps auprès de quelques-uns, c'était auprès des grands criminels. Pour lui, il y avait un problème à résoudre, c'était de savoir par quelle voie ces malheureux étaient arrivés à commettre un crime; et dans ses conversations intimes, il se plaisait à raconter comment l'insuffisance de l'éducation première, les mauvais exemples, la paresse, avaient, de chute en chute, conduit ces malheureux au pied de l'échafaud.

Malgré cette réserve, les détenus savaient apprécier son zèle, son dévouement et sa douceur. Il se plaisait à raconter une anecdote qui fit un certain bruit dans les journaux de l'époque, et qui ne manque pas d'originalité. Notre collègue était allé un soir au spectacle. En rentrant chez lui, il s'aperçoit qu'on lui avait volé sa lorgnette. Le lendemain, à l'infirmerie de la Force, il s'en plaignit à haute voix : Qu'est-ce qui était de service hier aux théâtres? dit un détenu alité; on lui répondit. Alors il dit à M. Jacquemin qu'il n'eût pas à se préoccuper de la lorgnette, qu'on la lui rapporterait. En effet, le lendemain, un monsieur très-bien mis vint chez lui : «Voici la lorgnette du docteur, » dit-il en la remettant à Mlle Jacquemin; et comme la sœur de notre collègue lui demandait de quelle part on rapportait la lorgnette de son frère, et s'il n'y avait rien à donner comme rémunération, l'adroit voleur fit une réponse négative, salua profondément Mlle Jacquemin et se retira.

Dans la clientèle, Étienne Jacquemin était remarquable par le tact avec lequel il interrogeait les malades, la sûreté de son coup d'œil, son jugement sain et droit et son habile thérapeutique. C'était un praticien consommé et heureux. Pendant longtemps il ne perdit pas de femmes en couches, c'est que Jacquemin était un médecin soigneux. Croyez-le bien, messieurs, les médecins heureux ne sont pas, comme on voudrait bien le dire, des médecins qui ont de la chance; la chance, mot vide de sens derrière lequel s'abritent l'incapacité jalouse et l'envieuse ignorance. Les praticiens heureux sont ceux qui soignent leurs malades avec une scrupuleuse exactitude, une minutie et une propreté parfaites. Ce bonheur, tout le monde peut l'avoir, à la condition de faire comme je viens de le dire.

La thèse inaugurale de Jacquemin avait été inspirée par Dupuytren, dont il avait été l'externe, puis l'interne pendant deux années consécutives, et pour lequel il professait une admiration sans bornes. Elle était intitulée : *Sur la possibilité et les moyens de faire céder le cal chez les enfants lorsqu'il est difforme et encore récent.* Cette thèse et quelques rapports de médecine légale très-bien faits et très-intéressants sont les seuls travaux d'Étienne Jacquemin, et font regretter que notre collègue n'ait pas employé sa grande lucidité et la justesse de son esprit à cultiver plus spécialement cette branche des sciences médicales. On retrouve ces rapports dans les *Annales d'hygiène et de médecine légale,* dans le *Journal de médecine,* qui, à une certaine époque, publiait les comptes rendus de la Société de médecine de Paris.

Dans les premiers temps de la prison de Mazas, alors qu'on essayait le système cellulaire, il y eut de nombreux suicides. Il a fait dessiner, dans un album, l'attitude de tous les pendus. C'est une collection d'une douzaine de cas de pendaison assez curieuse, et qu'il a laissée à l'infirmerie de la prison.

Mais bien qu'il n'écrivît pas, Étienne Jacquemin se tenait au courant, par ses lectures, des publications médicales, et surtout par les conversations qu'il aimait à avoir avec son neveu, notre maître à tous, M. le professeur Gosselin.

C'est à l'influence de son oncle, à la bonne direction de ses études, à ses judicieux conseils, à ses leçons, que notre maître a dû d'abord d'embrasser la carrière médicale et ensuite de se lancer dans la voie des concours. Le neveu n'a pas à se plaindre d'avoir suivi les conseils de son oncle bien-aimé. N'ayant pas d'enfants,

(1) Cette notice a été lue à la Société de médecine de Paris dans la séance annuelle du 3 janvier 1873.

Jacquemin avait reporté toute sa tendresse sur ce fils d'adoption qui lui faisait honneur. Quelle joie il ressentait quand, après un nouveau concours, il apprenait une nouvelle victoire, et quel fut son ravissement quand il apprit la nomination de son neveu au professorat. Mais s'il avait aimé ce neveu comme un père aime son enfant, le neveu lui rendit en soins filiaux, en affection tendre et dévouée, l'amitié dont il l'avait entouré dans sa jeunesse.

Au reste, Jacquemin était gâté par tous ceux qui l'approchaient, par ses frères, ses sœurs, sa famille. Il était si bon, si aimable, si compatissant, si généreux!

Il avait le cœur réellement maternel; il souffrait en voyant souffrir, et, dans ces cas-là, il n'avait plus qu'une idée, soulager et consoler. Il fallait le voir au chevet des malades pauvres, comme il les aimait! Il les soignait autant de sa bourse que de sa science.

Jacquemin a eu la vie facile et douce. Entouré de l'affection ingénieuse d'une mère qui est morte en 1860, à l'âge de quatre-vingt-sept ans, des soins affectueux de ses sœurs, il n'a jamais sérieusement pensé au mariage; et quand, dans sa jeunesse et son âge mûr, quelques amis ou parents lui faisaient des ouvertures à ce sujet, il répondait invariablement *qu'il n'avait pas le temps*. Ce ne fut que plus tard qu'il le regretta, au moment de la mort de son dernier frère, alors qu'il se vit seul dans cette maison qu'il avait toujours vue remplie des siens.

Il n'a connu vraiment les tristesses et les amertumes de la vie qu'à cette époque.

Son caractère changea. Il devint impatient, inquiet, lui qui avait toujours été si gai et si aimable, et en même temps apparurent les premiers symptômes de la paraplégie qui l'a conduit au tombeau. C'était à la fin de 1869... D'abord lente, elle ne lui rendait que la marche difficile. Mais alors l'exercice de sa profession lui devint pénible, et comme il ne comprenait la vie d'un médecin qu'en voyant des malades, un profond chagrin s'empara de lui et ne le quitta plus. Ce n'était pas que les distractions littéraires lui manquassent. Jusqu'à la fin, notre collègue lisait, relisait et récitait par cœur ses vieux auteurs; mais le coup était mortel. *Ne plus voir, ne plus soigner, ne plus consoler ses malades, autant valait mourir.* C'est ce que notre cher collègue ne cessait de répéter. Ces plaintes-là le peignent tout entier.

Trésorier de notre Société pendant de longues années, vous l'avez tous connu, apprécié, aimé. Il laissera parmi nous le souvenir ineffaçable d'un praticien consommé, d'un homme de bien, aimant passionnément la pratique de son art et profondément dévoué à tous ses devoirs. Il n'a eu qu'un but dans son existence : faire le bien! Aussi aurait-il pu prendre pour sa devise, cette maxime d'un sage : *Fac bene ac lætare.* Fais bien et réjouis-toi.

THÈSES

SOUTENUES A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

PENDANT L'ANNÉE 1873.

22. Friocourt. Considérations générales sur la pathogénie, spécialement des maladies endémiques des pays chauds.
23. Mathé. De l'amputation sus-malléolaire.
24. Quénette. De la vascularisation de la conjonctive dans la conjonctivite, la kératite et l'iritis.
25. Sabbaides. Nature et traitement de l'anthrax.
26. Salvy. Varicle hémorrhagique d'emblée.
27. Blanchard. De la cautérisation de la cavité utérine dans la métrite chronique.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Faculté de médecine de Paris. — M. Pajot, professeur d'accouchements, maladies des femmes et des enfants, est autorisé à se faire suppléer dans son cours, pendant le semestre d'été, par M. Guéniot, agrégé.

M. Bailly, agrégé, est chargé, pendant le deuxième semestre de l'année scolaire 1872-1873, du cours des élèves sages-femmes à l'hôpital des Cliniques.

— *Faculté de médecine de Paris.* — M. Ginain est nommé architecte de la Faculté de médecine de Paris, en remplacement de M. Garnier, dont la démission est acceptée.

— *Faculté des sciences de Paris.* — M. Pasteur, professeur de chimie, est autorisé à se faire suppléer, pendant le deuxième semestre de l'année scolaire 1872-1873, par M. Troost, maître de conférences à l'École normale supérieure.

— *Faculté de médecine de Nancy.* — M. Bouchard, agrégé et bibliothécaire-conservateur des collections à la Faculté de médecine de Nancy, est nommé chef des travaux anatomiques à ladite Faculté, en remplacement de M. Duval, appelé à d'autres fonctions.

— *Faculté des sciences de Grenoble.* — M. Carlet, docteur ès sciences, est chargé du cours de zoologie.

École de médecine de Clermont. — M. Bergounioux, officier de santé, est nommé chef des travaux chimiques, en remplacement de M. Lamotte, qui reste chargé des fonctions de professeur adjoint de la chaire de pharmacie.

— *École de médecine de Lyon.* — M. Letiévant, chef des travaux anatomiques, est nommé en outre suppléant hors cadre.

— *École de médecine de Reims.* — L'enseignement à l'École préparatoire de médecine et de pharmacie de Reims est réorganisé ainsi qu'il suit :

1° Anatomie descriptive; 2° Physiologie; 3° Thérapeutique; 4° Pharmacie et matière médicale; 5° Histoire naturelle médicale; 6° Pathologie externe; 7° Pathologie interne; 8° Accouchements, maladies des femmes et des enfants; 9° Clinique externe; 10 Clinique interne.

— *École de médecine de Toulouse.* — M. Durac est prorogé pour trois ans dans les fonctions de suppléant d'anatomie et de physiologie.

— *École de pharmacie de Nancy.* — Sont chargés provisoirement et jusqu'à la fin de la présente année scolaire, des fonctions d'agrégé à l'École supérieure de pharmacie de Nancy :

MM. Heckel, licencié ès ciences naturelles, pharmacien de première classe, docteur en médecine; — Collot, licencié ès sciences physiques et ès sciences naturelles, pharmacien de première classe.

— M. le docteur Gougouenheim est nommé médecin adjoint du Conservatoire national de musique et de déclamation, en remplacement de M. Carcassonne, démissionnaire.

— M. le docteur Coste, directeur de l'École préparatoire de médecine et de pharmacie de Marseille, médecin du petit collége annexé au lycée de cette ville, est nommé médecin dudit lycée, en remplacement de M. Dor, décédé.

M. le docteur Nicolas, chef des travaux anatomiques à ladite École préparatoire, est nommé médecin du petit collége annexé au lycée en remplacement de M. le docteur Coste.

— *Hôpitaux de Paris.* — Le traitement des chefs de laboratoire est fixé à 2,400 francs par an; celui des préparateurs à 1,800 francs.

— Un jeune docteur désire acheter une clientèle à Paris.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Arsenal du diagnostic médical. Recherches sur les thermomètres, les balances, les instruments d'exploration des organes respiratoires, etc., par le docteur MAURICE JEANNEL. — Paris, 1873. In-8° de 232 pages avec 86 figures intercalées dans le texte. Prix : 4 francs. — J.-B. Baillière et fils.

Paris, ses organes, ses fonctions et sa vie dans la seconde moitié du dix-neuvième siècle, par MAXIME DU CAMP. — Deuxième édition. Tome Ier (Introduction. Les Postes. Les Télégraphes. Les Voitures publiques. Les Chemins de fer. La Seine à Paris. — 1 fort vol. in-8°. Prix : 7 fr. 50. — Paris, 1873. L. Hachette et Ce.

Transactions of the obstetrical society of London. Vol. XIV, for the year, 1872. In-8. — London, 1873, Longmans, Green and Co.

A Handbook of medical electricity, by Herbert Tibbits, with 64 illustrations. In-8°. — London, 1873, J. and. A. Churchill.

L'Étudiant micrographe, traité pratique du microscope et des préparations, par ARTHUR CHEVALIER, O. ✱, 1 vol. de 600 pages, 600 figures : 7 fr. 50. — Delahaye, place de l'École-de-Médecine. — Catalogue illustré des microscopes, gratis, chez Arthur Chevalier, Palais-Royal.

Curation des maladies de la peau au moyen de l'acide phénique, par le docteur DÉCLAT. Prix : 2 francs. — Delahaye.

Le Directeur : Dr E. LE SOURD.

Paris. — Typographie A. POUGIN, quai Voltaire, 13.

Eaux minérales de Vals acidules.

Gazeuses, Bicarbonatées, Sodiques, analysées par. O. Henri.

Thermalit 13°	Saint-Jean	Rigolette	Précieuse	Désirée	Magdeleine
Acide carbonique libre...	1.425	2.095	2.218	2.145	2.050
Bicarbonate de soude....	1.480	5.800	5.940	6.040	6.280
— de potasse...	0.040	0.263	0.230	0.263	0.255
— de chaux....	0.310	0.259	0.630	0.571	0.520
— de magnésie.	0.120		0.750	0.900	0.672
— fer et mang.	0.006	0.024	0.010	0.010	0.029
Chlorure de sodium......	0.060	1.200	1.080	1.100	0.169
Sulfate de soude et chaux.	0.054	0.220	1.185	0.200	0.235
Silicate et silice, alumine..	0.080	0.060	0.060	0.058	0.097
Iodure alcal. arsenic lit...	indice	traces	indice	indice	traces
	2.151	7.826	8.885	9.142	9.248

Ces eaux sont *très-agréables* à boire à table, pures ou coupées avec du vin. Un excès d'acide carbonique et la proportion heureuse des bicarbonates calciques-magnésiens en font, malgré la plus riche minéralisation qui soit connue en France, des eaux *légères, douces*, essentiellement *digestives*. Dose ordinaire, une bouteille par jour. (*Indiquer autant que possible la source que l'on entend prescrire.*)

Emplois spéciaux : SAINT-JEAN, maladie des organes digestifs ;—PRECIEUSE, maladies de l'appareil biliaire; — DESIREE, maladies de l'appareil urinaire ; — RIGOLETTE, chlorose, anémie; — MAGDELEINE, maladies de l'appareil sexuel.

SOURCE FERRO-ARSENICALE DE LA DOMINIQUE

Acide sulfurique libre................		1.33
Silicate acide	sesqui-oxyde de fer	0.44
Arséniate »		
Phosphate »		
Sulfate »		
— de chaux....................		
Chlorure de sodium..................		
Matières organiques..................		

Cette eau est arsenicale; elle n'a aucune analogie avec les précédentes. Fièvres intermittentes, cachexies, dyspnée, maladies de la peau, scrofule, maladies organiques, etc.

Les eaux de ces sources se transportent et se conservent sans altération ; elles se trouvent dans les principales pharmacies de France, au prix de 8,80 c. la bouteille en verre noir, revêtue d'une étiquette et coiffée d'une capsule en étain indiquant la source où elle a été puisée.

PILULES DE HOGG

1° *Pilules nutrimentives à la pepsine acidifiée*, dyspepsie, digestion difficile, diarrhée, vomissements, etc.

2° *Pilules à la pepsine unie au fer réduit par l'hydrogène*, en vue des maladies chroniques et des affections qui en dépendent (pertes blanches, pâles couleurs, menstruation difficile), et de fortifier les tempéraments débilités.

3° *Pilules à la pepsine unie au proto-iodure ferreux inaltérable*, en vue des maladies scrofuleuses, lymphatiques et syphilitiques, la phthisie, la cachexie chlorotique et les affections atoniques générales de l'économie.

On emploie la pepsine Boudault dans ces trois préparations.

Ces pilules ne se vendent qu'en flacons triangulaires chez HOGG, pharmacien-chimiste, rue Castiglione, 2, à Paris, et dans toutes les pharmacies. — Envoi *franco* par la poste.

Apiol des docteurs Joret et Homolle

Médaille à l'Exposition univ. de Londres 1862.

Le commerce délivre sous le nom d'Apiol une liqueur verdâtre, d'une odeur térébinthacée. C'est une imitation très-infidèle de ce puissant emménagogue. Son emploi n'offre aucune des garanties d'efficacité que possède l'Apiol pur, préparé d'après les procédés des docteurs Joret et Homolle, le seul que de savants et consciencieux observateurs ont expérimenté dans les hôpitaux de Paris, le seul qui a été l'objet de rapports favorables.

L'*Apiol pur*, ainsi que le constate un rapport fait à la Société de pharmacie de Paris, *est un liquide huileux, de couleur ambrée, non volatil, plus dense que l'eau...* Toute préparation ne présentant pas ces caractères principaux ne saurait mériter la confiance du corps médical.

Exiger sur le flacon les cachets Joret et Pujol. *Dépôt général*, pharm. Briant, 150, r. de Rivoli.

HÉMATOSINE

De **TABOURIN**, chev. de la Légion d'honneur et **LEMAIRE**, chimiste.

FERRUGINEUX PHYSIOLOGIQUE, ASSIMILABLE

L'Hématosine assure une guérison complète et prompte de toutes les maladies causées par l'appauvrissement du sang.

Chlorose, anémie, scrofule, lymphatisme des enfants, leucorrhée(*fleurs blanches*), **aménorrhée, maigreur excessive, faiblesse générale, épuisement, convalescences longues et difficiles, etc., etc.**

L'Hématosine est parfaitement supportée par les estomacs les plus délicats ; elle ne constipe pas ; elle passe très-bien sans amener ni fatigue, ni dégoût, ni accidents d'aucune sorte.

Vente en gros chez DESNOIX et Cᵉ, 22, rue du Temple, à Paris. Au détail, chez tous les pharmᵉ.

Granules arsenicaux de Challonneau

Pharm., 143, *ancien* 229, *rue St-Denis, à Paris*.

Exactement dosés à 1 milligr. et préparés avec les arséniates de **soude**, de **potasse**, de **fer**, **d'ammoniaque**, **d'antimoine**, et avec **l'acide arsénieux**. — *Exiger mon cachet et ma signature.*

EPILEPSIE

HYSTERIE — NEVROSES

Le Sirop de Henry Mure, **au bromure de potassium** (exempt d'iodure), dont l'usage est aujourd'hui universellement répandu, a déterminé un nombre considérable de guérisons publiées dans les recueils scientifiques.

Chaque cuillerée de Sirop de Henry Mure contient 2 grammes de **bromure de potassium** d'une pureté chimique irréprochable.

PRIX DU FLACON : 5 francs.

Vente au détail. — A Paris, 16, rue de Richelieu, pharmacie Lebrou.

Vente en gros.—S'adresser à M. Henry Mure, pharmacien, à Pont-Saint-Esprit (Gard).

PAPIER RIGOLLOT

POUR SINAPISMES

Adopté par les Hôpitaux de Paris, les Ambulances et Hôpitaux militaires, et par les Marines française et anglaise.

26, rue Vieille-du-Temple, à Paris, et dans toutes les pharmacies.



LE FLACON de 100 dragées : 3 fr.

Maladies de Poitrine et des Os; Anémie, Chlorose, Épuisement, etc.

DRAGÉES S. POUSSIN

D'Huile de foie de MORUE SAPONIFIÉE

1° A L'HYPOPHOSPHITE DE CHAUX. — 2° AU PYROPHOSPHATE DE FER

Supériorité attestée par les sommités médicales.

Exiger pour éviter la contrefaçon la marque de fabrique et la signature de l'inventeur. — *Expédition franco sur demande directe*, à MESLAY (Mayenne).

DÉPOTS : Paris *Pharmacie centrale* et pharm. de province

SOLUTION COIRRE

AU CHLORHYDRO-PHOSPHATE DE CHAUX

Seul moyen physiologique et rationnel d'administrer le **phosphate de chaux** et d'en obtenir les effets au plus haut degré, puisqu'il est démontré aujourd'hui que cette substance ne se dissout dans l'estomac qu'à la faveur de l'acide chlorhydrique du suc gastrique. — Effets réunis de l'acide chlorhydrique et du phosphate de chaux.

Médicament héroïque dans l'*inappétence*, les *dyspepsies*, l'*assimilation insuffisante*, l'*état nerveux*, la *phthisie*, la *scrofule* et le *rachitisme*, les *maladies des os*, et généralement toutes les *anémies* et *cachexies*.

Une cuillerée à bouche représente *un gramme* de phosphate de chaux sec solubilisé par l'acide chlorhydrique (2 fr. 50 les 310 grammes). — 24, rue du Regard, et dans les principales pharmacies.

PANCRÉATINE DEFRESNE

ET LES PRODUITS QUI EN DÉRIVENT

EMPLOYÉS DANS LES HOPITAUX DE PARIS

(Voir le Mémoire présenté à l'Académie de médecine.)

La **Pancréatine Defresne** perd un tiers de sa force dans l'estomac, mais continue son action dans le duodenum en présence de la bile alcaline. Elle rend assimilable, 15 fois son poids de corps gras; elle digère 50 fois son poids de fibrine; 140 gr. d'empois ou 8,90 d'amidon.

ELLE RÉUSSIT BIEN DANS LES

DYSPEPSIES, GASTRITES, GASTRALGIES ET AUTRES AFFECTIONS DES ORGANES DIGESTIFS.

L'HUILE DE FOIE DE MORUE DEFRESNE

émulsionnée par la **Pancréatine**, est inappréciable dans les maladies de poitrine.

La Pancréatine, l'Huile de foie de morue pancréatique, l'Émulsion pancréatique, les Pilules, le Vin et l'Élixir pancréatiques, se trouvent à la pharmacie Defresne, rue des Lombards, 2 et 4, et dans toutes les autres pharmacies. — ON Y TROUVE AUSSI LE

GOUDRON DEFRESNE

Liqueur préparée physiologiquement à l'aide de l'acide cholique et ayant tout l'arome et toutes les propriétés du goudron.

ÉTABLISSEMENT THERMAL DE ROYAT

OUVERT TOUTE L'ANNÉE. — SAISON DU 15 MAI AU 15 OCTOBRE.

Nouvelle administration. — Amélioration de tous les services. — Seul Etablissement où l'Eau soit constamment renouvelée dans les baignoires ou piscines par un courant d'Eau thermale. — Aspiration, pulvérisation, douches, hydrothérapie. — Application des méthodes allemandes.

Même composition que les Eaux d'Ems.

Traitement des affections nerveuses, rhumatismes, dyspepsies, affections de l'appareil génito-urinaire, engorgements résultant de fractures et luxations, anémie, maladies des voies respiratoires ; Drs Chevallier, Dechambre, Durand-Fardel, Gubler, Homolle, Le Fort, Lepileur, Nivet, Petrequin, Rotureau, Félix Roubaud, etc. — 24 bouteilles : 15 fr. — 50 bouteilles : 30 fr.

Dépôts à Paris : boulevard Montmartre, 22 ; rue Duphot, 2; rue J.-J. Rousseau, 62 ; passage Sainte-Croix-de-la-Bretonnerie, 6 et 8 rue Taranne, 19.

N° 45. — SAMEDI 19 AVRIL 1873. 46e ANNÉE. SAMEDI 19 AVRIL 1873. — N° 45.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette française

Bureaux : 57, rue des Saints-Pères, 57
PRÈS L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix d'abonnement
doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois

On s'abonne hors de Paris
dans les bureaux des Messageries et chez les Libraires
Les lettres non affranchies sont refusées.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui n'en peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS: Trois mois. . 8 fr. 50 c. Six mois. . . 16 — Un an. . . . 30 —

POUR L'ÉTRANGER le port en sus suivant les derniers tarifs des Postes.

REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE

Traitement du cancer de l'utérus dans l'état de grossesse (1).

Une première question se présente naturellement à l'esprit à propos du traitement du cancer de l'utérus dans l'état de grossesse, celle de l'accouchement prématuré. M. Chantreuil rappelle que le conseil a été donné, dans le cas de grossesse coexistant avec le cancer du col de l'utérus à un degré avancé, de perforer les membranes, si toutefois la chose est possible, avant le septième mois ou vers le huitième, si la maladie est moins étendue. Nous venons de dire : si la chose est possible ; il faut ajouter aussi : si elle peut avoir lieu sans danger. M. Chantreuil fait remarquer, en effet, que la ponction des membranes ne peut pas être employée toujours sans danger, le col étant quelquefois obstrué, au niveau de son orifice interne, par la tumeur cancéreuse qui devrait être traversée avant d'arriver aux membranes.

Dans le plus grand nombre de faits connus, l'obstacle à l'accouchement tenant bien plus à l'induration et à la dilatibilité du col, qu'à la gêne résultant du volume même de la tumeur, on a eu naturellement recours aux incisions, incisions multiples faites de chaque côté du col. Dans les cas où ces débridements n'ont pas été suffisants pour déterminer l'expulsion spontanée du fœtus, ils ont pu, du moins, quelquefois, permettre l'extraction à l'aide d'une application de forceps.

M. Chantreuil rapporte, à cette occasion, le fait suivant dû à M. Guéniot, qui est un exemple du succès de l'emploi des incisions combinées avec l'application du forceps.

Il s'agit d'une femme de trente-quatre ans, enceinte pour la sixième fois, et à huit mois et demi de sa gestation, qui était dans le service de M. Desnos, à l'hôpital Lariboisière. M. Guéniot l'ayant examinée à la demande de son collègue, constata une dégénération du col utérin dans toute sa périphérie, mais à des degrés différents, une portion assez étendue paraissant encore susceptible de se dilater sous l'influence du travail, malgré l'induration dont elle était le siége, tandis qu'un tiers environ présentait une véritable tumeur dure, inégale, intéressant toute la hauteur du col et proéminant dans sa cavité, de manière à l'oblitérer.

Une douzaine de jours environ après ce premier examen, le travail commença à s'établir. Il y avait deux jours qu'il durait, lorsqu'un nouvel examen ayant fait reconnaître l'impossibilité de l'accouchement spontané, à raison de l'extrême résistance du tissu squirrheux du col et d'une portion du segment inférieur de la matrice et d'une partie de la paroi vaginale elle-même, M. Guéniot se décida à tenter le débridement du col pour faciliter l'application du forceps. Cinq ou six incisions pratiquées sur le pourtour du col au moyen du bistouri boutonné et de ciseaux, permirent d'agrandir l'orifice assez pour y engager, non sans de grandes difficultés, une branche du forceps. D'autres incisions furent nécessaires pour permettre l'introduction de la seconde branche. Le forceps, péniblement assemblé, amena enfin, en s'aidant encore de plusieurs autres débridements successifs, la tête de l'enfant, qui fut amené à l'état de mort apparente, mais que l'insufflation ramena complétement à la vie. Quant à la mère, après avoir couru de grands dangers et avoir échappé à des phénomènes de péritonite, elle vécut encore quarante jours, en proie à la cachexie cancéreuse, aux progrès de laquelle elle finit par succomber.

Cet exemple n'est pas unique, M. Chantreuil en rapporte plusieurs autres, dans lesquels l'accouchement a été terminé par des incisions suivies d'une application de forceps, et dont les suites ont été généralement heureuses, les femmes n'ayant succombé que longtemps après aux progrès de leur affection cancéreuse.

La version n'a pas donné de résultats satisfaisants. Elle a été faite deux fois pour présentation de l'épaule, une fois dans un cas de cancer du col et du segment inférieur de l'utérus ; l'enfant était mort en naissant et la mère mourut une heure après ; la deuxième fois, l'enfant vécut près d'une heure et la mère se rétablit. La version a été pratiquée une autre fois dans une présentation du sommet, la tête étant trop élevée pour pouvoir être saisie par le forceps ; l'enfant survécut ; le cancer marcha lentement et la malade vécut encore une année. Dans deux cas, on a pratiqué préalablement l'extirpation de la tumeur ; la première fois avec succès, l'enfant étant venu vivant et la mère ayant vécu encore seize mois ; la maladie était limitée. La deuxième fois, l'opération fut faite avec un fil galvano-caustique ; l'enfant vécut, mais la mère mourut cinq jours après.

La crâniotomie et l'embryotomie ont été pratiquées un certain

(1) Voir la Revue du samedi 29 mars.

nombre de fois, dans des circonstances où il a paru impossible de sauver à la fois la vie de la mère et celle de l'enfant.

Nous sommes de l'avis de M. Chantreuil, qui, en pareilles circonstances, c'est-à-dire lorsque les forces de la patiente sont affaiblies au point de ne pouvoir soutenir le choc des souffrances nécessaires pour extraire l'enfant par les voies naturelles et si l'on entend nettement le bruit du cœur du fœtus, pense qu'on doit faire l'opération césarienne, qui offre un moyen prompt et certain de sauver l'enfant, tout en ne présentant pas pour la mère un danger plus grand que l'extraction par la céphalotripsie.

Enfin on a vu, dans quelques cas, survenir la rupture de l'utérus pendant le travail. Lorsqu'un pareil accident se produit et que l'enfant est vivant, il ne reste plus, pour sauver celui-ci, qu'à faire immédiatement *la parotomie.*

Étude sur un cas de paralysie du nerf radial à frigore.

M. Vulpian, dans l'une des dernières séances de la Société de biologie, a communiqué à ses collègues un fait de paralysie du nerf radial digne d'intérêt à plusieurs égards. Il s'agit d'un homme de quarante-trois ans qui s'étant endormi dans une chambre mal close, froide et humide, couché sur le côté droit, le bras hors du lit, l'avant-bras étant en pronation et la tête appuyée sur la partie externe du bras, s'était réveillé le lendemain matin, avec une sensation de froid, d'engourdissement et de fourmillement dans l'avant-bras et la main et une impossibilité complète de relever son poignet et d'étendre ses doigts. Malgré les efforts que fit cet homme pour réchauffer son bras, la paralysie persista et il entra à l'hôpital de la Pitié.

Dès le lendemain, on avait constaté que la sensibilité était conservée à peu près intacte dans la peau de l'avant-bras et de la main. Tous les muscles animés par le nerf radial étaient frappés de paralysie absolue. Toutefois la contractilité électrique y était conservée, du moins en grande partie.

L'électrisation des muscles est répétée tous les jours pendant près de six semaines, sans changement notable. Au bout de six semaines (le 19 mars), on pratique l'électrisation du nerf radial. On constate ce jour-là que l'électrisation de ce nerf n'a aucune action sur les muscles extenseurs du bras, tandis que l'électrisation faite sur le nerf radial du bras gauche détermine la contraction de tous les muscles placés sous sa dépendance.

La paralysie du nerf radial était-elle de nature rhumatismale ou de nature traumatique? Telle est la première question que M. Vulpian a cherché à résoudre. Les muscles ayant conservé leur contractilité électrique, il était évident que l'on n'avait pas affaire à une paralysie traumatique ou par compression. Il n'y avait pas de raison ici pour soupçonner une paralysie saturnine ; d'ailleurs, comme on vient de le voir, la contractilité électrique était conservée, ce qui n'est pas le propre de la paralysie saturnine, comme tout le monde le sait. Il ne restait guère à s'arrêter qu'à la paralysie *à frigore*, d'autant plus que cette hypothèse concordait avec les conditions dans lesquelles s'était trouvé placé le malade.

Mais comment s'expliquer, la paralysie *à frigore* admise, que l'électrisation du nerf radial ne fît pas contracter les muscles que ce nerf anime? M. Vulpian a cherché à se rendre compte de cette circonstance en émettant la supposition d'une action, soit directe, soit par mécanisme réflexe, du froid sur les extrémités périphériques du nerf. En effet, les explorations réitérées et le fait seul, d'ailleurs, de la conservation de la sensibilité cutanée, prouvaient que les fibres sensitives du nerf, dans toute leur longueur, aussi bien dans les parties exposées au froid que dans les autres points de leur trajet, avaient conservé leur conductibilité et leur excitabilité sensitives. En effet, l'électrisation du nerf radial droit, dans tous les points de sa longueur, excitait une aussi vive douleur que celle du nerf radial du côté sain. Or, comment comprendre que le froid qui aurait fait perdre aux fibres motrices du nerf radial leur conductibilité et leur motricité dans leur trajet et à la partie inférieure du bras et à l'avant-bras, eût respecté la conductibilité et l'excitabilité des fibres sensitives dans les mêmes régions? C'est ce qui a porté M. Vulpian à cette présomption que les fibres motrices du nerf radial avaient conservé, comme ses fibres sensitives, leur conductibilité et leur excitabilité, et que la paralysie tenait dans ce cas à une modification survenue au niveau des points où les fibres nerveuses motrices entrent en connexion intime avec les faisceaux primitifs des muscles extenseurs de la main sur l'avant-bras et des premières phalanges des doitgs sur le métacarpien. Ce serait donc, en définitive, directement sur l'armature nerveuse des muscles et non sur le nerf lui-même qu'aurait porté dans ce cas l'action paralysante, c'est-à-dire le froid.

L'action du froid, dans ce cas, produirait sur les nerfs musculaires une modification analogue à celle qui se produit chez les animaux soumis à l'action du curare, et chez lesquels on voit alors que les nerfs moteurs ont conservé leur excitabilité, les muscles leur contractilité, l'électrisation des nerfs moteurs ne pas produire de contraction dans les muscles animés par ces nerfs.

Emploi topique du chloral contre les eschares du sacrum dans la fièvre typhoïde.

M. Martineau panse les eschares du sacrum chez les malades atteints de fièvre typhoïde avec une solution d'hydrate de chloral au centième.

Eau distillée.	1000 grammes.
Hydrate de chloral.	10 —

Il fait laver l'eschare avec ce liquide, puis on la recouvre d'un plumasseau de charpie qui en est imbibé.

Dans une communication faite à la Société de thérapeutique, M. Martineau annonce que l'action de ce topique est remarquable. La plaie, qui était atonique, prend un bon aspect, bourgeonne, suppure moins et marche rapidement vers la guérison.

M. Martineau a généralisé cet emploi du chloral comme topique. Il a traité des kystes suppurés par des lavages à l'eau chloralée. Lorsque la suppuration est fétide, il a recours à un mélange de chloral et d'eucalyptus. Voici la composition des préparations qu'il emploie :

Eau chloralée.	1000 grammes.
Alcoolé d'essence d'eucalyptus. .	4 à 5 cuillerées.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 26 mars 1873. — Présidence de M. Perrin, vice-président.

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

CORRESPONDANCE

La correspondance comprend :

Les journaux de la semaine : la *Gazette des Hôpitaux* ; — l'*Union*

médicale; — la *Gazette hebdomadaire*; — la *France médicale*; — le *Mouvement médical*; — la *Gazette obstétricale*.

M. MAGITOT fait hommage à la Société de l'article BOUCHE (anatomie chirurgicale), qu'il a publié dans le *Dictionnaire encyclopédique*.

M. JULLIARD (de Genève) adresse à la Société :

1° Une observation d'anévrysme de l'orbite ayant causé la gangrène de l'œil;

2° Une observation d'imperforation de l'anus. (Commission : MM. Houel, Forget, Desormeaux.)

3° Les mémoires imprimés suivants : *De l'ulcération de la bouche et du pharynx.* — *De l'ulcération tuberculeuse de la bouche.* — *Sur un monstre de la famille des syméliens.* — *Note sur l'hôpital cantonal de Genève.*

M. TRÉLAT remet à la Société un travail que le docteur Gayet, membre correspondant, chirurgien de l'hôpital de Lyon, adresse à la Société : le *Résultat des opérations de cataracte* qu'il a pratiquées.

De la part de M. Rouge (de Lausanne), un travail imprimé sur le *Traitement chirurgical de l'ozène.*

M. TILLAUX fait un rapport verbal sur un travail de M. le docteur Nicaise, intitulé : *Note sur un cas de résection sous-périostée de la diaphyse humérale et du gonflement des tendons de l'extenseur commun, à la suite d'une paralysie traumatique du nerf radial.*

M. Tillaux rappelle que M. le docteur Nicaise a présenté à la Société un malade auquel il avait enlevé 0m,14 de la diaphyse humérale. Le traumatisme était le résultat d'un coup de feu. C'est seulement le dix-huitième jour après l'accident que fut pratiquée l'opération. M. Nicaise mit le plus grand soin à détacher le périoste, les nombreuses esquilles qui tapissaient la cavité, et reséqua 0m,05 du bout supérieur. La diaphyse humérale a été reproduite en totalité. Le malade jouit actuellement d'un bras dont le volume, la longueur, la solidité, sont à peu près semblables des deux côtés. M. Tillaux observe que c'est un cas remarquable de reproduction osseuse, cas peut-être unique, si l'on songe aux dimensions de la perte de substance et à l'âge du sujet.

M. CHASSAIGNAC est surpris que l'on oublie ainsi les cas qui ont été jadis présentés à la Société. Il rappelle l'observation d'une résection traumatique de la diaphyse humérale, allant des condyles jusqu'à la partie supérieure de la gouttière radiale, à la suite de laquelle la reproduction osseuse eut lieu.

Il existe dans la science des cas où dix pouces du fémur, six pouces du tibia ont été reproduits. Il eût été bon que M. Tillaux rappelât ces faits-là. L'observation de M. Nicaise est intéressante; ce n'est toutefois pas là une véritable résection, mais plutôt une extraction de séquestres, et ce sont deux opérations qui ne sont pas comparables au point de vue du rôle joué par le périoste.

M. LE FORT ne voudrait pas qu'on exagérât la réaction en faveur de la méthode de M. Ollier, comme semble le faire le rapporteur. Les parties molles, de même que le périoste, concourent à la régénération de l'os. Cependant, pratiquement, il est partisan de cette méthode. M. Le Fort n'attache pas une grande importance à ce que le membre présente 0m,01 ou 0m,02 de plus ou de moins, et il eût désiré que M. Tillaux insistât sur la manœuvre qu'a employée M. Nicaise pour conserver au membre sa longueur.

M. FORGET pense, comme M. Chassaignac, qu'il s'agit ici d'une extraction de séquestres et non pas d'une résection traumatique.

M. GUÉRIN fait observer que, dès le début du traitement, M. Nicaise s'est préoccupé de conserver au membre sa longueur, en tenant écartées les deux extrémités de l'os.

M. TILLAUX persiste à considérer comme une véritable résection l'opération qui a été présentée par M. Nicaise. Elle a été faite, il est vrai, dix-huit jours après l'accident, en pleine suppuration; mais on ne saurait l'assimiler à l'extraction des séquestres suite de nécrose. En effet, l'auteur a dû soigneusement séparer le périoste des os à l'aide de l'ongle et de la rugine. M. Tillaux ne croit pas qu'on ait signalé jusqu'à présent une reproduction de 0m,14 de la diaphyse d'un os, après une résection, sur un sujet adulte.

M. LE FORT fait un rapport verbal sur les travaux de M. Le Dentu.

LECTURE

M. PANAS donne lecture de la première partie de son travail sur les différents modes d'extraction de la cataracte.

Des divers procédés d'opération de la cataracte. — M. PANAS. Je ne dirai que quelques mots de l'abaissement, et seulement parce qu'il en a été fait mention tout dernièrement au sein de la Société de chirurgie.

Pour juger les résultats fournis par l'abaissement, il devient indispensable de revoir les malades longtemps après l'opération. C'est pour avoir négligé cette vérité que bien des revers tardifs ont été présentés, par les opérateurs, pour des succès véritables.

D'après Graefe, la proportion des succès atteint seulement le chiffre de 60 pour 100 au plus; à quoi il faut ajouter que l'insuccès de l'abaissement sur un œil rend l'opération de l'autre œil bien plus chanceuse, par suite de l'iridocyclite sympathique, dont elle favorise le développement.

Les causes des revers qui suivent l'abaissement de la cataracte sont aussi nombreuses que variées.

Ainsi, tantôt il s'agit d'inflammations plastiques ou suppuratives de l'œil, consécutives à la blessure du liquide hyaloïdien, ou du contact du cristallin recliné avec la choroïde, l'iris et les procès ciliaires. Ailleurs, on a affaire à des obscurcissements lents du corps vitré, dont les cellules prolifèrent autour du noyau cristallinien, agissant à l'instar des corps étrangers venus du dehors ou qui s'y développent (cysticerques).

Dans une autre série de cas, les yeux ainsi opérés deviennent le siége de glaucomes, qui aboutissent tôt ou tard à la perte totale de la vue.

Enfin, d'après la remarque de Beer, les opérations consécutives ou complémentaires sont bien plus à redouter ici qu'après l'extraction; ce dont on se rend parfaitement compte en réfléchissant à ce qui vient d'être dit précédemment.

Je n'insisterai pas davantage sur les inconvénients de l'abaissement, et j'arrive aux questions que soulève le choix des procédés d'extraction, tour à tour mis en usage.

Ceux-ci peuvent être classés en trois groupes, à savoir :

L'extraction linéaire;

Celle à petit lambeau périphérique;

Et celle à grand lambeau cornéal.

Chose curieuse, la méthode linéaire qui aujourd'hui jouit de toutes les faveurs, et semble vouloir détrôner à son profit toutes les autres, est aussi la première en date.

Ce fut Saint-Yves qui, dès le début du dix-huitième siècle (1707), en fit la première application, en vue d'extraire un cristallin luxé dans la chambre antérieure.

Une année plus tard (1708) Pourfour du Petit répétait la même opération pour un cas analogue, en présence de l'inventeur et de Méry. Toutefois, ni l'un ni l'autre n'eurent l'idée d'appliquer le procédé aux cataractes ordinaires, bien que Méry en ait donné plus tard le conseil.

Voici en abrégé les points saillants de l'opération pratiquée par Saint-Yves :

Incision de la cornée à la lancette, un peu au-dessous du milieu de la prunelle. L'incision, qui était rectiligne et horizontale, ne s'étendait pas jusqu'à la circonférence de la cornée, mais elle en restait distante, de chaque côté, d'une demi-ligne environ.

Extraction du cristallin à l'aide de la curette.

Dès le lendemain, Saint-Yves trouvait la plaie cornéale cicatrisée par une raie qui n'était pas plus apparente qu'un cheveu.

Pourfour du Petit s'y est pris un peu différemment, mais pour arriver au même résultat.

A l'aide d'une aiguille *rainée*, il embrocha de part en part la cornée, suivant une ligne horizontale, et toujours au-dessous du centre de la prunelle.

Une lancette conduite dans la rainure de l'aiguille servit à sectionner la cornée, depuis le trou d'entrée jusqu'à celui de sortie.

Enfin la cataracte fut attirée au dehors à l'aide d'une curette en argent.

Mery, qui avait assisté à l'opération, revit le malade une année plus tard. Celui-ci pouvait lire parfaitement avec une lunette à cataracte et se livrer à ses occupations de prêtre.

En 1750, Palucci fit, de son côté, une incision linéaire, oblique, intéressant le côté inféro-interne de la cornée; puis, à l'aide de petites pinces, il put extraire de la sorte une capsule cristalline opacifiée.

Le même auteur décrit un autre procédé d'extraction qui ressemble singulièrement à l'opération telle qu'elle a été pratiquée dans ces derniers temps par Liebreich, sauf bien entendu la longueur de l'incision.

Palucci faisait une incision courbe à concavité supérieure, dont les deux extrémités, légèrement distantes du bord transparent, correspondaient à la ligne transversale passant par la pupille, tandis que le sommet de la courbe se trouvait à la jonction du tiers inférieur avec les deux tiers supérieurs du diamètre vertical de la cornée. Pour exécuter cette opération, Palucci se servait d'un couteau aiguillé dont le tranchant ne commençait à agir que lorsque l'aiguille terminale avait traversé la chambre antérieure et que la contre-ponction était effectuée. La lame, dont la largeur allait en augmentant insensiblement en approchant du manche, devait être tournée de façon à tracer obliquement, dans l'épaisseur de la cornée, une incision en arc dont la corde mesurait quatre lignes et la flèche une ligne et quart environ. Voilà, dit l'auteur, le moyen le plus simple et le plus prompt pour ouvrir la cornée en vue d'extraire les cataractes ordinaires.

Nous ferons observer, en passant, qu'une incision pareille est la plupart du temps insuffisante pour permettre le passage de noyaux volumineux et fortement sclérosés.

Gibson, en 1811, fit le premier une incision linéaire de trois lignes intéressant le côté externe de la cornée et distante de une à deux lignes de la périphérie de celle-ci. La cataracte, discisée quelques semaines auparavant, devait être extraite par la curette, sauf dans les cas de cataractes capsulaires et membraneuses, où il se servait d'un crochet tracteur.

S'il y avait des synéchies assez fortes pour résister, il ajoutait l'excision simultanée d'un lambeau irien attiré au dehors.

Travers, en 1814, crut devoir combiner la reclinaison du cristallin dans la chambre antérieure, à l'incision de la cornée, sans contre-ponction, et appelée par lui « *the quarter section.* »

Pour cela faire, une fois le cristallin déplacé à l'aide d'une aiguille à cataracte, Travers enfonçait le couteau à extraction jusqu'au milieu de la chambre antérieure pour le retirer ensuite par le même chemin. Plus tard, il abandonna la reclinaison, fit en un seul temps la ponction de la cornée et de la capsule cristalline et opéra l'extraction de la cataracte par la curette, non sans difficulté il est vrai, à cause de l'exiguïté de l'incision. Aussi, réservait-il ce procédé pour les cataractes molles, et il suivait l'ancienne méthode à lambeau dans les cas de noyau induré.

Les deux Jœger, en Allemagne, firent ainsi plusieurs extractions de cataractes capsulaires, et c'est à eux qu'est due la dénomination de procédé *linéaire* qui, malgré sa défectuosité, a fait fortune depuis.

De Graefe, en 1859, combina à la *quarter incision* l'iridectomie, et donna à son procédé l'épithète de *linéaire modifié.*

Il ne l'avait, du reste, proposé que pour les cataractes molles, lorsque Waldau, une année plus tard, inventa une nouvelle curette plus large et plus aplatie, devant permettre d'extraire de la sorte même les cristallins sclérosés. Toutefois, les difficultés d'exécution en étaient si grandes, à cause de l'exiguïté de la plaie, que sans l'intervention de Critchett et Bowman, c'en était fait de la méthode, pour les cataractes dures au moins.

Voici en quoi consistèrent les améliorations apportées dans le procédé, en 1864, par les deux chirurgiens anglais :

L'incision fût étendue au tiers de la cornée au lieu du quart.

Les bords de la curette offraient moins de saillie, afin de faciliter le glissement de celle-ci dans les masses corticales postérieures.

Chose importante au point de vue optique, ils firent l'iridectomie en haut, et non plus en dehors, ou en haut et en dehors, comme Graefe.

Jacobson, dès 1863, avait proposé de son côté, pour les cataractes dures, pour celles non mûres, crétacées et quelques autres, de combiner l'iridectomie à une large incision périphérique, faite aux dépens de la sclérotique.

Je ne parle pas de l'opération de Mooren, qu'il fit connaître en 1862, et qui ne diffère de celle de Graefe que par l'intervalle de huit à quinze jours laissé entre le moment de l'iridectomie et l'époque où il pratique l'extraction. C'est là une pratique généralement abandonnée.

Tel était l'état de la question, lorsqu'en mai 1865, Graefe inaugura une nouvelle et très-importante modification de son procédé primitif, consistant à faire une incision linéaire *sclérale*, c'est-à-dire aussi périphérique que possible, et à lui donner une étendue *suffisante* pour laisser passer les cataractes les plus dures.

Les avantages aujourd'hui démontrés de cette nouvelle méthode sont :

De procurer une cicatrisation aussi rapide et aussi exempte de suppuration que possible des lèvres de la plaie, mettant ainsi à l'abri d'une des causes les plus redoutables de la perte de l'œil, le phlegmon ou la *panophthalmie.*

De faciliter, grâce à la situation périphérique et à l'étendue de la plaie, d'une part, et à l'iridectomie de l'autre, le nettoyage du champ pupillaire en le débarrassant des débris de substance corticale qui y sont souvent retenus; malheureusement on n'y parvient pas toujours, il s'en faut, et c'est ce qui fait que les cataractes secondaires sont peut-être plus communes après cette méthode qu'après l'ancienne opération du grand lambeau.

Ai-je besoin d'ajouter que la durée du traitement et le repos nécessaire au lit, ainsi que l'occlusion des yeux, se trouvent considérablement raccourcis. Mais, ce qui est encore plus important, c'est que le malade se trouve bien plus à l'abri des accidents et complications résultant d'un mauvais état antérieur de l'œil (cataractes symptomatiques) ou d'une constitution délabrée (diabète, etc.). Par là, le champ de l'opération se trouve notablement élargi, et les résultats plus assurés.

Les inconvénients de cette méthode sont :

D'exiger une habitude et une dextérité opératoire assez grandes.

D'exposer, par exception il est vrai, à un épanchement sanguin parfois abondant dans la chambre antérieure, le début de l'acte opératoire, ce qui rend l'opération difficile, parfois même impossible à poursuivre régulièrement. Le sang peut provenir alors de l'iris, plus souvent encore du canal de Schlemm, ou de la conjonctive et du tissu épiscléral.

De provoquer trop souvent le prolapsus du corps vitré.

D'exposer, plus que l'ancien procédé de David, à l'iritis plastique résultant de la proximité de l'incision, au grand cercle de l'iris et surtout de la rétention plus fréquente des couches corticales transparentes et plus ou moins visqueuses des cataractes dures, séniles, dans le champ pupillaire. De là résulte une plus grande fréquence des cataractes secondaires, ainsi que cela a été dit déjà, et la nécessité des réopérations, dont le résultat est loin d'être toujours satisfaisant, en tant que pouvoir optique de l'œil.

Enfin, de nécessiter absolument l'iridectomie, dont les inconvénients optiques, même pratiquée en haut, ont été reconnus par de Graefe lui-même.

Depuis la belle découverte du savant professeur de Berlin, dont la science déplore la perte, tout le monde s'est attaché à réduire par les modifications de détail les inconvénients inhérents au procédé.

C'est ainsi qu'aujourd'hui, d'un commun accord, l'incision est pratiquée moins périphériquement, ce qui met tout à fait à l'abri, ou peu s'en faut, de la procidence du corps vitré.

De même, on a donné au lambeau une hauteur plus grande ($0^m,002$ à $0^m,002$ 1/2 au lieu de $0^m,001$ 1/2 seulement), ce qui, joint à une plus grande largeur de la base de celui-ci, permet au cristallin sclérosé de sortir plus facilement.

Le coloboma irien a été réduit dans ses dimensions, tout en évitant de laisser entre les lèvres de la plaie des portions d'iris prolabé. Pour y arriver, on s'attache à réduire primitivement les deux angles de la brèche faite à l'iris, à l'aide de légères frictions, et l'on évite d'instiller de l'atropine tant que la plaie scléro-cornéale reste béante, c'est-à-dire durant les trois ou quatre premiers jours après l'opération.

On s'est attaché, en outre, de rendre la discision de la capsule la plus complète possible. Mais, nous l'avons dit, le grand desideratum réside encore dans le nettoyage parfait du champ pupillaire; aussi est-ce dans ce sens que désormais de nouveaux progrès pourront être recherchés et obtenus, et pas ailleurs.

Ceci nous conduit à parler de certaines modifications, décorées du nom de procédés nouveaux, et qui ne visent à rien moins qu'à se substituer à l'opération de Graefe.

L'extraction de la totalité des masses corticales est tellement importante, que Artl, en s'exprimant sur ce sujet dans le congrès ophthalmologique de Vienne de 1865, disait : « Le point important dans l'extraction et qui me préoccupe le plus, ce n'est pas la forme de l'incision, mais l'évacuation complète des masses corticales. Si je savais un moyen de débarrasser la capsule de tout élément cristallinien, je me ferais fort de mener à bonne fin toutes les opérations de cataracte, sans en excepter les cas où l'œil se perd à la suite de chocs, de coups, etc. »

Ce fut en 1866 que Pagenstecher essaya d'extraire dans tous les cas, à l'aide de la curette et par kératotomie inférieure combinée à l'iridectomie, la totalité de l'appareil cristallinien, *lentille et capsule* à la fois.

Sur cinquante-deux cas de cataractes non compliquées d'autres lésions, l'auteur dit n'avoir perdu ainsi que trois yeux. Tous les autres furent conservés et offrirent une très-bonne acuité visuelle, comprise entre 1 et S = 1 1/2.

L'idée n'était pas, du reste, nouvelle, et sans parler de Christian, Sperino, Wecker, disons que Richter, dès 1773, et Beer en 1799, l'avaient mise en pratique, pour l'abandonner, il est vrai, de suite après.

Ce qui s'opposera toujours à la généralisation de cette méthode, c'est qu'elle peut être rendue très-dangereuse par suite d'une trop grande perte d'humeur vitrée; qu'elle exige une large brèche faite à l'œil, et qu'elle nécessite l'emploi du chloroforme, poussé jusqu'à la résolution la plus complète, le tout sans jamais être sûr d'extraire la capsule intacte.

Nous dirons même, qu'à part certains cas très-rares, où la capsule ayant subi des altérations qui lui donnent de la résistance, se laisse attirer sans se rompre, celle-ci offre une friabilité telle qu'elle se brise avant que ses attaches à la zonule et à la fosse hyaloïdienne cèdent en quoi que ce soit, sous l'influence de la traction exercée par la curette.

Lebrun, de Brabant, et Warlomont en Belgique, Liebreich à Londres, voulant éviter les inconvénients inhérents au procédé de Graefe, ainsi que l'iridectomie, proposèrent un mode d'extraction par la cornée, qui à l'étendue près, rappelle l'opération de Palucci.

Le procédé de Lebrun, auquel se rattache celui récemment exposé parmi nous par notre collègue M. Notta, diffère en outre de ceux de Palucci et de Liebreich, en ce que l'incision occupe le tiers supérieur au lieu du tiers inférieur de la cornée.

Je crains bien que ces modifications du procédé linéaire ou à petit lambeau *intra-cornéal*, ne soient destinées à disparaître en tant que méthode habituelle d'extraction, comme cela est arrivé pour les procédés analogues de Charles Saint-Yves, Pourfour du Petit, Siegwart et Wardrop.

Les reproches qu'on peut leur adresser sont :

De ne laisser sortir la cataracte que difficilement, par suite du siége de l'incision loin de la circonférence du cristallin, et de l'obstacle, parfois insurmontable, qu'oppose l'iris contracté à l'issue de la lentille.

D'obliger le cristallin à exécuter sur son axe transversal une forte bascule, nécessitant pour être accomplie des pressions telles, qu'au lieu de la lentille, c'est l'humeur vitrée qui vient parfois faire irruption au dehors.

De rendre extrêmement difficile, sinon impossible, le nettoyage complet de la pupille, des masses corticales qui peuvent l'obstruer.

D'exposer à la hernie, soit primitive, soit consécutive de l'iris, sans qu'il soit possible de remédier à cet accident par une iridectomie régulière. De là, l'enclavement et des synéchies parfois totales, dont les conséquences fâcheuses sont connues de tous.

Qu'on ne nous accuse pas ici de faire des suppositions gratuites.

J'ai fait pour mon compte six fois l'opération préconisée par Liebreich. Aucun de ces yeux ne fut, à vrai dire, perdu par suppuration, mais dans tous la cicatrice a été si apparente, les synéchies irido-cornéales si constantes et si étendues, sans parler de la formation de fausses cataractes dans trois cas, et de la prolongation de l'état irritatif, dans tous, que je ne me suis pas senti le courage de continuer l'épreuve.

Je ne doute pas que l'auteur a su tirer de son procédé un meilleur parti que moi. Toutefois, il m'a été donné de voir au bureau central quatre ou cinq individus opérés dans son propre dispensaire, et chez lesquels les résultats étaient bien autrement imparfaits que les miens, et tels qu'on ne les voit jamais à la suite de l'opération de Graefe.

Les résultats que nous a communiqués M. Notta ne m'inquiètent pas, je l'avoue, moins que les précédents.

Ainsi, sur dix cas, notre collègue signale des synéchies antérieures : cinq fois.

Des cicatrices cornéennes très-apparentes : cinq fois.

L'obstruction de la pupille par un réticulum blanchâtre : quatre fois.

Rétention des masses corticales : trois fois.

Nécessité de fendre l'iris pour permettre la sortie du cristallin : une fois.

Sortie du vitreux : une fois.

Staphylome très-persistant avec douleurs et inflammation : une fois.

Il est bon d'ajouter que les faits sont encore trop peu nombreux pour porter un jugement définitif.

Dans toutes ces questions de chiffres comparatifs, il est un point qu'il ne faut point oublier : c'est que l'opération de Daniel, telle qu'elle avait été perfectionnée dans les derniers temps, constituait une opération admirable, que les procédés nouveaux tendent à améliorer sans doute dans une certaine mesure, par l'accroissement du nombre des succès sur celui des revers, mais sans pouvoir prétendre à la détrôner, qu'autant qu'une statistique rigoureuse viendra démontrer leur incontestable supériorité, aussi bien comme nombre que comme qualité optique des résultats obtenus.

Voici, à cet égard, des indications statiques importantes :

Sichel père (thèse de Dingé. Paris, 1853), sur 523 opérations de kératotomie à lambeau, comptait 412 succès, soit 78 p. 100.

De Hasver (*Klinische vortræge*. Prague, 1866) est arrivé à un résultat encore meilleur, 80 p. 100 de succès complets.

De Graefe, sur un total de 1,600 kératotomies à lambeau pratiquées par lui, dans l'espace de onze ans, a noté :

Yeux totalement perdus............	7 p. 100
Yeux fort peu utiles (demi-succès)...	13 p. 100
Succès complets....................	80 p. 100

Il est à ajouter que, parmi les demi-succès, 3 p. 100 doivent être attribués à des complications antérieures à l'opération, et que, grâce à l'emploi du bandage compressif, ses succès ont augmenté encore de 4 p. 100.

Ainsi les succès complets de l'ancienne kératotomie atteignirent entre les mains de Graefe, la proportion très-consolante de 84 p. 100, pour tous les cas de cataractes indistinctement, et de 87 p. 100, si

l'on prend soin d'éliminer les cataractes compliquées ou symptomatiques d'autres affections préexistantes de l'œil.

Ajoutons que les réopérations comptent pour 1/10 ou 10 p. 100 seulement.

Voyons maintenant, par comparaison, ce qu'ont donné les procédés nouveaux.

Bowman (*Ophthalmic hospital Reports*), en suivant le procédé appelé *seoop extraction*, de Critchett, dit avoir obtenu 82,5 p. 100 succès complets, 9 p. 100 demi-succès et 8,5 p. 100 d'insuccès.

De Graefe, après avoir médité sur son procédé primitif de l'extraction linéaire, et avoir fait un voyage à Londres pour se bien pénétrer des modifications y apportées par Critchett et Bowman, fit, de retour à Berlin, 118 opérations avec les résultats que voici :

Yeux entièrement perdus.....	7
Yeux à moitié bons..........	4
Réopérés 30, dont...........	12 demi-succès.

En résumé, sur les 118 cataractes, nous comptons 95 succès complets, soit 81 p. 100 de succès.

Encore est-il que les réopérations ont été ici de 20,5 p. 100; les accidents opératoires de 17 p. 100, à savoir :

Procidence de l'humeur vitrée........	10 fois.
Rétention ou issue extrêmement pénible du cristallin......................	7 fois.

On le voit, ces résultats ne valent pas ceux fournis à Graefe par l'ancienne opération à lambeau; aussi ne tarda-t-il pas à chercher et à trouver mieux, comme nous le dirons plus bas.

Le procédé de Jacobson, appliqué par Wecker dans 142 cas de cataracte, lui fournit 89 p. 100 de succès (1868, Paris, chez Delahaye).

Nous ne décrirons point le procédé adopté définitivement par Graefe à partir de 1865, comme étant connu de tous. Seuls, les résultats obtenus doivent nous occuper ici.

Dans une première série, Graefe opéra de la sorte 69 cataractes.

Parmi ces cataractes, il y en avait des dures et des molles; mais il prit soin d'éliminer toutes celles d'origine traumatique, ainsi que les cataractes congénitales, pour lesquelles il continua, comme par le passé, à appliquer la discision.

En 1866, 80 nouveaux cas furent opérés de même, ce qui portait le chiffre à 149 opérations avec les résultats que voici :

Vision abolie ou à peine suffisante : 11 p. 100.

Nul cas de phlegmon avec atrophie de l'œil.

Les anomalies opératoires (prolapsus du corps vitré ou rétention des masses corticales) ont été, au début, de 20 p. 100, mais furent réduites plus tard à 6,5 p. 100, grâce à la plus grande expérience acquise du procédé et à l'abandon de tout instrument tracteur (curette ou crochet), destiné à extraire les cataractes. Il se peut aussi que Graefe, s'inspirant mieux, ait déjà donné à l'incision, dès cette époque, une position moins périphérique.

En 1868 (*Klinische manasblatter für augenheilkande*), Graefe publiait un ensemble de 600 opérations, avec les résultats que voici :

Succès cemplets..................	90,4 p. 100
Demi-succès......................	6,8 —
Insuccès.........................	2,8 —

Il ne faut pas se le dissimuler, l'opération de Graefe, telle qu'elle a été décrite par lui, exposait encore trop souvent à la perte de l'humeur vitrée, à l'épanchement du sang dans l'œil et à l'iridocyclite traumatique, pour qu'on n'ait pas cru devoir la modifier, en rapprochant l'incision de la cornée et en renonçant entièrement à toute espèce d'instrument tracteur, destiné à faciliter l'issue de la cataracte.

C'est ainsi que Weckler commence l'incision à $0^m,001$ en dehors du bord transparent de la cornée et à $0^m,002$ du sommet de cette membrane, pour la terminer à ce sommet-même, circonscrivant ainsi un lambeau qui offre $0^m,002$ de hauteur sur $0^m,011$ de base.

Dans sa première statistique (*Union médicale*, 1870), sur 104 opérations, de Wecker dit avoir obtenu 95,5 p. 100 de succès, et dans sa seconde (*Annales d'oculistique*, 1872), 83 succès sur 86 opérations : soit 96,5 p. 100.

Ajoutons que dans cette dernière statistique, grâce à une discision plus complète de la capsule (emploi d'une pince à discision spéciale), l'acuité visuelle a varié entre 1 et 1/10e, et qu'elle a oscillé, en moyenne, entre 2/3 et 3/7; ce résultat doit être considéré comme satisfaisant, si l'on songe qu'une acuité visuelle égale à 1/5, permet déjà la lecture des caractères fins, et que 1/10e même a été jugé par l'École de Vienne, par Knapp et par d'autres, comme n'étant pas à dédaigner. Il est vrai que Graefe ne considérait le résultat comme véritablement parfait que lorsque l'on obtenait $S = 1/4$ au-dessous de soixante-dix ans, et $S = 1/6$ au-dessus de cet âge.

Les anomalies opératoires et les complications dans les 86 dernières opérations, se répartissent comme il suit :

Issue du corps vitré : cinq fois, près de 6 p. 100.

Panophthamitis et irido-cyclite : trois cas.

Iritis légère : quatre cas.

(*A suivre.*)

VARIÉTÉS

Des ruptures utérines pendant le travail de l'accouchement considérées surtout au point de vue de la symptomatologie et du traitement (1).

Par le Dr Jolly, ancien interne lauréat des hôpitaux de Paris.

L'auteur de ce travail très-consciencieux ne prétend pas faire en entier l'histoire des ruptures utérines; il désire attirer l'attention sur les symptômes qui peuvent apporter des obstacles sérieux au diagnostic ou sur ceux qui fournissent au contraire la preuve à peu près certaine de l'existence de la rupture utérine. Le but principal de cette étude est le traitement, c'est-à-dire la conduite à tenir quand l'accident est arrivé, et le mode de délivrance à choisir. Le docteur Jolly soutient la gastrotomie. L'analyse de cinq cent quatre-vingts observations lui a permis de décrire avec beaucoup d'autorité l'histoire des ruptures utérines pendant le travail.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

M. Chassagny (de Lyon) fera, mardi prochain 22 courant, à l'amphithéâtre de la Faculté, à la suite du cours de M. Guéniot, l'exposé de la *Méthode des tractions soutenues*.

— M. Chambon tient à la disposition de MM. les médecins du vaccin de génisse les mardi et mercredi, de une heure à quatre heures, rue Chaptal, 20.

— Un jeune docteur désire acheter une clientèle à Paris.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Résorption urineuse et urémie dans les maladies des voies urinaires, contribution à l'étude du traitement de la pierre dans la vessie, par M. le docteur Jules Girard. — In-8°. Prix : 3 francs. — Paris, Adrien Delahaye.

Résumé d'anatomie, par le docteur Fort. — 1 vol. in-32 de 500 pages, avec figures. — Prix : 5 fr.

Curation des maladies de la peau au moyen de l'acide phénique, par le docteur Déclat. Prix : 2 francs. — Delahaye.

(1) In-8°. Prix : 2 fr. 50. — Adrien Delahaye.

Le Directeur : Dr E. Le Sourd.

Paris. — Typographie A. Pougin, quai Voltaire, 13.

N° 46. — MARDI 22 AVRIL 1873. 46e ANNÉE. MARDI 22 AVRIL 1873. — N° 46.

Ce journal parait trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Bureaux : 57, rue des Saints-Pères, 57
PRÈS L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix d'abonnement doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois

On s'abonne hors de Paris dans les bureaux des Messageries et chez les Libraires. Les lettres non affranchies sont refusées.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui n'en peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS: Trois mois. . 8 fr. 50 c. — Six mois. . . 16 — — Un an. . . . 30 —

POUR L'ÉTRANGER le port en sus suivant les derniers tarifs des Postes.

HOPITAL DES ENFANTS-MALADES. — M. BOUCHUT.

Du tétanos et de l'hydrate de chloral dans le traitement de cette maladie.

(Observation recueillie par M. H. PETIT.)

Il y a deux variétés de tétanos chez les enfants : celle qui s'observe *chez les nouveau-nés* et qui est assez rare en France, et celle qu'on rencontre *dans la seconde enfance.*

La première a été attribuée à la rétention du méconium ; à la section du cordon avec des ciseaux rouillés ; à la ligature du cordon ; à la plaie ombilicale due à l'élimination du cordon ; à l'influence du froid, de la fumée, etc. Elle a été bien étudiée par Adersjoeld, par Matuzynski, Lévy, Thore, Hervieux, et j'en ai donné aussi la description dans mon *Traité des maladies de l'enfance.* Il n'en sera pas question aujourd'hui, car le fait que nous avons en observation est relatif à une enfant de douze ans, et je ne veux parler ici que du *tétanos de la seconde enfance.*

Le tétanos de la seconde enfance est assez rare. Il y a six ans que je n'en ai pas vu, et, dans ma carrière médicale, je n'en ai observé que quatre cas. Je ne parle ici que du vrai tétanos, et non des méningites accompagnées de trismus ou de renversement tétanique de la tête.

Dans la seconde enfance, le tétanos est *traumatique* ou *spontané.* Le premier n'offre rien de spécial et ressemble entièrement à celui de l'adulte. Le tétanos spontané, au contraire, par le fait même de sa spontanéité, est très-curieux à connaître. On ne le rencontre que rarement ainsi chez l'adulte, et ses lésions, encore incomplétement étudiées, le rapprochent beaucoup du tétanos qu'on observe chez les nouveau-nés.

Dans les faits que j'ai rapportés, le mal a débuté sans cause appréciable et sans que, chez les enfants, il y ait de blessure ou de plaie qui puisse être considérée comme étant l'origine des phénomènes tétaniques.

Dans le premier cas, le tétanos avait commencé par une contracture apyrétique et subite des membres inférieurs.

Dans le second, pour lequel j'ai été appelé en consultation par le docteur Sénéchal, le début fut une difficulté d'avaler tenant à un trismus sans fièvre.

Dans le troisième, publié dans la *Gazette des Hôpitaux* de 1863, les premiers accidents furent un trismus douloureux suivi d'opisthotonos.

Enfin, dans le quatrième, l'enfant eut, pendant quatre heures, une convulsion générale tonique et clonique semblable à une attaque d'éclampsie. L'attaque se renouvela au bout de trois semaines, sous la même forme, et il y eut ensuite, dans les vingt-quatre heures, plusieurs crises de même nature ne durant que trois ou quatre minutes chacune. C'est à la suite de la dernière que l'enfant est restée dans un état convulsif tétanique suivi de mort.

Le problème si important de la *spontanéité du tétanos* ou de son *étiologie traumatique* se trouve résolu par ces faits, et cette étude pourra servir à éclairer certains cas de même nature observés chez l'adulte.

Jusqu'ici, ceux qui ne croient pas à la production spontanée du tétanos ont élevé cette objection qu'il y avait peut-être erreur de diagnostic, et que les cas considérés comme étant du tétanos spontané pourraient bien n'être que des convulsions tétaniformes dues à des lésions cérébro-spinales. A cela, je répondrai que dans mes autopsies, sauf un cas, j'ai trouvé les lésions caractéristiques du tétanos dans l'enfance, c'est-à-dire les *hémorrhagies rachidiennes* extra-méningées.

On peut discuter sur la nature de ces hémorrhagies pour soutenir qu'elles sont consécutives plutôt que primitives, mais telles qu'elles sont, elles accompagnent le tétanos, et on ne les trouve pas chez les sujets qui n'ont que de la roideur tétanique provoquée par la méningite.

Donc chez mes malades, âgés de cinq à douze ans, il y a eu, comme chez les nouveau-nés, des hémorrhagies rachidiennes extra-méningées semblables à celles qui ont été signalées par Elsaesser, Abercrombie, Matuzynsky, Lévy, Thore, Hervieux et Joffroy.

D'après ces observateurs et surtout Matuzyinski, qui, sur vingt-cinq cas, a rencontré seize fois ces hémorrhagies extra-méningées, du sang en plus ou moins grande abondance a été trouvé dans la cavité rachidienne, entre les lames vertébrales ou la face postérieure du corps des vertèbres et la dure-mère. Ce sang était en nappe, noir, coagulé ou infiltré dans le tissu cellulaire sous forme d'ecchymose.

Dans le cas d'Abercrombie, un long caillot existait entre les lames des vertèbres et la dure-mère. Dans celui de Thore, c'était à la même place un gros caillot allongé occupant la région cervicale et dorsale. Au contraire, dans les deux cas de Her-

vieux, c'était une fois de la sérosité ensanglantée, et l'autre du sang pur dans la cavité de l'arachnoïde spinale. Ces deux cas sont exceptionnels, car, dans les autres autopsies de tétanos des nouveau-nés, l'hémorrhagie a toujours été trouvée dans le canal rachidien, en dehors de la dure-mère. Deux cas de tétanos traumatique, publiés par Joffroy, offrent la même altération (1).

En général, l'arachnoïde est saine, et il n'y a que la pie-mère qui soit le siége d'une forte hyperémie veineuse, rarement d'hémorrhagie; cependant le fait que je viens d'observer montre une suffusion sanguine très-évidente sous-arachnoïdienne à la partie supérieure de la moelle.

Chez tous les malades, la moelle épinière elle-même a paru normale. Il n'y a qu'un seul cas où cet organe ait paru altéré, ramolli; mais, dans ce cas, selon l'auteur, Hervieux, le ramollissement a semblé devoir être rapporté à un effet de macération cadavérique.

Comme on le voit, dans le tétanos des nouveau-nés et de la seconde enfance, presque toujours il y a des hémorrhagies rachidiennes extra-méningées; — rarement des hémorrhagies arachnoïdiennes; — toujours de l'injection anormale dans la pie-mère; — quelquefois la suffusion hémorrhagique de cette membrane, — et enfin jamais d'altération de la moelle et du cerveau.

Chez la malade dont je rapporte l'observation, il y avait un seul tubercule crétacé du cerveau, mais il est permis de se demander si ce tubercule a été le point de départ des accidents convulsifs qui se sont terminés par un vrai tétanos. C'est ce que je discuterai plus loin.

Voici mon observation :

La nommée Cl..., âgée de douze ans, entrée le 5 mars 1873, salle Sainte-Catherine, lit 25, à l'hôpital des Enfants-Malades.

Cette enfant a été prise, il y a trois semaines, en revenant de l'école, d'étourdissements passagers. La nuit suivante, elle eut une attaque convulsive caractérisée de la manière suivante : cri initial, face rouge, yeux grands ouverts; mouvements du bras gauche seulement; pas d'écume à la bouche. Cette attaque dura trois heures et demie; un médecin qu'on appela appliqua ou fit appliquer des fers chauds à la plante des pieds. L'enfant revint à elle complétement, ne conservant rien d'autre que des brûlures de la plante des pieds résultant du contact des fers.

La veille de son entrée, elle a été reprise des mêmes accidents que le premier jour, mais pendant trois ou quatre minutes seulement. Depuis lors, elle est reprise de convulsions qui, au dire de sa mère, auraient les mêmes caractères que la première fois, puis il est resté un état convulsif permanent qui a motivé l'entrée à l'hôpital.

L'enfant est grande pour son âge et bien constituée. Elle n'a pas eu d'autres convulsions dans son enfance, et il n'y a pas de maladies nerveuses dans la famille. Le père est mort poitrinaire. Il y a dix jours qu'elle n'a pas été à la selle.

État actuel. — Au talon gauche existe une brûlure large comme une pièce de cinq francs en argent; cette plaie intéresse les couches superficielles du derme; elle est en voie de bourgeonnement, mais en mauvais état, avec suppuration peu abondante et fétide. En plusieurs points de la plante du pied, l'épiderme est décollé, racorni; sur la face plantaire de l'un des orteils, il est soulevé par de la sérosité sanguinolente, et sur les autres, il est plus ou moins détaché et durci. La plante du pied droit présente des lésions analogues, mais notablement moins étendues et moins marquées. En un mot, traces de brûlures de la plante des deux pieds, intéressant une partie de l'épaisseur du derme seulement. A la partie externe du genou gauche, on voit une brûlure plate, paraissant très-superficielle, de 0m,05 à 0m,06 de long sur 0m,02 de large environ, et qui résulterait également de l'application de fers chauds, faite après le début des accidents.

Un peu d'œdème du dos du pied et du bas de la jambe du côté gauche. Les deux pieds sont très-douloureux et l'enfant s'en plaint vivement, même en dehors de tout mouvement. (Cataplasmes.)

Les mâchoires sont serrées, et il y a un opisthotonos assez marqué. Cet opisthotonos, qui redresse la tête et cambre les reins au point de permettre de glisser facilement la main entre le lit et le dos de l'enfant, persiste d'une façon constante; cependant les muscles des gouttières vertébrales ne sont pas très-énergiquement contractés, non plus que ceux de la nuque, qui laissent exécuter à la tête quelques mouvements de flexion et de rotation qu'on lui imprime. Les mâchoires peuvent être entr'ouvertes un peu spontanément; il n'y a pas de dysphagie. Le ventre est plat, un peu dur. Tous les quarts d'heure ou toutes les vingt minutes à peu près (au moment de la visite du soir), l'enfant est prise de contractions qui exagèrent notablement son opisthotonos et lui arrachent des cris; les muscles de la face participent à ces contractions et tirent les traits en dehors (rire sardonique). En même temps, les parois abdominales se durcissent comme une planche, et tout le tronc s'incurve en avant. La respiration paraît peu gênée pendant les accès; en dehors d'eux elle est calme et facile. Les bras et les jambes ne prennent aucune part aux secousses convulsives et conservent leur liberté entière de mouvements; cependant l'enfant paraît souffrir quand on sort ses jambes du lit, sans qu'on touche à ses pieds. Entre les accès, le tronc est de temps à autre agité de soubresauts brusques.

L'intelligence est intacte. Aucun trouble de la vue, de l'ouïe, ni de la sensibilité cutanée.

Je fais donner un lavement huileux; mais il est rendu en grande partie presque à mesure qu'on le donne, et ne procure qu'une évacuation peu abondante. Puis je prescris : 10 centigrammes d'extrait d'opium, en dix pilules; deux de suite, et ensuite une toutes les heures.

A neuf heures (l'enfant vient de prendre sa quatrième pilule), il y a une rémission manifeste. On a observé encore quelques accès, mais moins fréquents et moins intenses. Sueur perlée à la face. Un peu de gêne à la déglutition. L'enfant se sent envie de dormir; elle divague un peu. Le pouls est à 158, la température axillaire à 38°,8. (Je fais suspendre l'opium jusqu'à nouvel ordre.)

A onze heures, je revois la malade. Elle a toujours de temps en temps quelques soubresauts dans le tronc, mais elle n'a plus eu de fortes contractions; elle vient même de dormir un peu. La respiration est un peu fréquente. (La cinquième pilule à minuit; puis une toutes les deux heures s'il revient des accès violents.)

6 mars. — T. 38°,5; p. 160. Quelques convulsions encore cette nuit, mais peu intenses; petites secousses par intervalles; plaintes, agitation, absence de sommeil. (L'enfant a pris en tout 7 centigrammes d'extrait d'opium). Ce matin, les contractions reviennent plus fortes. Un peu de roideur des pectoraux au moment des secousses.

M. Bouchut prescrit 3 grammes de chloral dans 60 grammes de véhicule, à prendre d'un seul coup. Mais il est impossible d'arriver à faire prendre le chloral, tant à cause de la répugnance que l'enfant manifeste, qu'à cause d'une certaine difficulté qu'elle éprouve à avaler. J'essaye, mais sans succès, d'introduire une sonde dans l'œsophage par les narines; l'instrument, dépourvu de mandrin, s'engage dans le larynx ou bute au voisinage de l'orifice de cet organe; l'opisthotonos contribue évidemment pour beaucoup à ce résultat, en faisant décrire à la colonne cervicale une courbe à convexité antérieure qui repousse en avant le bec de la sonde. Le médicament dut donc être donné en lavement.

Soir. — T. 38°,1. P. 150. Peau un peu moite. Deux ou trois accès intenses dans le courant de l'après-midi; petites secousses de temps à autre. Après le lavement de chloral, l'enfant a dormi profondément pendant un court espace de temps; puis elle a bientôt été

(1) *Thèse de Hayem sur les hémorrhagies rachidiennes*, page 43.

réveillée brusquement par de faibles contractions. Elle a bien bu toute la journée (un pot de lait); le soir, elle avale en peu de temps et sans grande peine un bol de bouillon dans lequel on a délayé de la purée de viande crue. De temps à autre, une gorgée ne passe qu'avec peine et après plusieurs efforts convulsifs de déglutition; l'enfant éprouve le besoin de reposer entre plusieurs gorgées successives. Trois selles dans l'après-midi. De temps en temps, cris provoqués par des douleurs dans les reins. Les bras sont libres dans leurs mouvements; les pectoraux sont plus souples que ce matin; quelques faibles contractions dans les muscles de la partie postérieure des cuisses au moment des secousses.

(*A suivre.*)

HOPITAL DE RIO-JANEIRO. — M. BRUM.

De l'exstrophie de la vessie.

L'extrophie de la vessie étant un vice de conformation très-rare dans le sexe féminin, j'ai cru devoir faire la description ci-jointe d'un cas de cette difformité observé dans ma clientèle civile, et je vous demanderai la permission de vous la présenter.

Il y a dans l'exstrophie de la vessie des degrés de difformité dont le premier est caractérisé par la sortie et la proéminence de la vessie formée entre les muscles droits de l'abdomen, en restant couverte par la peau (*hernie congénitale, ectopie*); puis viennent les degrés les plus avancés, c'est-à-dire la *fente vésicale*, moins ou plus étendue, l'absence complète de la partie antérieure de la vessie et de la paroi abdominale correspondante, et le renversement ultérieur de la vessie (*exstrophie, extroversion*). Ce sont ces différents degrés de la difformité et l'aspect qu'elle présente qui lui ont prêté les noms suivants par lesquels elle est connue : *hiatus congénital de la vessie* (*Holmes*), *fissure vésicale, état rudimentaire, exstrophie, extroversion, ectropion, inversion, ectopie, hernie congénitale et prolapsus de la vessie.*

Chez les nouveau-nés, il n'y a pas de renversement de la vessie; on y voit, au niveau de celle-ci, une ouverture d'une grandeur variable, dont le fond est d'un rouge vif, et qui est limité par une sorte d'anneau à bord tranchant (*hiatus congénital*). Après la naissance, le fond rouge de cette ouverture, qui est la muqueuse de la paroi postérieure de la vessie, se renverse en dehors par l'action des muscles abdominaux pendant les cris, la défécation, etc., et il se montre alors sous la forme d'une tumeur molle, réductible et d'apparence charnue.

Comment se forme-t-elle l'exstrophie de la vessie ? Plusieurs anatomistes soutiennent qu'elle s'opère en conséquence de la rupture de la vessie; J. Muller est du nombre. D'après cet auteur, l'accumulation d'une trop grande quantité d'urine dans la vessie vers une époque où les téguments abdominaux ne sont pas encore formés, et lorsqu'il y a une imperméabilité temporaire ou permanente du canal de l'urèthre, serait la cause de la rupture du sac vésical. L'opinion de Bonn est presque identique à celle de J. Muller; et pour l'appuyer davantage, il est allé jusqu'à simuler sur le cadavre la manière dont l'exstrophie se produirait ordinairement.

Il y a d'autres anatomistes qui considèrent cette malformation comme l'effet d'un arrêt de développement de l'organe.

Sans nier que l'extroversion de la vessie peut être quelquefois l'effet d'une rupture, comme dans le cas dont parle Roose, d'une femme qui avait rompu le ligament de la symphise des pubis en conséquence d'un coup de corne qu'elle avait reçu au ventre pendant la grossesse, et dont le fils présentait, à la naissance, la vessie exstrophiée, ou encore comme dans celui simulé par Bonn sur le cadavre ; je crois plutôt que, dans la plupart des cas, ce vice de conformation dépend d'un arrêt de développement de la vessie, car, s'il était dû à la rupture de cet organe, comment expliquerait-on par là toutes les autres anomalies ordinairement existantes, comme par exemple, l'état rudimentaire des branches horizontales des pubis, la division de la verge en deux parties, la *spina-bifida*, le manque complet de la prostate, du pénis, et enfin celui des organes de la génération, comme chez la femme citée par Lémery ? Il paraît donc que, par analogie, on devrait attribuer de même à un arrêt de développement l'exstrophie de la vessie.

G..., Portugaise, âgée de quatre ans, avec $0^m,875$ de grandeur, de tempérament lymphatique et constitution forte, d'un embonpoint remarquable, a une santé générale relativement bonne, excepté l'*exstrophie de la vessie*, caractérisée comme suit :

1° Il y a, sur la partie moyenne de la région épigastrique, une tumeur ovoïde, dont le plus grand diamètre (le vertical) mesure 0^m06, et le plus petit $0^m,05$. Cette tumeur est molle, compressible et réductible sans douleur, et recouverte dans sa partie antéro-supérieure par la peau, et dans l'inférieure par la muqueuse vésicale, qu'on voit à nu à cause de l'absence complète de la paroi abdominale correspondante.

2° A $0^m,07$ au-dessus de la base de la tumeur, la ligne blanche commence à s'élargir, de manière à former un triangle isocèle, dont la base ayant $0^m,03$ centimètres de largeur, correspond à la base de la tumeur, c'est à cet endroit et non à sa place normale que se trouve la cicatrice ombilicale.

3° Les branches horizontales des pubis sont très-courtes et ne se prolongent pas jusqu'à la ligne moyenne. De là l'absence complète de la symphise. A la place de la partie manquée de ces branches, on remarque un tissu moins dur que le tissu osseux, probablement le tissu fibreux qui les unit.

4° En soulevant et en renversant la tumeur, on aperçoit à nu la muqueuse de la partie postéro-inférieure de la vessie. Cette muqueuse se montre fongeuse, saignant au moindre contact, présentant deux petits boutons latéraux, éloignés l'un de l'autre de $0^m,022$, et sur lesquels on voit deux petits orifices (des uretères), qui suintent continuellement de l'urine.

5° Au-dessous du bord inférieur de la muqueuse vésicale et des deux côtés de la ligne moyenne, on trouve les petites lèvres dans un état rudimentaire, éloignées de $0^m,015$ l'une de l'autre. Elles sont constituées par un petit tubercule hémisphérique, avec $0^m,01$ de diamètre, se continuant par sa partie inférieure avec un petit pli de la muqueuse, de $0^m,005$ de longueur, et semblable à celui des petites lèvres ordinaires.

6° Sur la ligne moyenne et à la même hauteur des petites lèvres, on voit l'orifice vaginal ayant la forme d'une fente, ou plutôt d'une boutonnière, transversalement placée, et longue de $0^m,001$. Je crois qu'il y a à peine un vagin rudimentaire ; car, en explorant le canal vaginal avec un stylet, il ne m'a été possible d'introduire que $0^m,003$ de cet instrument. Tout examen au delà de cette profondeur devenait tellement gênant et même douloureux pour la petite malade, que j'ai dû m'y arrêter.

7° En dehors des petites lèvres sont les grandes lèvres, très-écartées de la ligne moyenne et très-développées, s'étendant au-dessus jusqu'au mont de Vénus, et en se continuant en bas avec les fesses.

8° Il y a entre l'orifice vaginal et l'anus une distance de $0^m,04$.

9° L'anus est situé dans un point en rapport à sa position naturelle. La malade souffre très-fréquemment de prolapsus du rectum. Ce prolapsus est dû certainement à la conformation vicieuse du bassin, trop large dans le diamètre transversal et étroit dans le diamètre antéro-postérieur.

10° La distance approximative entre les deux tubérosités ischiatiques, mesurée sur les parties molles, est de $0^m,076$. Le sacrum et le coccyx sont très-recourbés en avant, d'où il en résulte la situation antérieure de l'anus.

11° Le mont de Vénus manque dans sa partie moyenne. Le clitoris n'existe pas, de même que le canal de l'urèthre et, par conséquent, le méat urinaire.

12° La partie de la muqueuse vésicale, au-dessus des orifices des uretères, est devenue coriace et calleuse ; la peau, au-dessous et dans les proximités des uretères, est érythémateuse dans quelques endroits et excoriée dans d'autres.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Séance du 17 janvier 1873. — Présidence de M. Lunier.

M. le docteur Foissac, médecin en chef de la maison de la Légion d'honneur de Saint-Denis, adresse à la Société son travail : *De la longévité humaine, ou l'art de conserver la santé et de prolonger la vie.*

— M. Onimus offre à la Société un mémoire : *Recherches expérimentales sur la physiologie des nerfs pneumogastriques*, par MM. Legros et Onimus.

M. Péry (de Bordeaux) écrit à la Société pour la remercier de l'avoir nommé membre correspondant.

M. Motet s'excuse, par lettre, de ne pas pouvoir assister à la séance.

M. de Saint-Germain lit le mémoire suivant, à l'appui de sa candidature au titre de membre titulaire :

Note sur quelques observations de fractures compliquées prises à l'hôpital Saint-Antoine pendant l'année 1872. — Messieurs, les quelques observations de fractures compliquées dont j'ai l'honneur de vous donner le résumé succinct, ne présentent rien de bien nouveau soit comme anatomie pathologique, soit comme thérapeutique chirurgicale. Le seul intérêt qui puisse s'attacher à cette communication, consiste dans le rapprochement, dans le groupement d'un certain nombre de faits observés consciencieusement, traités dans le même ordre d'idées, se terminant pour la plupart d'une manière heureuse et apportant, par suite, une modeste contribution au système de conservation généralement adopté aujourd'hui.

Lorsqu'en décembre 1871 je pris, à l'hôpital Saint-Antoine, un des services de chirurgie, je fus averti que les salles qui m'étaient échues avaient assez mauvaise réputation. L'infection purulente y était fréquente, la pourriture d'hôpital s'y observait souvent; quant à l'érysipèle traumatique, on l'y voyait en permanence. Une différence notable avait été depuis longtemps signalée entre la salubrité des vieilles salles, qui constituaient le premier service, et les nouvelles qui composaient le mien.

Quelque déférence que j'eusse pour ces sages avis, je ne pus cependant me défendre d'un sentiment de réaction contre la mauvaise note infligée à mon service, sentiment basé d'ailleurs sur la conviction assez commune à notre espèce, de faire sinon mieux du moins autrement que ses devanciers. Qu'il me soit permis de le dire en passant, je dus en rabattre et en rabattre beaucoup. Seule, la pourriture d'hôpital nous a fait absolument défaut en 1872; mais l'érysipèle n'a cessé de hanter nos salles, et bien que nous ayons eu à la suite de cette complication peu de morts à enregistrer, il n'en est pas moins vrai qu'elle a souvent compromis le résultat des opérations les plus simples et les plus bénignes. Il n'en fut pas de même, comme on va le voir, de l'infection purulente.

Vers le milieu de janvier, fut apporté à l'hôpital un malheureux employé de chemin de fer, qui avait eu la jambe écrasée par un wagon. La fracture était des plus compliquées, comminutive; une hémorrhagie assez considérable avait eu lieu : l'interne de garde m'envoya chercher au milieu de la nuit; pour le dire en passant, j'avais été souvent appelé, durant mon séjour au Bureau central, dans des conditions analogues, auprès de blessés par chemin de fer, et j'avais conservé la plus mauvaise impression de ces amputations souvent multiples qui ne sont, la plupart du temps, que de véritables régularisations pratiquées nuitamment, presque sans aides, et suivies presque constamment d'un résultat rapidement fatal. Malgré cette idée préconçue, je trouvai le cas tellement grave, que je ne songeai même pas à une conservation et j'amputai.

Tout alla bien durant quelques jours, et nous commencions à espérer, lorsque des frissons survinrent, et avec eux tout le cortége de l'infection purulente. Le malade succomba le treizième ou le quatorzième jour.

La nécropsie fut faite avec soin, et l'infection constatée de la manière la plus nette. Cet insuccès m'affligea, et je fis part de mes impressions aux élèves de mon service; j'avais alors, entre autres très-bons élèves, un excellent interne, M. Cadia, lequel avait passé une année dans le service de M. Alphonse Guérin et avait conservé les meilleurs souvenirs des appareils ouatés. Il m'en parla avec un tel enthousiasme, que je me promis d'en faire l'emploi à la première occasion. Elle ne tarda pas à se présenter sous la forme d'une fracture de jambe des plus compliquées, intéressant l'articulation du genou. L'amputation de la cuisse fut pratiquée; le coton appliqué et bien appliqué, c'est-à-dire suivant l'exécution rigoureuse des préceptes de M. Guérin, et malgré ces précautions, le malade succomba au bout de quelque dix jours, à la suite d'accidents d'infection purulente.

Cette fois il n'y avait point à s'illusionner; les grandes amputations étaient absolument impossibles dans ce milieu; aussi me parut-il indiqué d'employer, même dans les cas de délabrement extrême, tous les moyens de conservation possible. M. Cadia, que je citais tout à l'heure, m'aida de toutes ses forces; nous avons marché dans cette voie toute l'année; nous avons eu fort peu de revers, beaucoup de succès, et c'est dans notre cahier d'observations que je détache celles qui m'ont paru présenter le plus grand intérêt.

Obs. I. — *Luxation du coude en avant avec fracture de l'olécrâne et plaie communiquant largement avec le foyer de la fracture.*

Le samedi 29 juin, se présentait à la consultation de l'hôpital, Jean B..., âgé de cinquante ans, cocher de profession. Cet homme, d'une vigoureuse constitution, venait de recevoir à pleine volée un coup de pied de cheval dans le bras droit. On le déshabilla séance tenante, et nous trouvâmes, en décousant ses différents vêtements, les manches de son paletot, sa chemise, absolument remplies de caillots. Le coude, une fois mis à nu, présentait les particularités suivantes : une plaie d'environ 0m,07 1/2 se trouvait au niveau de l'olécrâne. A première vue, on pouvait constater une déformation considérable du coude, laquelle était due à un détachement complet de l'olécrâne. A la place de cette saillie, se trouvait un enfoncement profond, dans lequel le doigt pénétrait avec la plus grande facilité. Le coude était considérablement augmenté d'épaisseur dans son diamètre antéro-postérieur. A la face externe, on sentait très-nettement la saillie de l'épicondyle, et au-dessous d'elle, la saillie de la petite tête du radius, dans la cupule duquel le doigt pouvait être également enfoncé avec la plus grande facilité. Une faible traction, aidée de contre-extension, suffit pour réduire cette luxation, et sous l'influence de cette remise en place de la partie supérieure de l'avant-bras, un gros caillot qui occupait la plaie de l'olécrâne fut violemment expulsé par la plaie que nous avons décrite. Le malade fut transporté immédiatement de la salle de consultation à la salle Saint-Christophe, et bien qu'en route le radius se fût de nouveau luxé, une nouvelle réduction aussi facile que la première fut obtenue, et le membre placé dans l'appareil suivant : deux attelles de fort carton furent disposées sur les faces interne et externe, de manière à empêcher absolument tout mouvement de flexion ou d'extension. Ces attelles, fixées à l'aide d'un bandage roulé, furent ensuite recouvertes d'une couche énorme de coton cardé fortement serré par de nombreux tours de bande.

Le deuxième jour, le blessé avait un petit mouvement fébrile, et l'on pouvait constater que le sang avait continué à couler par la plaie du coude, et avait traversé bandes et ouate. Une nouvelle

couche de coton cardé fut appliquée par-dessus le premier appareil. Les jours suivants, calme complet, appétit excellent, douleur nulle, et le 4 juillet, c'est-à-dire cinq jours après l'accident, le malade se lève et se promène dans le jardin. Rien de particulier à noter les jours suivants.

Le 6 juillet on enlève l'appareil; la suppuration a été très-peu abondante, car on ne trouve de pus que sur les couches d'ouate les plus profondes. La plaie est absolument cicatrisée. La luxation s'est maintenue parfaitement réduite, il reste seulement quelque mobilité de l'olécrâne; le radius, qui a repris sa place, permet quelques légers mouvements de pronation et de suponation; l'extension et les flexions s'obtiennent dans une certaine étendue. Ces différents mouvements augmentent dans les quelques jours que le malade reste à l'hôpital, et au moment où il quitte notre service, tout porte à croire qu'il pourra, dans une certaine mesure, se servir utilement de son avant-bras.

Si l'on considère la gravité du pronostic des fractures compliquées de plaies et de luxation, ainsi que les dangers de la pénétration directe d'une articulation aussi importante que le coude, on s'expliquera facilement l'intérêt avec lequel nous avons suivi ce malade et la satisfaction que nous a donnée le résultat en moins d'un mois de traitement.

Obs. II. — *Fracture compliquée du tibia et du péroné.*

Alexis G..., charretier, âgé de quarante-cinq ans, entre à l'hôpital le 28 mars 1872. La jambe a été prise sous une roue. On constate à son entrée une double fracture du tibia et du péroné à l'union des deux tiers supérieurs avec le tiers inférieur, et une plaie de $0^m,03$ à la partie antérieure, permettant l'issue du fragment supérieur du tibia. J'hésite, en présence de ce grand traumatisme, à pratiquer l'amputation, et je ne me décide pour la conservation qu'en raison des résultats déplorables dont j'ai déjà fait mention.

Le membre est placé dans une gouttière et soumis à l'irrigation continue durant quarante jours. Cette période présente à considérer la formation successive et comme par bouffées d'une série d'abcès, dont nous venons cependant à bout par les incisions et par le drainage.

Le 10 mai, nous supprimons l'irrigation continue, et nous constatons avec un certain désappointement qu'il n'y a pas trace de consolidation.

De plus, les mouvements imprimés au membre durant cette constatation déterminent une nouvelle poussée inflammatoire, et un phlegmon se manifeste.

Frappés de ce fait que les moindres mouvements sont constamment suivis chez ce malade du même résultat fâcheux, nous supprimons la gouttière dont nous nous sommes servis jusqu'à ce jour et nous appliquons des attelles plâtrées. Comme il est, avant toutes choses, nécessaire d'appliquer ces attelles sans communiquer de mouvements au membre, nous nous servons d'un artifice spécial, qui mérite une description succincte.

Le membre reposant sur la gouttière, une forte attelle plâtrée est appliquée sur la face antérieure de la jambe, en dehors de la plaie, qu'elle ne touche pas. On attend la dessiccation; quand elle est obtenue, on glisse au-dessous de la jambe des bandelettes de toile, que l'on y conduit doucement et sans déplacement à l'aide d'une bougie uréthrale servant de conducteur, puis ces bandelettes sont croisées et nouées sur l'attelle plâtrée, et le membre peut être soulevé en masse sans le moindre déplacement des fragments.

A partir de cette immobilisation, les douleurs cessent, les poussées phlegmoneuses s'arrêtent, et le 8 juillet, la fracture est presque consolidée. Les plaies, pansées avec l'acide phénique dissous dans l'huile, ont une tendance à se fermer; ce sont cependant ces plaies qui retardent la guérison complète, et ce n'est que vers le milieu d'octobre que le malade commence à faire usage de son membre.

Malgré le temps énorme consacré à la guérison de ce malade, guérison qui ne sera elle-même jamais absolument complète, puisque, selon toute apparence, la claudication subsistera toujours, nous ne pouvons nous empêcher de nous applaudir du résultat et d'en déduire, au moins pour le cas présent, la grande supériorité de l'immobilisation complète du membre fracturé sur les diverses méthodes telles que la mise en gouttière et l'irrigation continue.

Nous sommes, en effet, portés à penser que si dès le début nous eussions employé les attelles plâtrées, nous aurions épargné à notre malade les accidents inflammatoires qui ont, à plusieurs reprises, compromis le succès et en tous les cas ralenti considérablement la consolidation.

Obs. III. — *Fracture compliquée du tibia et du péroné.*

Le nommé D..., âgé de dix-huit ans, journalier, entre à l'hôpital le 3 août. Ce garçon a été renversé par un arbre de couche dont le passage sur les deux jambes a contusionné la jambe droite et produit sur la jambe gauche les désordres suivants : 1° énorme plaie de $0^m,06$ carrés environ à la partie interne et postérieure du membre, avec arrachement de la peau; 2° fracture des deux os. Le fragment tibial supérieur coupé assez net, bien que légèrement oblique, fait saillie à travers la plaie et descend très-bas, $0^m,01$ au-dessous de la plaie, ce qui produit un énorme raccourcissement; une légère hémorrhagie se produit au moment de l'arrivée du malade. Son état général est caractérisé par une stupeur profonde. Aussi s'occupe-t-on de le réchauffer à l'aide de rhum et de potions cordiales. Le membre blessé est soumis à l'irrigation continue.

Le lendemain 4 août, nous appliquons l'appareil inamovible, disposé de la façon suivante : une première attelle plâtrée est placée à la partie postérieure du membre, et s'étend depuis le creux poplité jusqu'aux orteils. Une extension modérée est alors pratiquée, de façon à corriger autant que possible l'énorme saillie produite par le tibia, et une attelle antérieure également plâtrée est appliquée depuis la partie supérieure du genou jusqu'aux orteils atteints également. Une modification très-importante a été employée ici. Afin que l'attelle plâtrée ne vînt point frôler et comprimer la plaie qui donnait issue au tibia, nous avons profité de l'état de mollesse du plâtre pour faire décrire à cette attelle une assez vaste courbe et pour constituer ainsi une *véritable arcade*, soutenue jusqu'à sa siccité complète par un gros tampon d'ouate. La siccité obtenue, l'ouate fut appliquée suivant la méthode de M. Guérin et le malade abandonné à *lui-même.*

Rien de particulier à noter les jours suivants, si ce n'est un peu de fièvre, peu ou point de douleur dans le membre malade, et un léger suintement que l'on recouvre à mesure qu'il se produit à l'aide de couches successives d'ouate.

Le 8 et le 9 août, invasion d'un rhumatisme articulaire aigu des plus graves, complication cardiaque, épistaxis répétés, état des plus graves, mettant la vie du malade en danger et ne cédant que vers le 23 du même mois.

Le 28, on constate non point de la douleur, mais de légers picotements au niveau de la fracture; en même temps un suintement assez abondant, composé presque entièrement de pus, se fait jour à la racine de la cuisse. De nouvelles couches d'ouate sont appliquées.

A partir de ce moment jusqu'à la fin de septembre, aucun incident à noter. L'état général du malade est excellent; l'appétit a reparu; les douleurs sont nulles.

Le 30 septembre nous enlevons l'appareil, c'est-à-dire cinquante-six jours après l'opération.

Les plaies antérieures et postérieures ont un excellent aspect et sont couvertes de bourgeons charnus. Le tibia est entièrement recouvert; la consolidation est sinon complète, au moins très-avancée. Le malade est placé dans une gouttière et pansé à l'aide de l'huile phéniquée.

Les mois d'octobre et de novembre se passent sans nouvel incident. La cicatrisation s'opère lentement; la consolidation s'accuse en se confirmant. Enfin le 9 novembre, notre malade peut essayer de marcher. Le cal est considérable et des plus solides, les plaies sont

cicatrisées. La difficulté des premiers essais de marche tient surtout à la roideur de l'articulation tibio-tarsienne; mais au bout de quelques jours, les mouvements se rétablissent et le succès peut être considéré comme assuré.

Nous voyons dans cette observation que, profitant des fautes commises dans le cas précédent, nous n'avons pas perdu de temps à pratiquer l'irrigation continue, et que nous avons employé l'immobilisation le lendemain même de l'accident : si jamais il y a eu un cas d'amputation, c'était assurément celui-là; aussi insistons-nous sur la terminaison heureuse, quelque temps et quelques efforts que nous ayons mis à l'obtenir.

Je terminerai, messieurs, par une dernière observation, qui tranche sur toutes les autres par la rapidité extrême de la guérison.

Un ouvrier, au mois de septembre dernier, fut saisi à l'atelier par une scie circulaire et eut littéralement la moitié de l'avant-bras sciée par cet instrument.

Il se présenta le matin à la consultation de l'hôpital, et voici ce que nous constations : le trait de scie, fortement oblique, commençait à 0m,06 environ au-dessous de l'olécrâne, divisait nettement le cubitus, puis toutes les parties molles à la partie interne et postérieure de l'avant-bras. La plaie avait environ 0m,29 de long et la section représentait exactement ou à peu près la moitié de l'avant-bras. L'hémorrhagie était fort peu considérable; l'état général du malade excellent. Je le fis aussitôt coucher, et j'appliquai immédiatement deux attelles plâtrées, l'une sur le segment de l'avant-bras resté sain, soit à la région externe et antérieure; l'autre interne et postérieure, en forme d'arcade, ménageant par conséquent la place au-dessus de laquelle elle passait. Le tout après siccité fut maintenu à l'aide de bandelettes de diachylon, et la plaie pansée à l'huile phéniquée. Je n'appliquai point l'appareil ouaté, pensant que la suppuration serait des plus considérables et nous forcerait d'enlever l'ouate trop tôt.

Ce malade cessa de souffrir dès le moment de l'immobilisation; il n'eut pas un mouvement de fièvre; son appétit se maintint excellent, et vingt-neuf jours après nous pûmes enlever l'appareil et constater une consolidation parfaite.

A partir de ce moment, le malade quitta l'hôpital et vint régulièrement s'y faire panser. Il a guéri complétement, et la difformité résultant de cette énorme section n'est pas trop choquante.

Pour le dire en passant, un résultat presque identique a été obtenu dans nos salles à la même époque chez un malade atteint de fracture double de jambe, compliquée de deux vastes plaies, et traité par l'immobilisation seule, c'est-à-dire sans appareil ouaté. Là aussi la guérison a été très-rapide et la consolidation s'est obtenue en trente jours, c'est-à-dire dans le temps strictement nécessaire pour la consolidation d'une fracture simple.

J'aurais, du reste, messieurs, si je voulais être complet et si je ne craignais d'abuser des moments de la Société, un certain nombre d'autres observations à citer, toutes aussi concluantes en faveur de la conservation. Je me suis borné à prendre dans les différents groupes d'observations recueillies, celles qui m'ont paru présenter le plus d'intérêt et le type le plus saillant.

Ainsi que je le disais en commençant, cette relation des faits n'est autre chose qu'une contribution au système de conservation généralement adopté aujourd'hui; ce système m'a donné, durant toute une année, au milieu des salles malsaines, d'excellents résultats, et je vous en donnerai une idée en résumant ainsi :

Sur trois cas d'amputation (deux de cuisse et une de jambe), amputations que j'ai faites à mon corps défendant, dans l'impossibilité d'agir autrement, j'ai eu trois morts.

Sur vingt-cinq cas environ des plus graves, j'ai tenté la conservation et je n'ai eu à enregistrer que deux morts.

Ce travail est renvoyé à une commission composée de MM. Aimé Martin, Reliquet et Forget, rapporteur.

(A suivre.)

VARIÉTÉS

Histoire des plantes.

Par H. Baillon, professeur à la Faculté de médecine de Paris (1).

IX

Les Saxifragacées ont été proposées comme ordre distinct, en 1789, par L. de Jussieu. M. Baillon attribue à cette famille cent dix genres qui se trouvent répartis dans vingt séries. En 1846, Lindley comptait sept cent soixante-six espèces pour les genres qui forment pour M. Baillon la famille des Saxifragacées. Tout récemment MM. Bentham et J. Hooker en admettent sept cent dix-sept. On le voit, cette famille est très-vaste, et nous renvoyons le lecteur à l'*Histoire des Plantes* pour voir sur quelles bases M. Baillon a formé ses vingt séries.

Quant à la distribution géographique détaillée, elle est ici impossible, car il n'y a pas une région du globe où les Saxifragacées ne soient représentées.

Cette famille devait présenter de très-nombreuses affinités. Quelques-unes sont tellement étroites qu'il est extrêmement difficile de distinguer les Saxifragacées par des caractères absolus des Rosacées et des Crassulacées. Les Saxifragacées ont des affinités si multiples qu'elles touchent, par un de leurs genres, à un nombre trop considérable de familles pour que nous puissions entrer ici dans quelques détails.

Dans cette famille si nombreuse, il n'y a que peu de plantes utiles. Elles jouent un grand rôle dans l'ornement des jardins, des serres, des parcs et des promenades publiques. Mais quelques-unes, les groseilliers, sont recherchées par leurs fruits. Le *Billardiera mutabilis* a des fruits comestibles d'une saveur agréable. Le *Saxifraga crassifolia* a été proposé comme substitutif du thé, ainsi que l'*Hydrangea Thunbergii*.

Les propriétés médicinales de ces plantes sont peu remarquables; mais nous ne devons pas oublier de signaler le *Liquidambar*, dont on obtient, par incision, deux baumes très-connus. En Asie Mineure, croît une espèce, le *L.* oriental, qui donne aussi, par incision, le styrax liquide des pharmacies.

X

Les *Pipéracées* ont longtemps été constituées seulement par les Poivres. Aujourd'hui, on en rapproche d'autres genres, et en première ligne, le petit groupe des Saururées.

M. Baillon admet douze genres de Pipéracées qu'il place dans quatre petites séries : les Saururées, les Pipérées, les Chloranthées et les Cératophyllées. Cette dernière avec un point de doute.

Les caractères variables qui servent à séparer les séries de ce groupe sont la structure de la graine, le nombre et la direction des ovules, le nombre des carpelles, la présence ou l'absence du périanthe, la forme du réceptacle floral, enfin les caractères des organes de végétation.

Les Pipéracées qui, avant tout, sont très-voisins des Urticacées, sont en général des plantes des pays chauds. Il faut, bien entendu, faire une exception pour les Saururées et les Cératophyllées, qui habitent surtout les régions tempérées et froides de l'hémisphère boréal.

La plupart des Pipéracées ont leurs différentes parties, notamment leurs feuilles et leurs fruits, gorgées d'une huile essentielle particulière, d'une résine plus ou moins âcre et d'une matière cristalline qui les rendent odorantes, aromatiques, piquantes, stimulantes ou irritantes, ou topiques, stomachiques, digestives. M. Baillon passe en revue les nombreuses espèces qui servent ou peuvent servir en médecine. Ce chapitre intéresse vivement le praticien.

(1) Fin. — Voir les numéros des 1er et 8 avril 1873.

XI

Nous avons dit les affinités des Pipéracées avec les Urticacées. Dans cette dernière famille, on confondait autrefois un grand nombre de types, qui en sont aujourd'hui détachés. On y a conservé seulement les Urticées proprement dites, c'est-à-dire les plantes construites comme des Orties et des Pariétaires. M. Baillon admet cinq séries : les *Urérées* (plantes pourvues de poils brûlants, urticants); les Procridées, les Bœhmeriées, les Pariétariées et les Forskohléées, toutes plantes inermes. Les caractères constants ou à peu près dans la famille sont : la simplicité des feuilles, la présence des stipules, l'apétalie, la disposition des fleurs en cymes définies, la diclinie des fleurs, l'isostémonie (ou meiostémonie) de l'androcée, la présence d'un rudiment de pistil dans la fleur mâle, le gynécée unicarpellé, l'ovaire uniloculaire et l'ovule solitaire, ascendant ou presque dressé, orthotrope ou à peu près, avec le micropyle supérieur, enfin l'indéhiscence du fruit.

Les Pipéracées renferment trente-neuf genres et cinq cents espèces, dont — suivant M. Weddell — le nouveau monde renferme un tiers; l'Asie avec la Malaisie un autre tiers, et l'Océanie et l'Afrique, à parts égales, les neuf dixièmes du tiers restant; l'Europe enfin, n'en revendique qu'une douzaine d'espèces.

Les propriétés des Urticacées ne sont pas des plus importantes. A part l'urtication, il y a peu de fond à en faire comme médicaments. M. Baillon insiste sur la valeur du China grass des Anglais, le Bœhmeria nivea.

XII

Avec la famille des Urticacées, se termine le troisième volume de l'*Histoire des Plantes*.

Par quelques chiffres on pourra juger de l'importance de ce travail.

M. Baillon a étudié dans ce volume douze familles, et mille quatre-vingt-sept genres, sur lesquels il n'en accepte que quatre cent trente-deux.

Nous n'ajouterons pas un mot à ces chiffres, qui parlent assez éloquemment en faveur de cette œuvre considérable et si digne de toutes les sympathies.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Muséum d'histoire naturelle. — M. Albert Gaudry, professeur de paléontologie, commencera ce cours le mercredi 23 avril, à trois heures et demie, dans le grand amphithéâtre d'anatomie comparée, et le continuera les vendredis et mercredis suivants à la même heure.

M. Decaisne, professeur de culture, commencera ce cours le mardi 22 avril, dans l'amphithéâtre de la galerie de géologie, à huit heures et demie du matin, et les continuera les mardi, jeudi et samedi de chaque semaine.

M. Delafosse, professeur de minéralogie, commencera ce cours le mercredi 23 avril, à huit heures et demie du matin, dans l'amphithéâtre de la galerie de minéralogie, et le continuera les lundi, mercredi et vendredi de chaque semaine, à la même heure.

M. Brongniart, professeur de botanique, commencera ce cours le mercredi 23 avril, à neuf heures et demie, et le continuera à la même heure, les mercredi et vendredi de chaque semaine.

— A céder à Bordeaux, une clientèle médicale rapportant plus de 15,000 francs (fixe : 3,000). Écrire : initiales A.-G., 14, rue de l'Urbe, Bordeaux.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Leçons sur le strabisme, les paralysies oculaires, le nystagmus, le blépharospasme, etc., professées par F. Panas, chirurgien de l'hôpital Lariboisière, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris, chargé du cours complémentaire d'ophthalmologie; rédigées et publiées par G. Lorey, interne des hôpitaux de Paris; revues par le professeur. — 1 vol. in-8° avec 10 figures dans le texte. Prix : 5 francs. — Paris, Adrien Delahaye.

Essai sur le cancer du rein, par le docteur Heumann. — In-8°. Prix : 2 francs. — Paris, Adrien Delahaye.

Physiologie étiologique et traitement de l'anaphrodisie, par le docteur Ch. Dechenet. — In-8°. Prix : 2 francs. — Paris, Adrien Delahaye.

Du traitement des polypes laryngiens, par le docteur Ch. Livon. — In-8°. Prix : 2 francs. — Paris, Adrien Delahaye.

Curation des maladies de la peau au moyen de l'acide phénique, par le docteur Déclat. Prix : 2 francs. — Delahaye.

Le Directeur : Dr E. Le Sourd.

Paris. — Typographie A. Pougin, quai Voltaire, 13.

Eaux minérales de Vals acidules.

Gazeuses, Bicarbonatées, Sodiques, analysées par. O. Henri.

Thermalit 13° —	Saint-Jean	Rigolette	Précieuse	Désirée	Magdeleine
Acide carbonique libre...	1.425	2.095	2.218	2.145	2.050
Bicarbonate de soude....	1.480	5.800	5.940	6.040	6.280
— de potasse...	0.040	0.263	0.230	0.263	0.255
— de chaux....	0.310	0.259	0.630	0.571	0.520
— de magnésie.	0.120		0.750	0.900	0.672
— fer et mang.	0.006	0.024	0.010	0.010	0.029
Chlorure de sodium......	0.060	1.200	1.080	1.100	0.169
Sulfate de soude et chaux.	0.054	0.220	1.185	0.200	0.235
Silicate et silice, alumine..	0.080	0.060	0.060	0.058	0.097
Iodure alcal. arsenic lit...	indice	traces	indice	indice	traces
	2.151	7.826	8.885	9.142	9.248

Ces eaux sont *très-agréables* à boire à table, pures ou coupées avec du vin. Un excès d'acide carbonique et la proportion heureuse des bicarbonates calciques-magnésiens en font, malgré la plus riche minéralisation qui soit connue en France, des eaux *légères, douces*, essentiellement *digestives*. Dose ordinaire, une bouteille par jour. (*Indiquer autant que possible la source que l'on entend prescrire.*) *Emplois spéciaux* : SAINT-JEAN, maladie des organes digestifs; — PRECIEUSE, maladies de l'appareil biliaire; — DESIREE, maladies de l'appareil urinaire; — RIGOLETTE, chlorose, anémie; — MAGDELEINE, maladies de l'appareil sexuel.

SOURCE FERRO-ARSENICALE DE LA DOMINIQUE

Acide sulfurique libre		1.33
Silicate acide	sesqui-oxyde de fer	0.44
Arséniate »		
Phosphate »		
Sulfate »		
— de chaux		
Chlorure de sodium		
Matières organiques		

Cette eau est arsenicale; elle n'a aucune analogie avec les précédentes. Fièvres intermittentes, cachexies, dyspnée, maladies de la peau, scrofule, maladies organiques, etc.

Les eaux de ces sources se transportent et se conservent sans altération; elles se trouvent dans les principales pharmacies de France, au prix de 0,80 c. la bouteille en verre noir, revêtue d'une étiquette et coiffée d'une capsule en étain indiquant la source où elle a été puisée.

EXPOSITION DE 1867

La seule et unique Médaille pour la Pepsine, en récompense de la supériorité de fabrication constatée après expériences faites par les membres du Jury de l'Exposition 1867, MM. Fehling (de Stuttgart), Fritsche (de Saint-Pétersbourg), a été accordée exclusivement à la

Pepsine de Boudault; seul fabricant et fournisseur de la Pepsine dans les hôpitaux de Paris depuis 1854.

Quinze années de fabrication supérieure.

Elle est employée dans les *dyspepsies légères et rebelles, gastrites, gastralgies, dans les vomissements incoercibles de la grossesse, la lientérie des enfants, et autres affections des organes digestifs*, sous forme de vin, Élixir, Prises, Pastilles et Dragées. *Se méfier des contrefaçons.*

Pharmacie Hottot, 24, rue des Lombards, Paris.

VIANDE CRUE & ALCOOL

Traitement par l'ÉLIXIR alimentaire de DUCRO. PHTHISIE, anémie, **rachitisme**, DIABÈTE, *Diarrhée*, **Cachexies**, *Albuminurie, la* **Convalescence**, *l'épuisement.* (*Gros*), 8, *r. Neuve-Saint-Augustin, Paris.*

HUILE DE HOGG

(DE FOIES FRAIS DE MORUE)

Maladies de poitrine, affections scrofuleuses, dartres, maigreur des enfants, affaiblissement général. — *Douce et facile à prendre.* — Mention honor. 2, rue Castiglione, Paris.

Aménorrhée, Dysménorrhée. — L'observation médicale confirme chaque jour les propriétés véritablement spécifiques de l'Apiol des docteurs Joret et Homolle comme emménagogues, et sa supériorité bien marquée sur les agents thérapeutiques de la même classe. Le succès est assuré quand l'aménorrhée ou la dysménorrhée est indépendante d'un état anatomique ou d'une lésion organique, mais se rattache à un trouble de l'innervation vaso-motrice de l'utérus et des ovaires. *Il provoque les règles, prévient les coliques, dissipe les douleurs des reins et les tranchées* qui accompagnent souvent les *Epoques*, sans qu'on ait jamais à redouter aucun accident de son emploi, même dans le cas de grossesse.

Le seul moment opportun pour administrer l'Apiol est celui qui correspond à l'époque présumée des règles ou la précède immédiatement. — Dose, une capsule matin et soir pendant six jours.

Dépôt général, pharm. Briant, 150, r. de Rivoli.

VERMIFUGE DES ENFANTS

Pralines à la Santonine-Colmet

Reconnues par les premiers docteurs de Paris comme le vermifuge le plus sûr et le plus agréable. 1 fr. 25 le flac. — Colmet, 12, rue Neuve-St-Merry.

EPILEPSIE

HYSTERIE — NEVROSES

Le Sirop de Henry Mure, **au bromure de potassium** (exempt d'iodure), dont l'usage est aujourd'hui universellement répandu, a déterminé un nombre considérable de guérisons publiées dans les recueils scientifiques.

Chaque cuillerée de Sirop de Henry Mure contient 2 grammes de **bromure de potassium** d'une pureté chimique irréprochable.

PRIX DU FLACON : 5 francs.

Vente au détail. — A Paris, 16, rue de Richelieu, pharmacie Lebrou.

Vente en gros. — S'adresser à M. Henry Mure, pharmacien, à Pont-Saint-Esprit (Gard).

PAPIER RIGOLLOT

POUR SINAPISMES

Adopté par les Hôpitaux de Paris, les Ambulances et Hôpitaux militaires, et par les Marines française et anglaise.

26, rue Vieille-du-Temple, à Paris, et dans toutes les pharmacies.



MÉDICATION DIASTASÉE

FER diastasé — IODE diastasé — ARSENIC diastasé

(Sels de fer, d'iode et d'arsenic, combinés avec la graine de cresson par la germination)

Sous cette forme spéciale, ces sels intimement unis aux principes huileux et protéiques de la graine de cresson, cessent d'exercer leurs actions chimiques irritantes; ils acquièrent des propriétés analeptiques et pénètrent dans les voies de la circulation par l'assimilation normale; leur action est secondée par l'agent vital **la Diastase,** développée dans la germination de la graine (3 fr. le flacon).

PARIS, 15, rue Drouot (*pharmacie* Guettrot) et dans toutes les pharmacies.

PANCRÉATINE DEFRESNE

ET LES PRODUITS QUI EN DÉRIVENT

EMPLOYÉS DANS LES HOPITAUX DE PARIS

(Voir le Mémoire présenté à l'Académie de médecine.)

La **Pancréatine Defresne** perd un tiers de sa force dans l'estomac, mais continue son action dans le duodenum en présence de la bile alcaline. Elle rend assimilable, 15 fois son poids de corps gras; elle digère 50 fois son poids de fibrine; 140 gr. d'empois ou 8,90 d'amidon.

ELLE RÉUSSIT BIEN DANS LES

DYSPEPSIES, GASTRITES, GASTRALGIES ET AUTRES AFFECTIONS DES ORGANES DIGESTIFS.

L'HUILE DE FOIE DE MORUE DEFRESNE

émulsionnée par la **Pancréatine**, est inappréciable dans les maladies de poitrine.

La Pancréatine, l'Huile de foie de morue pancréatique, l'Émulsion pancréatique, les Pilules, le Vin et l'Élixir pancréatiques, se trouvent à la pharmacie Defresne, rue des Lombards, 2 et 4, et dans toutes les autres pharmacies. — ON Y TROUVE AUSSI LE

GOUDRON DEFRESNE

Liqueur préparée physiologiquement à l'aide de l'acide cholique et ayant tout l'arome et toutes les propriétés du goudron.

PILULES HÉMATIQUES DUROY

A l'extrait de sang de bœuf. — Tonique reconstituant complet

Anémies, affaiblissements, convalescences, etc. — 4 fr. le flacon de 100 pilules dragéifiées inaltérables. J.-L.-P. Duroy, pharm., lauréat de l'Institut, 10, rue du faub. Montmartre, Paris, et dans les pharm.

ÉTABLISSEMENT THERMAL DE ROYAT

OUVERT TOUTE L'ANNÉE. — SAISON DU 15 MAI AU 15 OCTOBRE.

Nouvelle administration. — Amélioration de tous les services. — Seul Etablissement où l'Eau soit constamment renouvelée dans les baignoires ou piscines par un courant d'Eau thermale. — Aspiration, pulvérisation, douches, hydrothérapie. — Application des méthodes allemandes.

Même composition que les Eaux d'Ems.

Traitement des affections nerveuses, rhumatismes, dyspepsies, affections de l'appareil génito-urinaire, engorgements résultant de fractures et luxations, anémie, maladies des voies respiratoires; Drs Chevallier, Dechambre, Durand-Fardel, Gubler, Homolle, Le Fort, Lepileur, Nivet, Petrequin, Rotureau, Félix Roubaud, etc. — 24 bouteilles : 15 fr. — 50 bouteilles : 30 fr.

Dépôts à Paris : boulevard Montmartre, 22; rue Duphot, 2; rue J.-J. Rousseau, 62; passage Sainte-Croix-de-la-Bretonnerie, 6 et 8 rue Taranne, 19.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Bureaux : 57, rue des Saints-Pères, 57
PRÈS L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix d'abonnement doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

On s'abonne hors de Paris dans les bureaux des Messageries et chez les Libraires. Les lettres non affranchies sont refusées.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui n'en peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS { Trois mois. . 8 fr. 50 c. Six mois. . . 16 — Un an. . . . 30 —

POUR L'ÉTRANGER le port en sus suivant les derniers tarifs des Postes.

Paris, le 23 avril 1873.

SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

La question de la septicémie nous paraît devoir entrer dans une nouvelle phase. Hier c'était M. Pasteur, le nouvel élu, qui, sur l'invitation de M. Bouillaud et aux applaudissements de l'Académie, a présenté en quelques mots, sur l'ensemble du sujet, un large aperçu déduit de ses observations et de ses études approfondies sur les fermentations putrides et sur les altérations que subissent les liquides fermentés sous l'influence de la présence d'organismes microscopiques analogues à ceux qui font l'objet de la discussion actuelle.

Prochainement, l'Académie entendra la relation des expériences de M. Chauveau, que M. Pasteur paraît considérer comme décisives en faveur de la coïncidence de la putréfaction avec la présence des vibrions. M. Colin poursuit toujours ses expériences...

En attendant, le débat se continue entre M. Onimus, qui a adressé, dans la dernière séance, une deuxième note dans laquelle il conclut d'une nouvelle série d'expériences : « Qu'un sang virulent conserve sa virulence, malgré la disparition des organismes vivants, et d'un autre côté, qu'un sang peut n'avoir aucune influence toxique, malgré la présence de ces organismes » ; et M. Davaine qui, dans un rapport lu hier sur la première note de M. Onimus, maintient contre son contradicteur le bien-fondé de ses propositions. Nous n'avons malheureusement pu ni entendre ni lire le rapport de M. Davaine, ce qui nous oblige à ajourner toute appréciation sur cette partie du débat.

Quant à l'allocution de M. Pasteur, il en ressort, comme on pourra en juger par le compte rendu, que l'éminent savant est porté à adopter le sens général des opinions de M. Davaine. Mais en donnant à cette opinion l'appui de sa très-grande autorité, M. Pasteur a fait ressortir quelques-unes des nombreuses difficultés que présente encore ce sujet et fait comprendre l'utilité de le soumettre à de sérieuses études. Nous croyons que personne n'est mieux à même que lui d'y apporter la lumière. Espérons qu'il voudra bien payer sa dette de bienvenue à l'Académie en consacrant à cette question quelques-unes de ces lumineuses expériences qui ont donné de si beaux résultats entre ses mains dans ses études sur les causes des altérations des vins, que la *Gazette des Hôpitaux* signalait récemment à l'attention de ses lecteurs, et qui en promettent de non moins dignes d'intérêt dans celles qu'il fait en ce moment sur les altérations de la bière.

Dr BROCHIN.

HOPITAL DES ENFANTS-MALADES. — M. BOUCHUT.

Du tétanos et de l'hydrate de chloral dans le traitement de cette maladie (1).

(Observation recueillie par M. H. PETIT.)

7 mars. — T. 38°,6. P. 150. Deux accès intenses dans la nuit, l'un vers onze heures du soir, l'autre vers le matin. Aujourd'hui l'enfant ne souffre plus. Sueur perlée au visage. Léger râle trachéal. Opisthotonos moins marqué. Déglutition moins facile qu'hier. Par intervalles, quelques secousses de peu de durée, surtout au moment où l'enfant fait effort pour expulser les mucosités épaisses qui embarrassent sa trachée. Une selle cette nuit.

L'examen ophthalmoscopique ne montre qu'une coloration rouge assez vive du fond de l'œil; les papilles ne présentent rien de particulier; les vaisseaux ne sont pas dilatés.

Prescription : lavement avec 2 grammes de chloral ce matin. Un second lavement semblable ce soir.

Soir. — T. 38°. Un fort accès, avec anxiété respiratoire marquée, à une heure après-midi; un second moins fort à trois heures. Dans l'intervalle, l'opisthotonos persiste, avec exacerbations passagères accompagnées de cris; ces exacerbations sont séparées par des mouvements de calme relatif, pendant lesquels la tête redevient un peu mobile et les muscles de la nuque se détendent; on peut alors ramener sans effort la tête dans la rectitude, mais presque à chaque fois elle se renverse en arrière comme un ressort, aussitôt qu'on la lâche. Les pectoraux et les muscles de la partie postérieure des cuisses se contractent un peu pendant les secousses, mais leur contracture est peu intense et très-passagère. L'enfant demande à boire à chaque instant; elle avale un peu moins bien qu'hier. Râle trachéal par moments. Pas de selles aujourd'hui.

8 mars. — T. 38°,9. Pouls impossible à compter. Nuit très-calme; quelques secousses avec cris de temps à autre; un accès peu intense vers minuit, le râle trachéal avait cessé; la tête était retombée sur l'oreiller, et l'enfant, très-tranquille, disait qu'elle ne souffrait plus. Depuis hier soir, elle est couchée sur le ventre, et n'a pas quitté cette position qu'elle a prise d'elle-même. Ce matin, les secousses sont redevenues fréquentes et l'opisthotonos est

(1) Fin. — Voir le dernier numéro.

très-accentué; la flèche de l'arc compris entre les fesses et l'occiput est de $0^m,15$; de temps à autre l'incurvation s'exagère, puis la tête retombe en avant, mais pas complétement comme cette nuit. La face est rouge, vascularisée, couverte d'une légère sueur; les narines sont fuligineuses. Pendant les secousses, il se produit des contractions passagères des fessiers (très-marquées) et des muscles postérieurs des cuisses (bien moins énergiques). — Respiration à 50. L'enfant boit assez bien ce matin; elle n'a pas bu cette nuit. Pas de selle.

Prescription : Trois lavements contenant chacun 2 grammes de chloral, à donner le matin, au milieu du jour et le soir; le troisième conditionnellement.

Une pilule de 1 centigramme d'extrait d'opium toutes les deux heures.

Soir. — T. 38°,3. Pouls misérable, incomptable. Respiration 36. L'enfant a pris deux pilules d'opium et deux lavements, le dernier à trois heures et demie. Elle reste toujours couchée sur le ventre. Un peu avant trois heures, après être restée assez calme depuis son premier lavement, n'ayant que de petites contractions comme ce matin, avec exacerbations passagères, elle a été prise d'un redoublement de ses secousses qui s'est prolongé près d'une demi-heure; il n'y avait pas de roideur constante, mais une exagération de la fréquence et de l'intensité des contractions ordinaires; c'est alors qu'on a donné le second lavement. Ce soir, l'enfant est assoupie; sa tête est retombée sur l'oreiller; les reins sont fortement cambrés; la poitrine repose sur le traversin; c'est la position que l'enfant a prise d'elle-même et qu'elle garde depuis vingt-quatre heures. Depuis cinq heures du soir, elle ne parle plus. A chaque inspiration, la tête se relève un peu en arrière, en même temps que les muscles de la nuque se contractent; puis la tête retombe aussitôt en avant. De temps à autre, cette contraction se fait plus énergiquement et porte la tête dans une extension plus marquée; comme les premières, ces secousses plus fortes coïncident avec l'inspiration. Dans les intervalles, les muscles de la nuque sont souples. Les muscles des bras et des jambes ne sont pas contracturés; ceux des gouttières vertébrales ne sont pas tendus d'une façon bien notable. Pas de selle dans la journée. Pas de râle trachéal. L'enfant n'a que peu bu aujourd'hui. (Suspendre tout traitement jusqu'à nouvel ordre.)

Dix heures et demie du soir. — Pouls 160. On a replacé l'enfant sur le dos, et elle est restée dans cette position. Elle ne souffre toujours pas. L'opisthotonos persiste, surtout à la région lombaire; la tête repose droite sur le traversin et ne se renverse plus au moment de l'inspiration. Les muscles de la nuque et ceux des gouttières vertébrales ne sont pas contracturés d'une façon énergique. Les mâchoires se desserrent un peu plus facilement. Pas de secousses depuis neuf heures du soir. Les pupilles sont un peu contractées. La respiration est courte, assez fréquente, sans râle trachéal.

A partir de onze heures, agitation, loquacité sans divagation; pas de secousses. Pas de selle. Soif vive. L'enfant ouvrait mieux la bouche. A cinq heures et quelques minutes du matin, la respiration se ralentit et l'enfant succombe assez rapidement, sans convulsions, un instant après avoir parlé encore et bu parfaitement. La température rectale prise quinze à vingt minutes après la mort s'élève à 41°,3.

Autopsie le 10 mars. — Rigidité cadavérique très-peu prononcée.

Crâne. — Injection des os de la voûte du crâne formant, à la surface convexe de la calotte crânienne seulement, des arborisations violacées siégeant dans les couches superficielles de l'os.

La moelle ayant été enlevée avant le cerveau, il ne s'écoule pas de liquide au moment de l'incision de la dure-mère; il s'en était d'ailleurs fort peu échappé pendant l'extraction de la moelle.

La pie-mère est fortement vascularisée sur toute la surface de l'encéphale. Pas d'épanchements sanguins; pas de pus ni de fausses membranes, pas d'état poisseux. La pie-mère se détache bien des circonvolutions, sans entraîner avec elle de débris de la substance cérébrale.

A la partie antéro-externe de la scissure de Sylvius du côté gauche, on sent, en passant le doigt sur la surface du cerveau, un point dur au niveau duquel la substance grise forme un léger relief. Une incision pratiquée sur cette nodosité montre qu'elle est constituée par un noyau tuberculeux gros comme une lentille, enkysté, et en voie de transformation crétacée. En aucun autre point de l'encéphale ou de ses membranes, on ne trouve d'autres produits semblables ou des granulations tuberculeuses. La substance cérébrale est très-ferme et ne présente à la coupe ni piqueté, ni altération appréciable.

Rachis. — Il existe, sur la paroi antérieure du canal rachidien, des diffusions sanguines ou au moins une vascularisation très-forte au-dessous des ligaments.

A la partie supérieure de la moelle, on trouve une suffusion sanguine sous-arachnoïdienne assez étendue; pas de sang collecté. Rien de semblable ailleurs. La moelle est très-ferme dans toute son étendue. La pie-mère rachidienne est fortement injectée.

En dehors de la dure-mère, à différentes hauteurs, et surtout au niveau de la queue de cheval, suffusions dans le tissu cellulo-adipeux qui entoure la moelle.

Cœur. — Les oreillettes sont distendues par une énorme quantité de caillots noirâtres en partie fibrineux. Des caillots fibrineux existent dans les deux ventricules et se prolongent dans les artères qui en partent. La valvule mitrale a l'une de ses valvules épaissies et blanchâtres; l'autre est boursouflée et rouge à son bord libre. Rien de notable aux autres valvules.

Poumons. — Les deux poumons portent à leur partie postérieure de petites suffusions sanguines sous-pleurales, du diamètre d'un grain de chènevis en moyenne. Ces suffusions sont plus nombreuses à la partie postérieure du poumon droit, où quelques-unes atteignent le diamètre d'une grosse lentille. La partie postéro-inférieure des deux organes présente de l'hépatisation rouge; à la partie inférieure du poumon droit, la lésion atteint, dans une petite étendue, le troisième degré de la pneumonie.

Dans le reste des deux poumons, congestion assez marquée. Il existe en plusieurs points un peu d'emphysème vésiculaire.

Foie. — Tissu mou, fortement congestionné. Sa surface présente plusieurs plaques jaunes à contours peu arrêtés, se prolongeant dans l'épaisseur de l'organe.

Rate ferme, presque sèche à la coupe.

Reins. — Tissu ferme, laissant échapper, quand on l'incise, une petite quantité de sang noir et épais. Injection légère de leur parenchyme, plus marquée dans le rein gauche que dans le droit.

Dans cette observation, qui confirme ce que j'ai dit de la coïncidence des hémorrhagies extra-méningées et du tétanos, il faut se demander si ces hémorrhagies sont la cause ou seulement l'effet du mal.

Pour moi, comme je l'ai écrit dans mon *Traité des maladies de l'enfance*, les hémorrhagies extra-méningées sont la conséquence des convulsions tétaniques.

En effet, Lelut les a observées après une attaque d'épilepsie (*Journ. hebd.*, t. VI, 1836), Parchappe également (*Traité de la folie*, 1841, page 275); Botrel, *thèse* 1850, et Fuller *The lancet*, 1862, les ont rencontrées dans deux cas de chorée. Blumhart, Fuller, Tarchini, Tanquerel-Desplanches, etc., en ont vu après des empoisonnements par la strychnine.

Ce dernier fait est le plus important, et, dans la thèse d'un de mes élèves sur le tétanos des enfants, en 1863, on trouve des expériences de pathologie expérimentale sur les effets de la strychnine, qui prouvent que le tétanos strychnique produit toujours les hémorrhagies extra-méningées.

Donc, si les convulsions tétaniques de la strychnine occasionnent des hémorrhagies extra-méningées, par le fait des contractions musculaires excessives, il n'est pas déraisonnable d'admettre que chez l'enfant affecté de tétanos, les lésions hémorrhagiques du rachis et des membranes de la moelle sont aussi l'effet de l'état convulsif au lieu d'en être la cause.

Maintenant, chez notre malade, il existait dans le lobe moyen du cerveau, entièrement caché dans sa substance, un tubercule enkysté en voie de transformation graisseuse et crétacée. Ce tubercule a-t-il été la cause des convulsions éclamptiques si prolongées offertes quinze jours avant l'entrée à l'hôpital et des convulsions qui ont précédé l'apparition du tétanos? Cela est possible, mais on ne saurait l'affirmer. J'ai vu tant de fois des tubercules du cerveau à l'état latent se révéler par des convulsions éclamptiques passagères ou mortelles dès la première attaque, qu'il n'est pas impossible que ce tubercule n'ait développé chez notre enfant les convulsions à la suite desquelles a paru le tétanos. Dans ma pensée, ce n'a été qu'une coïncidence, mais il n'y aurait pas de raisons péremptoires à donner à celui qui soutiendrait l'opinion contraire.

Un autre fait remarquable chez cette malade, c'est le peu d'élévation de température observé. La chaleur a constamment oscillé entre 38°,1 et 38°,9. Ce n'est qu'après la mort qu'elle s'est élevée à 40°,3. Or, j'ai déjà signalé ce fait dans mon *Traité des maladies de l'enfance* à l'occasion d'un cas où la température n'avait pas dépassé 38°. Cela est en opposition avec ce qui se dit généralement, puisque c'est dans le tétanos qu'ont été signalées les plus hautes températures. On sait, en effet, par le livre de Vunderlich, traduit par mon savant élève Labadie-Lagrave, que c'est dans le tétanos qu'ont été observées les températures excessives de 42°, 43° et même 44°,7. Ici même, aux approches de la mort, douze heures avant la fin de la malade, il n'y eut que 38°,3.

Reste enfin la question du *traitement*. D'après des observations récentes, *l'hydrate de chloral*, qu'avec Demarquay nous avons introduit en France, a été conseillé comme ayant une grande importance pour la guérison du tétanos. On a pensé, qu'à l'exemple de son efficacité dans la chorée violente, il endormirait les convulsions tétaniques comme il endort celles de la chorée, et que, pendant ce repos forcé du système musculaire, l'état convulsif pourrait cesser entièrement. Langenbeck, Dufour, Verneuil, Dubreuil, Liégeois, Guéniot, Spencer Watson, Birkett, Ballantyne, G. Thomson, Bertrand, Boinet, Fluteau, Aubry, Roberdeau, chez les adultes; Croft, Bensassion, Nankivell, Widerhofer chez des enfants, ont publié environ vingt-cinq cas de guérison de tétanos par le chloral. Cela est vrai, mais la plupart de ces cas étaient subaigus et durèrent trois semaines, un mois et plus, et, de plus, on guérit cette maladie par toutes les méthodes, ou du moins chacune d'elles présente en sa faveur quelques cas de succès. En face de ces guérisons, Guyon, Laugier, Le Fort, Bouchut, Izard, Giraldès, Boinet, Guérin, Leach, Mollière, Cusco, François, Nankiwel, Florian, Budin, peuvent indiquer vingt cas d'insuccès, ce qui ne permet pas d'arriver à une conclusion formelle. Il est évident que les cas de guérison de tétanos par l'hydrate de chloral ne sont pas assez nombreux pour qu'on puisse affirmer que cette médication, si rationnelle d'ailleurs, ait quelque chose de spécifique. Elle réussit cependant mieux chez les enfants que chez les grandes personnes; ainsi Bennassiou sur un enfant de treize ans, Dorigs sur un enfant de même âge, Silvestri sur une fille de huit ans, Winderhofer sur plusieurs enfants de sept jours, ont réussi de façon à encourager les tentatives du même genre, et c'est à leur exemple que je me suis décidé à recourir de nouveau à l'usage du chloral, que j'avais déjà employé sans succès. Le remède a été difficile à administrer en raison du trismus, mais il a produit un sommeil de trois heures. Quand il ne put être administré par la bouche, on le fit prendre en lavement, mais aucun de ces moyens n'a réussi. Les convulsions tétaniques diminuaient un peu sans disparaître lorsque l'enfant était sous l'influence du chloral, mais dès que cette influence avait cessé de se faire sentir, les convulsions tétaniques reparaissaient de nouveau. Elles ont fini par s'étendre aux organes respiratoires, et c'est alors que l'enfant a succombé.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 22 avril 1873. — Présidence de M. Depaul.

CORRESPONDANCE OFFICIELLE

M. le ministre de l'agriculture et du commerce transmet :

1° Les comptes rendus des maladies épidémiques qui ont régné dans les départements de Seine-et-Marne et de la Sarthe, en 1872. (Comm. des épidémies.)

2° Des rapports de M. le docteur Marbotin sur le service des eaux minérales de Saint-Amand, pour l'année 1871 ; et de MM. les docteurs Dotézac et Logerais sur le service des eaux minérales de Cambo (Basses-Pyrénées) et de Pougues, pour l'année 1872. (Comm. des eaux minérales.)

CORRESPONDANCE MANUSCRITE

La correspondance manuscrite comprend :

1° Une lettre de M. Léon Le Gris relative à une question de pratique des eaux minérales. (Comm. des eaux minérales.)

2° Une lettre de M. le docteur Donders (d'Utrecht), qui remercie l'Académie de sa nomination au titre de correspondant étranger.

3° Deux lettres relatives au concours pour le prix d'Ourches.

4° Une lettre de M. Adolphe Bénion, qui demande à être porté sur la liste des candidats au titre de membre correspondant, et adresse la collection de ses ouvrages.

5° Une lettre de M. le docteur Louis Thaon (de Nice), qui envoie pour le concours du prix Godard un ouvrage intitulé : *Recherches sur l'anatomie pathologique de la tuberculose.*

6° Une lettre de M. le docteur Joulin, qui rend compte en ces termes des expériences d'inoculation qu'il a faites avec le cow-pox spontané, découvert récemment par M. le docteur Gautier (de Bazonge-la-Pérouse) :

Le 9 avril, dit-il, j'inoculai avec cette lymphe sept enfants, quatre appartenant à ma clientèle et trois à l'hôpital de la Charité, moitié avec les tubes et moitié avec les plaques, que M. Gautier m'avait envoyés sur ma demande.

Dans les délais ordinaires, pas une seule piqûre ne donnait un résultat positif. Le 13 j'expédiai de nouveaux tubes au docteur Gautier, le priant de me donner des détails précis sur la manière dont le vaccin avait été recueilli et sur la marche de l'éruption chez les enfants qu'il avait heureusement inoculés. Le 15, le docteur Gautier me fit parvenir dix nouveaux tubes.

Cet envoi est encore intact; je n'ai pas eu besoin de l'utiliser. Il y avait un simple retard dans l'évolution vaccinale. Je ne suivais plus les enfants, je croyais à un échec complet, lorsque le 17, c'est-à-dire huit jours après l'inoculation, deux piqûres donnèrent des résultats positifs sur l'un de mes jeunes sujets. Le 18, même résultat sur un second, et le troisième présenta, sur le même bras, trois bonnes inoculations. Toutes les piqûres positives provenaient du vaccin des tubes; les plaques n'ont rien donné.

Les trois vaccinés de la Charité ont quitté l'hôpital, mais il sera facile de les retrouver.

Il résulte de ces faits, que je me propose de publier dans tous leurs détails, que nous possédons à Paris du cow-pox spontané.

Je me mets entièrement à la disposition de l'Académie et des vaccinateurs d'arrondissement, afin de répandre et multiplier partout ce nouveau foyer, pour qu'il ne puisse plus s'éteindre.

PRÉSENTATIONS

M. BÉHIER présente : 1° au nom de M. le docteur Bottentuit, une brochure ayant pour titre : du *Traitement des diarrhées chroniques par les eaux de Plombières* ; — 2° Au nom de M. le docteur Gallard, ses *Leçons cliniques sur les maladies des femmes*; — 3° Au nom de M. le docteur Grancher, trois brochures ayant pour titre, la première : *Anatomie et histologie pathologiques des tubercules et de la pneumonie caséeuse* ; la deuxième : *De l'unité de la phthisie*, et la troisième : *Étude historique et critique de la question de la tuberculose.*

M. RICORD, au nom de M. le professeur Thiry (de Bruxelles), présente une brochure sur la *Rétention de l'urine et les ponctions de la vessie.*

M. BOUDET offre en hommage, de la part de M. Chautard, professeur à la Faculté des sciences de Nancy, un mémoire sur les applications diverses de l'analyse spectrale de la chlorophylle. (Comm. : MM. Boudet et Wurtz.)

M. LARREY présente, au nom de M. Charles Brigham (de Boston), un ouvrage sur le diabète.

M. DEPAUL présente, de la part de M. le docteur Paul Labarthe, une brochure qui a pour titre : *Le chancre simple chez l'homme et chez la femme.*

— M. LE PRÉSIDENT annonce à l'Académie que MM. Bardinet (de Limoges) et Seux (de Marseille) sont présents à la séance.

COMMUNICATIONS

M. GUBLER. Il y a quelques mois, M. Eug. Caventou lisait un rapport favorable sur une préparation d'oxalate de protoxyde de fer. J'ai essayé cette préparation. Ayant remarqué qu'elle donnait lieu à des phénomènes gastriques, j'avais fait des réserves. Un de nos confrères ayant mis à ma disposition une certaine quantité de cette substance, j'ai recommencé une nouvelle série d'épreuves ; dans aucun cas de ces nouvelles expériences où je l'ai administré aux doses de 30 à 40 centigrammes par jour, je n'ai observé de phénomènes dyspeptiques. Il m'a paru que ce médicament répondait aux indications des préparations martiales.

— M. ÉDOUARD BURDEL (de Vierzon), donne lecture d'une lettre par laquelle il pose sa candidature au titre de membre correspondant de l'Académie, et il dépose sur le bureau, à l'appui de sa candidature, une notice de ses titres et un mémoire intitulé : *De la dégénérescence palustre*. (Commission des correspondants nationaux.)

— L'ordre du jour appelle la suite de la discussion sur la septicémie.

La parole est à M. Piorry.

Suite de la discussion sur la septicémie.

M. PIORRY termine l'exposition qu'il a commencée dans la précédente séance.

Cette exposition peut se résumer ainsi :

M. Piorry constate d'abord que le mot septicémie, dont tout le monde se sert aujourd'hui, est de son invention et qu'il se trouve dans sa nomenclature que l'on a tant critiquée. Ici M. Piorry rappelle les principes et le mécanisme de sa nomenclature, qui consiste à placer dans un même mot le nom de l'organe malade et celui de la maladie. C'est ainsi qu'il a composé le mot septicémie de deux mots, dont l'un signifie sang et l'autre le genre d'altération dont ce liquide est atteint, l'état septique.

Ce mot de septicémie, ajoute-t-il, qu'il est heureux de voir passer dans le langage usuel de la médecine, exprime du reste une idée qui n'est pas nouvelle et qu'il a lui-même énoncée depuis longtemps et développée dans ses nombreux ouvrages, ce qu'on semble avoir oublié. Personne n'a plus que lui insisté sur les altérations du sang. C'est lui qui a particulièrement appelé l'attention sur l'empoisonnement qui suit les piqûres anatomiques, et qui a montré dans les cas de charbon, de pustule maligne, de gangrène d'hôpital, la présence d'un principe putride dans l'organisme.

Enfin, cherchant quelles pouvaient être les causes du développement de ces divers principes infectieux, il a été conduit par de nombreuses observations faites pendant les épidémies de fièvre typhoïde, de typhus et de choléra, à démontrer qu'une des principales causes était l'encombrement, le défaut d'aération et les mauvaises conditions hygiéniques.

Telles sont les observations et les recherches qui lui ont permis d'affirmer l'existence d'un principe virulent dans le sang, la septicémie, observations et recherches qui valent bien les expériences de laboratoire et qui parlent aux cliniciens beaucoup mieux que toutes ces expériences.

Quant au mot de septicémie, que tout le monde a admis et que l'on a si souvent prononcé dans cette discussion, il voudrait le voir remplacer par le mot *septiosémie*, qui lui paraîtrait convenir beaucoup mieux pour exprimer l'élément contagieux (*I. se*), comme il l'a fait pour les mots variose, rubiose, etc.

M. DAVAINE donne lecture d'un rapport sur la communication faite sur ce sujet par M. le docteur Onimus dans la séance du 11 mars dernier.

Ce rapport, dont il ne nous a pas été possible de prendre connaissance, se termine par les conclusions suivantes :

1° Déposer le travail de M. Onimus aux archives; 2° Adresser une lettre de remercîments à l'auteur, qui sont mises aux voix et adoptées.

M. BOUILLAUD désire prendre part à la discussion sur la septicémie, mais il ne saurait le faire avant d'avoir entendu sur cette question M. Pasteur. Il croit donc être l'interprète de l'Académie tout entière en exprimant publiquement le désir d'entendre M. Pasteur exprimer son opinion sur cette question du plus haut intérêt.

M. PASTEUR est très-porté à partager les opinions de M. Davaine, ou du moins à en adopter le sens ; mais il ne faut pas se dissimuler qu'il y a là encore des études fort sérieuses à faire.

Après avoir rappelé qu'il a démontré que le ferment putride est un vibrion, M. Pasteur insiste sur ce fait qu'il existe de très-grandes différences entre les vibrions. Tel vibrion, par exemple, ne saurait vivre sans la présence de l'oxygène de l'air, tandis que tel autre, au contraire, meurt ou du moins perd ses mouvements dans un milieu où pénètre l'oxygène de l'air. C'est ainsi qu'il existe une grande différence entre la fermentation lactique et la fermentation butyrique. Le ferment lactique ne saura t vivre sans la présence de l'oxygène de l'air ; le ferment butyrique, au contraire, vit sans la présence de cet oxygène.

M. Pasteur étudie depuis deux ans la fabrication de la bière et ses altérations, et il résulte de ses recherches qu'il a constaté que toutes ces altérations coïncident toujours avec la présence d'organismes microscopiques analogues à ceux que l'on désigne ici sous les noms de *vibrioniens*, de *bactéridies*, etc. Il a constaté, en outre, qu'il est de toute impossibilité aux températures les plus élevées (30° à 35°), de même qu'aux températures les plus basses, de faire altérer la bière qui ne contient plus de ces organismes. De même, en prenant une bière quelconque, fabriquée soit en France, soit en Allemagne, soit en Angleterre, on voit qu'il n'en est pas une seule qui puisse résister à une température de 25° seulement maintenue pendant trois semaines.

M. Pasteur affirme qu'il est en mesure aujourd'hui de démontrer que, dans toutes ces bières, existe le germe de la maladie, quelque difficile qu'il soit quelquefois de l'y apercevoir. Or, au moyen d'un procédé nouveau que M. Pasteur fera bientôt connaître, il est arrivé à fabriquer de la bière qu'il est impossible de faire altérer, en raison même de l'absence, dans cette bière, du germe en question.

Il est en principe constant, c'est que, dans un terrain quelconque, il y a gêne d'un être quand ce terrain est envahi par un autre être.

M. Pasteur insiste donc sur ce fait qu'il faut tenir le plus grand compte, dans toutes ces recherches, des différences énormes qui existent entre les vibrioniens. Le canal intestinal est rempli de ces

vibrioniens; mais le corps humain, en état de santé, est absolument fermé à l'introduction de tous ces êtres.

En terminant, M. Pasteur annonce à l'Académie que, dans ces derniers temps, des expériences d'un immense intérêt ont été instituées par M. Chauveau, expériences dont les résultats seront très-prochainement présentés à l'Académie, et qui montrent d'une façon indubitable que l'introduction de ces vibrioniens coïncide avec la putréfaction. (Applaudissements.)

La séance est levée à cinq heures.

VARIÉTÉS

De l'enseignement supérieur en France en 1873.

Discours prononcé par M. le ministre de l'instruction publique à la séance de distribution des prix des sociétés savantes.

Messieurs,

Mon premier mot sera l'expression de mes remerciments pour les délégués des sociétés savantes qui ont bien voulu assister à cette solennité. Je remercierai ensuite les trois savants rapporteurs qui viennent de vous rendre compte des travaux sur lesquels nous venons nous prononcer aujourd'hui. Je manquerais à tous les devoirs de la reconnaissance, si je n'exprimais ensuite les regrets immenses que nous fait éprouver la mort d'un homme éminent, M. Amédée Thierry.

Nous l'avons perdu, il y a quelques semaines, tout préoccupé encore des intérêts de la science, tant il est vrai que, chez les savants, la passion de la science et de la recherche persiste jusqu'à la dernière heure. (Applaudissements.)

Maintenant, messieurs, je devrais vous parler de vous, de vos travaux et de leurs bienfaisants résultats. Permettez-moi de ne pas le faire et de vous entretenir aujourd'hui d'intérêts d'un ordre supérieur, auquel nous sommes tous indissolublement liés : la situation de l'enseignement supérieur en France. (Mouvement d'attention.)

La science vous préoccupe tous au même degré et sous toutes ses formes, il est donc important que vous sachiez ses ressources, et, si je vous les dis aujourd'hui, ce n'est pas pour faire montre des résultats obtenus, car ils sont minimes ; si j'étale, au contraire, nos misères, ce n'est pas pour vous décourager, mais bien pour vous engager à entrer dans la voie des réformes utiles.

Vous n'êtes pas riches, — les savants ne sont jamais riches ; — vous avez donc tout intérêt à savoir dans quelle situation se trouvent, à l'heure présente, les établissements que l'État met à la disposition de l'enseignement.

Au nombre des tâches que je me suis imposées, la plus importante, à coup sûr, c'est de rendre évidente la nécessité de donner aux savants les instruments indispensables à leurs travaux. Pendant des années, on a parlé, et beaucoup, des sacrifices à faire dans l'intérêt de l'instruction primaire. Je suis loin de m'en plaindre, moi, qui plus que quiconque dans mon pays, n'ai cessé de travailler à obtenir l'instruction gratuite et obligatoire (Applaudissements), et qui suis décidé plus que jamais à y travailler avec une ardeur toute nouvelle. (Applaudissements prolongés.) Mais, si instruire le peuple doit être le grand devoir de notre patriotisme (Très-bien!), il ne faut pas négliger la grande science, la grande littérature.

Je le déclare tout de suite, l'enseignement supérieur est dans un état déplorable.

Je ne parle pas du personnel... Oh! nous avons des hommes, et intelligents, et dévoués, mais le matériel nous manque; nous avons des savants et des lettrés, mais y a-t-il des chaires en nombre suffisant?

Non! nous n'avons, par exemple, qu'une seule chaire de littérature, une seule ; nous n'avons qu'une chaire pour l'histoire et la géographie, c'est-à-dire que la géographie est enseignée peu ou pas du tout ; nous avons une chaire de littérature étrangère et naturellement un seul professeur, qui est obligé de faire un choix, qu'il borne à ce qu'il sait, puisqu'il est bien forcé de laisser ce qu'il ne sait pas. (Rires.)

Vous avez, vous, messieurs, une section d'archéologie ; nous, nous n'en avons pas.

Les Facultés de lettres sont d'une importance considérable ; elles répondent à un besoin que les assemblées politiques négligent trop souvent ; c'est leur tort, c'est leur malheur.

Pour les Facultés de droit, voyez les chaires qui nous manquent. Il n'y a qu'une chaire d'économie politique, et elle est à Paris. Oui, messieurs, une seule, et cela dans quel moment ! Quand les idées les plus insensées se font jour et sont bien près de constituer de véritables dangers.

L'histoire du droit, on ne l'enseigne pas. Vous savez les rapports qui unissent le droit à l'histoire. Quiconque ignore l'histoire est impuissant à apprendre le droit.

Eh bien! nous n'avons pas de chaire d'histoire du droit coutumier, pas de chaire d'histoire du droit canonique. Et le droit financier, il faudrait pourtant l'enseigner, à cette époque où les députés sont obligés de lire dans un budget et à peu près de le comprendre. (Applaudissements et rires.) Il y a quelques semaines, j'ai établi une chaire de droit maritime à Bordeaux. Elle manquait absolument.

Pour les sciences, elles sont dans le même état. L'histoire naturelle est mal enseignée ; ses diverses branches ne sont pas distribuées à divers professeurs ; si le professeur sait la zoologie, il enseigne la zoologie ; s'il est naturaliste, il enseigne l'histoire naturelle. Tout dépend d'une spécialité. Et vous jugez de la perturbation que jette dans un cours l'arrivée d'un professeur dont la spécialité ne répond pas à celle de son prédécesseur.

Ce qui me frappe pour les Facultés de médecine, c'est l'antagonisme qui existe entre elles et les conseils d'assistance publique. Il semble que les relations devraient être bonnes: rien de plus inexact. J'ai tenté un rapprochement, mais l'Assemblée nationale m'a fait observer que j'allais tout perdre, et que c'était déjà beaucoup de tolérer la présence de trois médecins dans un corps chargé surtout de la surveillance des hôpitaux. On dirait que la présence des médecins dans les conseils où il s'agit de la santé publique, est une inconséquence et un danger. (Sensation et rires.)

Je vous étonnerais immensément si je vous disais quels embarras m'a causés la résolution de donner des sujets d'études pratiques aux Facultés de médecine; on a difficilement voulu admettre autour de moi que, pour être vraiment médecin, il fallait regarder, toucher, fouiller le cœur humain. (Applaudissements.)

J'aurais voulu vous conduire partout pour vous exposer notre détresse, mais je n'oserais vous montrer dans quelle enceinte se font entendre les doctrines des Wurtz, des Sée, des Vulpian. (Plusieurs voix dans la tribune de droite : « Des Robin, des Charles Robin ! » — Sensation.)

Après le manque de chaires et d'instruments, ce qui nuit le plus à l'enseignement public, c'est le manque de bibliothèques. Pour avoir une bibliothèque, il faut d'abord un local, puis un bibliothécaire, et, finalement des lecteurs. Le local manque presque partout ; des livres il y en a quelquefois ; mais comme nos ressources sont minimes, nous ne pouvons acquérir que des livres que la modicité de leur prix met à la portée de chacun.

Le bibliothécaire manque ; partout on ne peut pas en payer un, et dans les établissements où il existe une bibliothèque, s'il se trouve un professeur dévoué pour faire fonctions de bibliothécaire, il ne trouve jamais de quoi éclairer ni chauffer son local.

Nous avons vainement cherché à prélever les frais de chauffage et d'éclairage sur les frais de cours; ils sont presque déjà insuffisants.

Vous savez ce que sont les locaux des Facultés. Ce sont pour la plupart d'anciens hôpitaux et d'anciens couvents. Je me trompe: La Faculté de Grenoble est logée dans l'ancienne halle aux farines. (Rires.) Ici, nous sommes à la Sorbonne et nous y sommes mal ; c'est pourtant la capitale de l'enseignement de notre pays.

Il y a quelque temps, on a cru que la salle où nous sommes s'écroulait. Nous l'avons fait relever et étayer. Et pour ce qui est de sa décoration, quoique celui qui vous parle soit ministre des beaux-arts, un regard jeté sur les peintures fantastiques qui nous entourent suffira pour vous convaincre du peu de succès de ses efforts. Quoi qu'il en soit, je suis ému en pensant aux maîtres qui se sont assis à cette place, et quand j'ai pénétré ici, j'ai été effrayé de la froide majesté de nos salles qu'une ville de quatrième ordre dédaignerait pour une école primaire.

Je fais faire une salle nouvelle et je la veux ornée des portraits de MM. Guizot, Villemain, Royer-Collard et de bien d'autres.

Ces portraits sont commencés, mais, avec les ressources dont je dispose, j'ignore quand mon successeur sera à même de nous les montrer. (Applaudissements et rires.)

Je voudrais vous conduire dans nos écoles pour que vous vissiez par vous-mêmes. Je ne vous conduirais pas à l'école de pharmacie, où tout visiteur court de vrais dangers, tant le bâtiment est délabré; je vous conduirais moins encore à l'Ecole de Médecine, car je me suis bien promis, pour l'honneur de l'instruction publique, de n'y conduire personne.

C'est la raison qui m'a fait décliner l'honneur de la faire visiter naguère par un illustre visiteur étranger, que j'appellerais un savant s'il n'était un empereur.

Je vous conduirais simplement à deux pas d'ici, à la Faculté des sciences, et je vous ferais voir les collections de M. Hébert, qu'il a installées comme il a pu dans des couloirs, dans des escaliers, dans une salle à manger.

De plus, ce local n'appartient pas à la Faculté, il appartient à la ville, et si celle-ci nous donnait nos trois mois, je ne sais vraiment pas où iraient les collections de M. Hébert.

J'ai voulu chercher un jour l'école des langues orientales vivantes, je l'ai trouvée dans un grenier du Collége de France. J'ai voulu en compléter les éléments : j'ai nommé des correspondants, et nous avons reçu des manuscrits nombreux. Ne me demandez pas ce qu'il y a dedans, s'ils sont bons ou mauvais; nous avons défait le premier ballot; mais, comme nous ne savions où mettre les manuscrits, nous en sommes restés là.

M. Daremberg avait composé une bibliothèque rare; nous l'avons achetée. Mais où la mettre? A l'Académie de médecine? Oui. Mais nous avons été obligés d'enfermer des livres dans des caisses soudées pour qu'elles ne fussent pas dévorées par les vers. Nous possédons les trésors amassés par M. Daremberg; mais personne ne peut en profiter. (Sensation.) Voilà la situation des choses. J'ai l'intention, le grand désir d'améliorer cette situation; mais, hélas, il faut envisager sérieusement les nécessités de la vie.

Autrefois, quand nous voyions élever un monument, percer un boulevard, planter un square, nous avions le droit de nous demander pourquoi ces munificences étaient répandues pendant que l'instruction publique manquait des éléments les plus indispensables. Oui, les reproches d'autrefois étaient légitimes. Mais nous, nous avons reçu l'héritage avec le Trésor vide, et je ne demande qu'une chose, c'est que l'histoire, en nous jugeant, ne nous compare pas à nos devanciers, et qu'elle n'oublie pas surtout que le peu que nous avons fait, nous l'avons fait pendant que la France suait 5 milliards.

Tant que nous n'aurons pas donné aux arts, aux sciences, à l'instruction, tout ce qui leur est nécessaire, nous n'aurons que satisfait à nos engagements et nous n'aurons pas préparé l'avenir.

Mais nous avons fait quelque chose, je vais vous le prouver, non pour m'en féliciter, mais pour vous faire sentir à tous ce qu'il nous reste encore à faire.

Nous aurons bientôt des instruments; nous avons des chaires de mécanique à Marseille, à Lille et à Poitiers. Le conseil municipal de Paris est disposé à nous donner 4 millions, à condition que le Gouvernement nous les donne aussi.... Soyez tranquilles, il nous les donnera.

Avec ces 8 millions, nous ferons une nouvelle école pratique et nous élèverons dans les annexes du jardin du Luxembourg une vaste Faculté des sciences. Ce sera la première du monde et une œuvre pareille émerveillera plus qu'un monument : car on éprouvera, en voyant cet établissement plein de tous les instruments nécessaires aux travaux de la science, ce sentiment artistique qui passionne et fait apercevoir quelque chose que les yeux humains n'avaient pas aperçu auparavant. (Applaudissements.)

Au Muséum, nous avons fait disposer à nouveau les locaux affectés aux reptiles et à la pisciculture. Nous avons ouvert une école d'archéologie à Rome, et nous sommes en mesure d'assurer que l'école d'Athènes, pour laquelle le gouvernement hellénique nous avait donné un emplacement, sera achevée à la fin de cette année.

Je vous dis cela pour que vous sachiez que nous avons travaillé, et surtout pour vous faire voir ce qu'il nous reste à faire.

En plus des améliorations matérielles, nous pouvons constater des améliorations morales. Les Facultés peuvent aujourd'hui se réunir pour le plus grand intérêt de la famille enseignante.

Il y a quarante ans, on rencontrait, pas bien loin d'ici, ce qu'on appelait le quartier Latin. Il serait difficile de retrouver aujourd'hui ce monde bruyant d'écoliers, où il y avait du bon et du mauvais. Le mauvais, c'était la *Chaumière*; le bon, c'étaient les passions, les luttes, les discussions inspirées toujours par les intérêts scientifiques; c'était l'époque du grand mouvement romantique. Ah! cette époque-là, on ne peut se la rappeler sans joie; car on se rappelle aussi les passions de cette heure; et quand la passion s'attache aux questions littéraires et scientifiques, elle est bonne, elle est féconde pour les jeunes gens. (Applaudissements prolongés.)

Aujourd'hui, je viens vous demander : Aidez-moi! Ce n'est pas un ministre qui parle à des savants, c'est un zélé qui parle à des zélés.

Il faut parler, il faut agir contre les administrations qui veulent éliminer la science de leurs conseils. Il faut demander de l'argent, beaucoup d'argent; c'est plus important que les meilleures lois.

Tenez : on vous a souvent parlé des sacrifices de l'Etat pour l'enseignement. Il faut que je dise ce que nous avons vraiment.

Nous avons 4 millions et demi, et les inscriptions étant considérées comme impôt public, il rentre plus de 4 millions dans les caisses de l'Etat, et pour les Facultés, on nous donne 82,000 fr. Il faut que tout le monde le sache, le dise et en rougisse... et que l'Assemblée nationale me donne de l'argent; que le peu que nous avons ne soit — qu'elle le sache bien — qu'un commencement. Est-ce que la science ne rend pas au centuple ce que lui donne le pays? Est-ce que nous devrions mendier pour l'instruction auprès des représentants de la France? (Applaudissements prolongés).

Allons donc! Est-ce qu'on mesure la science en millions! (Applaudissements.) Quand nous aurons tout ce qu'il nous faut, quand nous pourrons répandre l'instruction, on ne nous demandera pas ce que cela produit en argent, mais comment se sont transformés les citoyens d'un pays qui a donné une place si considérable à la science. (Applaudissements.)

Tous ici, nous sommes animés de la même pensée, tous nous portons en nous la même flamme!... Soyons patients.

Notre pays qui a tant souffert renaît enfin. Il va être bientôt délivré des derniers vestiges de l'occupation étrangère, et à qui devra-t-il cette délivrance? à un seul homme. (Vifs applaudissements.)

Oui, à lui seul, je le dis comme témoin, moi qui ai vu ses efforts de tous les jours au milieu des difficultés sans cesse renaissantes que soulevait autour de lui la lutte des partis.

En terminant, je vous répéterai, moi, qui suis républicain (Applaudissements), ce que disait Montesquieu de la République : « C'est un gouvernement qui s'appuie sur la vertu. » Et j'ajouterai : « et sur la science. » Car la République serait impossible sans une génération forte et une instruction féconde. (Vifs applaudissements réitérés aux cris de : Vive la République !)

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Par arrêté du préfet de la Seine-Inférieure, M. le docteur Rousselin, médecin en chef de la Maison nationale de Charenton, et ancien inspecteur général des asiles d'aliénés de France, est nommé médecin en chef de l'asile Saint-Yon, à Rouen, en remplacement de M. le docteur Morel, décédé.

— Par arrêté du préfet de police, M. le docteur Châtillon, médecin adjoint du dispensaire de salubrité, est nommé médecin titulaire, en remplacement de M. le docteur Filhos, démissionnaire.

— Un concours pour l'admission aux emplois d'élève du service de santé militaire s'ouvrira cette année : à Paris, le 1er septembre; — à Nancy, le 13 septembre; — à Besançon, le 18 septembre; — à Lyon, le 23 septembre; — à Marseille, le 28 septembre; — à Montpellier, le 2 octobre; — à Toulouse, le 6 octobre; — à Bordeaux, le 10 octobre; — à Rennes, le 14 octobre.

— La Société de médecine de Paris tiendra sa prochaine séance à trois heures et demie très-précises, samedi 26 avril 1873, dans le local des séances de la Société de chirurgie, 3, rue de l'Abbaye.

Ordre du jour : 1° Lecture du procès-verbal de la précédente séance; — *Sur le mal de Pott*, par M. Gillebert-d'Hercourt; — 3° Lecture de M. Polaillon (*Sur la suture des tendons*) — 4° Lecture de M. Chéron : *De la circulation cérébrale et des modifications que peuvent lui imprimer les courants électriques*; — 5° Continuation de la discussion sur le choc de la pointe du cœur : — 6° Vote sur la candidature de M. Lolliot au titre de membre correspondant.

— On désirerait acquérir d'occasion les collections du *Journal d'anatomie et de physiologie* de Robin, et du Journal de Brown-Sequard. — S'adresser au bureau du Journal.

— A céder à Bordeaux, une clientèle médicale rapportant plus de 15,000 francs (fixe : 3,000). Écrire : initiales A.-G., 14, rue de l'Urbe, Bordeaux.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Étude sur la phthisie diabétique, par le docteur E. Bertall. — In-8°. Prix : 2 francs. — Paris, Adrien Delahaye.

Contribution à l'histoire de la dyspepsie. Étude sur le siége et les conditions pathogénique de l'affection dite dyspepsie intestinale, par M. le docteur Caulet. — In-8°. Prix : 1 fr. 50.— Paris, Adrien Delahaye.

Pathologie et clinique chirurgicales, contenant la manière d'examiner le malade, les maladies spéciales des dents, des oreilles, des voies urinaires et des yeux, un Manuel de médecine opératoire, de bandages et d'embaumement. 2e édition, corrigée et considérablement augmentée, par le docteur Fort, ancien interne des hôpitaux, professeur libre d'anatomie à l'École pratique. 2 beaux volumes in-8°, avec 542 figures dans le texte. — Prix : 25 francs *franco*.

Le Directeur : Dr E. Le Sourd.

Paris. — Typographie A. Pougin, quai Voltaire, 13.

N° 48. — SAMEDI 26 AVRIL 1873. 46e ANNÉE. SAMEDI 26 AVRIL 1873. — N° 48.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Bureaux : 57, rue des Saints-Pères, 57
PRÈS L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix d'abonnement doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois

On s'abonne hors de Paris dans les bureaux des Messageries et chez les Libraires. Les lettres non affranchies sont refusées.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui n'en peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS: Trois mois. . 8 fr. 50 c. Six mois. . . 16 — Un an. . . . 30 —

POUR L'ÉTRANGER le port en sus suivant les derniers tarifs des Postes.

REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE

De l'expectoration albumineuse après la thoracentèse.

L'impulsion donnée aujourd'hui à la thoracentèse dans les épanchements thoraciques et l'encouragement qu'elle reçoit presque tous les jours de la pratique de la plupart des chefs de service des hôpitaux, donnent de l'intérêt à toutes les questions qui s'y rattachent. On a dû naturellement se préoccuper des accidents qu'elle peut entraîner à sa suite. Au nombre de ces accidents figure l'expectoration albumineuse. Les lecteurs de la *Gazette* n'ont peut-être pas oublié les deux faits d'expectoration albumineuse, suite de thoracentèse, que nous avons rapportés dans notre Revue du 12 octobre dernier, sans avoir cherché, d'ailleurs, à en donner aucune explication.

Il y avait à ce fait une explication assez naturelle pour avoir dû venir la première à l'esprit, c'est que l'expulsion d'un liquide séro-albumineux par les bronches était à la fois le résultat et le témoignage d'une lésion du poumon pendant l'opération. Cette perforation du poumon a été constatée, en effet, dans quelques-uns des faits qui ont été publiés ; mais il s'en faut qu'on puisse lui rapporter tous les cas connus aujourd'hui, et elle ne saurait s'appliquer, en particulier aux deux faits que nous venons de rappeler.

Cette complication de la thoracentèse, qui s'est multipliée naturellement dans ces derniers temps, en raison de la fréquence de cette opération, vient de faire l'objet d'une étude spéciale de la part de M. le docteur Terrillon, dans une brochure que nous avons sous les yeux et qui a pour titre : *De l'expectoration albumineuse après la thoracentèse* (1).

M. Terrillon a pu réunir vingt et une observations d'expectoration albumineuse à la suite de la thoracentèse ; l'analyse de ces vingt et une observations l'a conduit à l'esquisse suivante de tout ce qui a trait à cet accident.

Dans une première forme légère de cet accident, l'expectoration ne survenant le plus souvent qu'un certain temps après l'opération, est à peine accompagnée d'un peu plus de fatigue qu'à la suite d'une thoracentèse ordinaire. L'abondance et l'aspect de l'expectoration sont à peu près les seules circonstances qui mettent sur la voie de l'accident ou même qui le constituent.

A un degré plus intense, il y a à la fois abondance et persistance plus grandes de l'expectoration albumineuse, dyspnée plus prononcée, s'accompagnant quelquefois d'une véritable angoisse très-pénible, de toux quinteuse et d'un commencement d'asphyxie.

Enfin dans une forme grave, heureusement rare, la mort en a été quelquefois l'issue. Dans ces cas, la mort a paru résulter d'une lésion pulmonaire du côté opposé, empêchant le fonctionnement normal de l'organe.

L'étude de ces différentes formes que peut revêtir l'accident en question, est suivie de quelques détails sur les principaux points de son évolution, sur son début, sa durée, la quantité et la nature du liquide expulsé, sur les circonstances qui ont précédé ou suivi l'expectoration. Mais ce qui a surtout appelé l'attention de M. Terrillon, c'est l'examen des différentes hypothèses qui ont été émises pour l'explication de ce phénomène.

La première hypothèse, que nous rappelions plus haut, implique l'idée d'une piqûre faite au poumon pendant l'opération. Elle a été soutenue par des cliniciens d'une grande autorité. M. Terrillon repousse cette explication pour la généralité des cas, en se fondant sur deux ordres de preuves : les unes directes, les autres indirectes. Dans aucune des observations qu'il a réunies dans son travail, rien ne prouve, dit il, qu'une perforation du poumon ait été produite par le trocart : ni sortie de sang par la canule, ni expectoration sanglante au début ou à la fin de l'opération, ni douleur accusée par les malades, ni pneumothorax. Et dans quelques-unes d'entre elles on a eu la preuve directe que le poumon n'avait point été atteint par l'instrument. Enfin, d'autre part, dans plusieurs circonstances où l'on a pu acquérir la preuve manifeste que le poumon avait été lésé, on n'a point vu survenir l'accident dont il s'agit.

On a cherché à donner aussi l'explication de cet accident par la perforation spontanée du poumon. Cette seconde hypothèse n'a aucun fait précis qui plaide en sa faveur.

Une troisième explication consiste à admettre que le liquide restant dans la plèvre serait résorbé par le poumon, et passant à travers les parois alvéolaires, cheminerait dans les bronches pour être rejeté au dehors. Cette troisième hypothèse, bien que quelques faits, celui de M. Béhier entre autres, paraissent lui être favorables, ne trouve pas davantage grâce devant la critique de M. Terrillon.

(1) Broch. in-8°. 1873, chez J.-B. Baillière et fils.

Reste une quatrième explication à laquelle il se rattache, à la suite de l'opinion émise par M. Hérard, et qui lui semble justifiée par les faits observés, aussi bien que par les expérimentations physiologiques.

Lorsque le poumon dont les vésicules et les extrémités bronchiques n'ont pas subi le contact de l'air depuis longtemps, se déplisse après la soustraction du liquide, l'air pénétrant dans les ramifications bronchiques et les alvéoles, doit agir comme un véritable excitant par son contact avec la muqueuse ; c'est là la cause des quintes de toux qui surviennent pendant ou après l'opération. Mais si l'excitation des extrémités du pneumo gastrique peut produire la toux, un phénomène réflexe analogue ne peut-il pas avoir lieu sur les vaisseaux par l'intermédiaire des nerfs vaso-moteurs ?

D'où deux résultats différents : ou la paralysie primitive des vaisseaux ou leur contraction sous l'influence de l'excitation qu'ils auront subie, et à laquelle succédera au bout d'un temps variable une véritable paralysie qui produira une congestion passive avec œdème du poumon, analogue à celle qui survient à la suite de la section des nerfs pneumo-gastriques.

C'est là une théorie qui peut aider à se rendre compte du phénomène en question, dans les cas où il n'est pas possible de l'attribuer à une perforation, mais qui n'est encore qu'une pierre d'attente indiquant la voie dans laquelle devront être dirigées de nouvelles recherches.

Ce qui ressort de cette discussion, d'accord d'ailleurs avec les faits observés qui sont aujourd'hui nombreux, c'est que cet accident est loin d'avoir toujours la gravité qu'on lui avait attribuée et que la crainte de le voir se produire ne doit entrer que pour une part contingente dans la balance des indications et des contre-indications de la thoracentèse.

Lithotritie chez la femme.

Une femme âgée de quarante et un ans, Mme X..., cultivatrice, entre le 25 mars 1873, à la Maison municipale de santé. Il y a deux ans et demi elle a commencé à souffrir de la vessie (envies fréquentes d'uriner, sensation d'un corps étranger balottant dans la vessie, surtout lorsqu'elle était cahotée dans sa voiture, etc.). Elle entra une première fois dans le service de M. Demarquay, qui constata un calcul volumineux et lui fit neuf séances de lithotritie. Cette femme sortit de l'hospice complétement guérie, en apparence, et pendant deux ans elle jouit d'une santé parfaite. Cependant, il y a un an environ, elle éprouva un peu de cuisson, en urinant, pendant quelques jours, et expulsa spontanément, par l'urèthre, un calcul ayant le volume et la forme d'une noisette. De plus, ses urines renfermèrent souvent de petites concrétions de gravelle.

Au mois de décembre dernier, Mme X... ressentit des douleurs dans le bas-ventre et les reins, avec exacerbations lorsqu'elle allait en voiture. Ses urines ne renfermaient pas de sang, mais étaient muco-purulentes.

Elle se décida à entrer pour la seconde fois dans le service de M. Demarquay. Ce chirurgien a fait à cette malade quatre séances de lithotritie.

1re *séance.* — On sent le calcul avec le lithoclaste, mais il est impossible de le saisir avec cet instrument.

2e *séance.* — La malade étant placée dans le décubitus dorsal, *le siége très-élevé*, M. Demarquay peut saisir le calcul avec le lithoclaste et le briser à deux reprises en plusieurs fragments, dont plusieurs sont expulsés le soir même avec les urines.

3e *séance.* — Faite à l'aide d'une longue pince à pansement, elle est très-douloureuse et ne donne pas grand résultat.

4e *séance.* — Le calcul est saisi et broyé à plusieurs reprises avec le lithoclaste ; la malade rend des fragments en quantité, dont quelques-uns ont un volume notable.

Les dernières manœuvres que nous venons d'énumérer ont été parfaitement supportées ; jamais elles n'ont été suivies d'un mouvement fébrile, même léger. La malade se levait le jour même de l'opération et n'accusait aucune souffrance. Le calcul n'a pas été analysé ; il est assez mou, et, selon toute apparence, formé par du phosphate de chaux.

CANCER VOLUMINEUX DE LA CLOISON RECTO-VAGINALE
ACCOUCHEMENT NATUREL A TERME

Par M. BAILLY, professeur agrégé.

Le 6 août 1872, de bonne heure, Mme Mittelhauser, sage femme, m'appelle rue du Petit-Carreau, près de Mme P..., sa cliente, en travail d'accouchement et à terme. Elle trouve chez cette femme, me dit-elle, le vagin obstrué en partie par une tumeur dure, dont elle ne s'explique pas la nature et pour laquelle elle désire avoir mon avis.

La parturiente est une femme de vingt-huit ans, blonde, maigre, de constitution affaiblie. Elle a eu quatre couches à terme, naturelles et assez promptes, à de courts intervalles de douze à dix-huit mois. Aucun phénomène anormal n'a signalé les six premiers mois de sa grossesse actuelle, mais pendant les trois derniers elle a perdu d'une façon continue, par la vulve, un liquide séreux ou lactescent, parfois rougeâtre, et d'une odeur fade, non fétide. Depuis quinze jours, cette perte était très-abondante, continuelle, et lui avait fait croire à un écoulement des eaux de l'amnios. Toutes les deux ou trois heures, les linges dont elle se garnissait étaient imprégnés de ce liquide, et il fallait les renouveler. Les draps du lit étaient pareillement mouillés toutes les nuits. Aucune douleur d'ailleurs à l'intérieur du bassin, sauf pendant les rapports sexuels, qui étaient constamment suivis dans ces derniers temps d'une petite hémorrhagie.

Après avoir recueilli ces renseignements, je touche et trouve la cloison recto-vaginale épaissie par une tumeur du volume d'un gros œuf de poule. Cette tumeur, de forme allongée, commence à un pouce de l'orifice vulvaire, et se termine au-dessous du cul-de-sac postérieur du vagin. Sa surface de ce côté est inégale, bosselée, et uniformément dure.

Cette exploration digitale, faite pourtant avec ménagement, détermine une petite perte. En entr'ouvrant avec la main l'orifice vulvo-vaginal, on peut apercevoir l'extrémité inférieure de la tumeur. Sa surface en ce point est lisse, non ulcérée et d'une teinte blanchâtre qui contraste avec la coloration rouge foncé des portions saines du vagin.

Du côté du rectum, la tumeur semble plus large et plus régulièrement arrondie que du côté du vagin; elle forme également une saillie considérable, qui comprime le doigt porté dans le rectum, et remplit la concavité du sacrum.

Ainsi que je l'ai dit, Mme P... est en travail. Les contractions utérines sont rapprochées et plus douloureuses que dans les couches précédentes. L'ouverture du col égale le diamètre d'une pièce de cinq francs. Le crâne se présente et remplit déjà le tiers supérieur de l'excavation. Comme malgré son volume cette tumeur pouvait permettre un accouchement naturel, je laisse Mme Mittelhauser près de sa cliente, me réservant d'intervenir plus tard, s'il en est besoin.

Je reviens à neuf heures et demie du matin, et trouve Mme P... heureusement accouchée d'une fille bien constituée et d'un volume ordinaire. J'apprends de la sage-femme que l'accouchement s'est terminé spontanément vers neuf heures; que, pendant la période

d'expulsion, la paroi postérieure du vagin et la tumeur avaient été à peu près chassées par la tête de l'enfant hors de la vulve, formant en arrière de cette ouverture une tumeur livide et hideuse, du volume du poing; qu'ayant pris soin de soutenir cette masse pendant le passage de la tête, celle-ci avait heureusement franchi l'anneau vulvaire, après quoi toutes les parties prolabées s'étaient spontanément réduites; qu'enfin aucune déchirure ni aucune hémorrhagie inquiétante ne s'étaient produites à la surface de la masse indurée du vagin, ni pendant le travail, ni pendant et après la délivrance, qui fut opérée naturellement au bout de dix minutes.

L'introduction du doigt dans le vagin confirme que la tumeur a repris sa place dans l'excavation pelvienne. Elle parait aussi volumineuse que pendant mon premier toucher, mais peut-être plus inégale et rugueuse. L'écoulement sanguin est modéré, et l'état général mauvais de la fin de la grossesse n'est point aggravé.

Mme P... se rétablit assez vite et se lève le onzième jour. Elle vient me voir au bout d'un mois Je la trouve d'une pâleur et d'une maigreur extrêmes, et dans un état de cachexie avancée. Elle me dit que, depuis son accouchement, la marche, les mouvements, provoquent de fréquentes hémorrhagies. Elle en éprouve quelquefois étant couchée. Dans l'intervalle de ces pertes sanglantes, elle est constamment mouillée par une sérosité blanchâtre fade, extrêmement abondante.

Le spéculum, introduit avec difficulté jusqu'au milieu du vagin seulement, découvre une masse considérable à surface mamelonnée, blanchâtre, occupant toute la paroi postérieure du vagin. La consistance de la tumeur me paraît aujourd'hui beaucoup moins ferme qu'au moment de l'accouchement. Le contact du doigt et de l'instrument provoquent presque aussitôt une hémorrhagie assez considérable et une douleur accompagnée d'un sentiment de faiblesse, qui m'obligent à suspendre mon exploration.

Le 16 décembre 1872, je désire m'assurer de l'état de Mme P..., et j'apprends que, repoussée de l'atelier dans lequel elle travaillait à cause de l'odeur incommode qu'exhalent les liquides qu'elle perd incessamment par la vulve, pressée d'ailleurs par une faiblesse croissante et par la misère, elle s'est décidée à entrer dans un hôpital, où les progrès incessants de son mal font entrevoir la fin prochaine de cette malheureuse femme.

La nature de l'affection dont j'ai rappelé ci-dessus les principaux caractères ne saurait être douteuse. Quels que soient les éléments histologiques qui la composent, il s'agit là d'une tumeur à marche chronique, se ramollissant par les progrès de son évolution, s'ulcérant et devenant la source d'hémorrhagies répétées et d'un écoulement séro-sanguinolent abondant, d'abord sans odeur, puis fétide, amenant une détérioration progressive de la constitution, c'est-à-dire évidemment d'un cancer. Ce diagnostic incomplet peut-être pour l'anatomo-pathologiste, paraîtra suffisant au clinicien et à l'accoucheur. C'est, en effet, à un point de vue purement obstétrical que je veux envisager ici ce fait. Il ne manque certes pas d'intérêt sous ce rapport, car si les cas de cancer primitif du vagin sont relativement rares, ceux qui nous montrent cette affection à un état de développement avancé chez une femme enceinte et en travail, sont plus rares encore. La clinique d'accouchements de la Faculté de Paris ne m'en avait pas fourni un seul exemple dans une période de six années, tandis que les cancers de l'utérus chez des parturientes s'observent assez souvent dans cet établissement.

La maladie de Mme P... n'a apporté, dans la parturition, aucun trouble dynamique sérieux, et il n'y a pas lieu de s'en étonner, puisque l'observation nous enseigne que les cancers de la matrice eux-mêmes laissent subsister les efforts de l'organisme dans leur intégrité. Mais la tumeur était volumineuse, et pouvait s'opposer mécaniquement au passage du fœtus. C'est là ce que je redoutais, et je savais qu'une intervention chirurgicale deviendrait peut-être, à un moment donné, nécessaire. Il était tout à fait de mon devoir de laisser d'abord agir la nature, et de m'assurer si elle n'aurait pas raison de l'obstacle, soit en l'aplatissant, soit en le chassant au-devant d'elle, ainsi qu'on l'observe pour un grand nombre de tumeurs des voies génitales qui font obstacle à l'accouchement. On l'a vu, c'est ce dernier phénomène qui s'est produit. Le volume et la dureté de la tumeur ne laissant pas une place suffisante à la tête de l'enfant, celle-ci, pressée par l'effort utérin, a repoussé peu à peu l'obstacle hors du bassin et rétabli de la sorte la liberté des voies génitales. La promptitude avec laquelle s'est effectué ce travail est vraiment remarquable, et atteste les puissantes ressources de la nature dans les faits de ce genre.

Admettons, au contraire, que les efforts maternels aient échoué contre la résistance de la tumeur; une application de forceps était alors indiquée, et c'est certainement ce que j'eusse tenté avant d'en venir à l'opération césarienne, qui forme la ressource extrême de l'art, l'*ultima ratio*, dans les cas de cancer, mettant un obstacle insurmontable à l'accouchement spontané ou à l'extraction d'un fœtus vivant par les voies naturelles. Quelque partisan qu'on soit du sacrifice de l'enfant toutes les fois que, par sa mort, on peut raisonnablement espérer de sauver la mère, on n'y saurait songer quand celle-ci est atteinte d'une maladie aussi sûrement mortelle que l'est un cancer étendu des voies génitales. Il serait, en effet, aussi irrationnel que cruel d'immoler un enfant plein de vie à l'existence précaire de la femme qui le porte, et d'accomplir un meurtre dont celle-ci retirerait si peu de profit.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 26 mars 1873 (1). — Présidence de M. PERRIN, vice-président.

M. PANAS termine ainsi sa lecture :

Voici quelques autres données scientifiques :

Snellen, sur 209 opérations faites par le procédé périphérique, a obtenu :

Perte totale........................	5 cas.
Demi-succès........................	14 —
Réopérés........................	26 —
Succès parfaits........................	164 —

En admettant que la moitié des réopérés n'aient pas obtenu un résultat satisfaisant, ce qui n'est pas exagéré, on arrive à 32 cas d'insuccès optiques contre 199 succès, soit 82 à 83 p. 100 de succès seulement. Toujours est-il qu'en fait d'yeux totalement perdus, Snellen n'en a eu que 2,4 p. 100.

Secondé (de Gênes) fit, de 1869 en 1871, 120 opérations de cataractes séniles par le procédé de Graefe, avec les résultats que voici :

Résultats nuls : 10, et médiocres, 5; soit 86 à 87 p. 100 de succès complets.

Les réopérés ne dépassent pas 4.

Il eut 12 pertes du vitreux, soit 10 p. 100.

Comme d'autres, il avait été conduit à se rapprocher dans son incision de la cornée. De cette façon on obtient, dit-il, une guérison plus prompte et l'on est moins exposé aux réactions inflammatoires du côté de l'iris, des procès ciliaires et de la choroïde.

Knapp, dans sa troisième série d'opérations par le procédé de Graefe, comprenant 100 cas, compte :

89 opérations irréprochables;
9 aux pertes du vitreux;
2 avec restes de la lentille qui ne purent être extraits.

---

(1) Fin. — Voir le numéro du 19 avril 1873.

Parmi les complications ultérieures, il a noté :

Hémorrhagies consécutives : 6.

Iritis et abcès annulaire ayant compromis la vue : 2.

Parophthalmie suppurée 5.

Capsulite : 4.

Troubles inflammatoires du corps vitré : 3.

L'iritis plastique s'est montrée fréquemment, et le plus grand nombre d'insuccès et des demi-succès lui sont imputables. Aussi l'auteur est-il conduit à avouer que, si la suppuration cornéale est plus commune dans l'extraction à lambeau, la capsulite, la capsulo-iritis, la capsulo-hyalite et l'hyalite sont plus particulièrement fréquentes dans l'extraction linéaire périphérique.

Les résultats optiques dans les cas qui précèdent sont énumérés par Knapp comme il suit :

Perte totale	3 p. 100
Demi-succès	6 —
Succès complets	91 —

Nous ferons observer, toutefois, que l'acuité visuelle a trop souvent laissé à désirer pour que l'on considère la proportion des 91 p. 100 succès dits *complets*, comme absolument exacte. Ainsi, sur le total, dans 31 cas S était comprise entre 1/10 et O, et dans les 69 restants, entre 3/4 et 1/8 seulement.

Pagenstecher voulant comparer les résultats fournis par l'opération de Graefe et celle de Jacobson, est arrivé à ce qui suit :

Sur 48 opérations par le procédé de Graefe :

Succès	42
Insuccès	5
Perte totale	1

Sur 204 kératotomies supérieures avec iridectomie par le procédé de Jacobson :

Insuccès	13
Yeux presque pas utiles	30
Yeux ne pouvant distinguer que du nº 10 ou 20 Jayer	24
Succès parfaits	137

C'est alors que l'auteur, frappé du nombre des insuccès optiques résultant pour la plupart des complications iritiques et des cataractes secondaires, eut l'idée d'y substituer son opération de la kératotomie inférieure avec iridectomie, devant lui permettre, comme nous l'avons dit précédemment, d'extraire la totalité de l'appareil cristallinien (noyau et capsule à la fois).

Je ne parlerai pas de la méthode à petit lambeau périphérique de Taylor, avec ou sans iridectomie, suivant les cas, parce qu'elle me paraît bien compliquée, pour ne pas dire plus, et sujette à une foule d'objections sérieuses. Sur un ensemble de 105 opérations, Taylor n'accuse, il est vrai, que trois insuccès complets, mais en revanche, les demi-succès et les cas où des débris capsulaires réclamaient une nouvelle opération se sont offerts dans une grande proportion.

Ajoutons, en terminant, le parallèle des diverses opérations d'extraction de la cataracte qu'Edw. Loring (de New-York), en comparant les statistiques publiées depuis l'intronisation de l'extraction linéaire scléro-cornéale, à celles antérieures fournies par la méthode à lambeau, a trouvé qu'au point de vue de l'acuité visuelle des opérés, il y a lieu de poser de très-grandes réserves à l'endroit de la faveur dont jouit la méthode opératoire nouvelle.

Des considérations qui précèdent, il résulte, croyons-nous, que de tous côtés, nous sommes entourés par des écueils, et que si nous touchons presque au but, bien des obstacles s'opposent encore à ce que nous l'ayons atteint complétement.

Ce qui paraît aujourd'hui acquis, c'est que l'ancienne opération à lambeau exposait davantage à la suppuration et à la perte totale de l'œil; les anciens procédés fournissent un plus grand nombre de demi-succès, en tant que résultat optique. Or, cela n'est point indifférent si l'on veut bien se rappeler que le but exclusif de l'opération consiste à donner au malade la vue dont il est privé.

Tout en admettant donc comme un progrès réel la substitution de l'incision périphérique en boutonnière à l'ancienne kératotomie à lambeau, il faut reconnaître, d'autre part, que la nouvelle méthode n'aura toute sa valeur qu'autant qu'on arrivera à se débarrasser des *impedimenta* opératoires qui la rendent imparfaite, sinon dangereuse, et des complications iridiennes qui diminuent souvent la valeur au point de vue optique.

La position moins périphérique que dans le procédé primitif donnée à l'incision constitue, avons-nous dit, un progrès, et quant à l'objection tirée d'une rapidité moindre de cicatrisation, et d'une plus grande tendance à la suppuration des plaies cornéales comparées aux plaies sclérales, c'est là, croyons-nous, une erreur, venant de ce qu'on a confronté les résultats de l'ancien lambeau avec ceux fournis par la sclérotomie *linéaire*, ou les petits lambeaux, au lieu d'opposer la sclérotomie linéaire à l'incision également *linéaire* de la cornée.

Pour notre compte, dans les opérations nombreuses de cataractes par le procédé linéaire que nous avons pratiquées, nous n'avons jamais vu que la partie moyenne de l'incision qui tombe en plein tissu cornéal, ait offert une moindre tendance à la réunion immédiate que ses deux extrémités, situées plus en dehors et empiétant d'un 1/2 à $0^m,001$ sur la sclérotique.

En revanche, grâce à la position plutôt cornéale que sclérale de l'incision, on évite bien des accidents opératoires. Ainsi, l'issue de l'humeur vitrée est rendue bien moins fréquente. L'épanchement de sang dans la chambre antérieure qui, lorsque l'opération est pratiquée en haut, vient plus souvent du limbe conjonctival ou du canal de Schlemm que de l'excision de l'iris, fait à peu près défaut, ou est réduit à trop peu de chose pour créer des difficultés opératoires.

Ajoutons que l'iris ayant moins de tendance à faire hernie, peut au besoin être respecté et se prêter, dans tous les cas, à une excision moins étendue; ce qui restreint d'autant les inconvénients optiques d'une pupille artificielle par trop large et met plus sûrement à l'abri de synéchies irido-cornéales consécutives.

Une objection à l'adresse de tous les procédés de kératotomie périphérique, réside précisément dans la mutilation forcée du sphincter irien, d'où découle pour l'œil opéré une imperfection optique (l'apparition des cercles de diffusion), que personne ne cherche à mettre en doute. C'est même pour cela que Critchett et Bowmann donnèrent la préférence à l'iridectomie supérieure, la paupière supérieure venant alors combler la brèche, qui, non-seulement nuit à la perfection de la vision, mais constitue une réelle difformité lorsqu'elle reste en évidence.

Si l'on réfléchit, toutefois, que malgré la légère imperfection optique en question, l'iridectomie facilite singulièrement l'issue du cristallin, qu'elle met à découvert la région, que des débris de masses corticales cachées par la pupille contractée, ainsi que cela arrive après l'écoulement de l'humeur aqueuse, pourrait obscurcir plus tard, on ne saurait ne pas reconnaître qu'il s'agit là d'un perfectionnement propre à la nouvelle méthode d'extraction des cataractes.

Reste une dernière objection, celle de la plus grande fréquence des cataractes secondaires; mais il est bien certain d'abord que la kératotomie à lambeau ait été plus souvent exempte que ne l'est la linéaire de ce genre d'accident. On est d'autant plus en droit de se le demander, qu'à l'époque, l'éclairage oblique et l'ophthalmoscope, qui seuls dévoilent les moindres petites imperfections dans la transparence du champ pupillaire, étaient inconnus, et que la conservation d'une pupille plus ou moins rétractée et souvent adhérente devait cacher sans doute bien des imperfections, que l'iridectomie actuelle met au grand jour.

Du reste, en serait-il autrement, qu'il suffirait de perfectionner dans l'avenir les moyens propres à se débarrasser le plus possible des lambeaux capsulaires et des accompagnements de la cataracte pour rendre les résultats optiques aussi parfaits que possible. C'est à quoi devront tendre, je l'ai déjà dit, tous nos efforts.

Ajoutons, en terminant, que la nouvelle opération, grâce à une

coaptation parfaite des lèvres de la plaie, conserve à la cornée sa courbure normale et expose moins que toute autre à la production d'un astigmatisme cornéal régulier qui, de tous les défauts, est le plus difficile à corriger.

PRÉSENTATION DE MALADE

M. MAGITOT présente à la Société un malade atteint de perforation du sinus maxillaire droit, avec communication dans la bouche. Le sujet, âgé de trente-cinq ans, d'une bonne constitution, sans antécédents syphilitiques, a été pris, il y a six semaines, de douleurs sourdes et profondes occupant la joue droite, sans gonflement extérieur, mais avec gêne continue dans la narine correspondante et suppression de l'écoulement nasal de ce côté. Il y a huit jours, le malade ayant fait un effort pour se moucher, il s'échappa dans la bouche une masse molle, blanchâtre et fétide, que le malade compare à de la cervelle de veau. Il en sortit en même temps par la narine, de sorte que, tant par la bouche que par le nez, il en perdit une quantité qui aurait au moins rempli un grand verre. Tous les accidents se sont depuis bien dissipés, et, aujourd'hui, il existe à la partie postérieure et externe du bord alvéolaire supérieur droit une ouverture pénétrant dans le sinus, large à y laisser pénétrer l'index, et par laquelle les injections et les boissons passent par le nez, ce qui établit la persistance de l'orifice normal du sinus au méat moyen. La prononciation des lettres nasales est très-difficile, et le malade est obligé, pour parler, de tamponner, avec de la charpie ou du coton, l'orifice buccal de la fistule. Les grosses molaires du même côté sont absentes depuis longtemps et sans relation avec l'accident.

M. Magitot croit qu'il s'est produit ici un kyste butyreux d'un des follicules du plancher du sinus, et qui, après avoir refoulé ou envahi le bord alvéolaire, s'est ouvert pendant un effort dans la bouche.

Dans un cas de ce genre, deux partis sont à prendre : l'un consiste à faire simplement appliquer au malade un obturateur ; l'autre est de pratiquer une restauration autoplastique. M. Magitot pencherait vers ce dernier moyen en raison de la disposition de l'ouverture dont les bords lui semblent pouvoir se prêter assez facilement à un rapprochement par glissement. Toutefois, il sollicite, de la part de ses collègues, les indications qu'ils voudraient bien lui fournir à ce sujet.

M. BLOT, considérant la date récente de la perforation, conseillerait d'attendre le rapprochement spontané des bords ou l'oblitération de la fistule.

M. MAGITOT ne croit pas que, dans ce cas, l'expectation soit indiquée, par suite de la nécessité qu'éprouve le malade, pour parler, d'appliquer dans l'ouverture un tamponnement dont la présence perpétuera nécessairement la difformité.

M. LANNELONGUE proposerait d'attendre un certain temps ; puis lorsqu'il sera bien démontré que l'ouverture ne tend pas à s'oblitérer spontanément, de pratiquer une restauration autoplastique au moyen de la muqueuse de la joue avivée et suturée avec les bords de l'orifice.

M. DUPLAY proposerait l'application d'un appareil prothétique qui, outre qu'il fermerait l'ouverture fistuleuse, serait pourvu de dents et rétablirait ainsi les fonctions masticatoires qui doivent être troublées de ce côté par la perte des molaires.

M. MAGITOT fait remarquer que le malade ne se plaint pas de gêne de la mastication, le reste du système dentaire étant satisfaisant. De plus, les appareils prothétiques présentent un ensemble d'inconvénients qui sont bien connus. Aussi M. Magitot continuerait-il à préférer une restauration autoplastique.

M. Éloi, interne du service de M. Desormeaux, présente le moulage d'une luxation du poignet en arrière, ainsi que le malade, après réduction.

La plupart des membres de la Société émettent des doutes sur la luxation et se rattachent plutôt à l'idée d'une fracture de l'extrémité inférieure du radius.

La séance est levée à cinq heures et demie.

Le secrétaire : TILLAUX.

Séance du 2 avril 1873. — Présidence de M. PERRIN.

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

CORRESPONDANCE

La correspondance comprend :

La *Gazette des Hôpitaux*; — l'*Union médicale*; — la *Gazette hebdomadaire*; — la *France médicale*; — le *Mouvement médical*; — la *Tribune médicale*; — le *Bulletin général de thérapeutique*; — le *Bordeaux médical*; — le *Lyon médical*; — le *Marseille médical*; — la *Revue médicale de Toulouse*; — le *Bulletin de l'Académie royale de Belgique*.

M. PANAS offre à la Société le livre qu'il vient de publier, et qui renferme ses leçons sur le strabisme et les paralysies oculaires.

M. RIZZOLI, membre correspondant, envoie une observation d'anévrysme spontané de la sous-clavière droite guéri par la compression digitale.

M. CHÉDEVERGNE, membre correspondant à Poitiers, adresse une observation de hernie étranglée traitée avec succès par la ponction capillaire avec aspiration. (Sera publiée au *Bulletin*.)

M. PANAS. J'ai l'honneur de vous transmettre un travail manuscrit de M. le docteur Zancarol (d'Alexandrie d'Égypte), concernant onze cas de ponctions du parenchyme hépatique à l'aide du trocart, non suivies d'accidents.

M. Zancarol, en vous communiquant ces onze observations, s'est proposé d'établir que les plaies par instrument piquant du foie n'avaient pas la gravité que certains auteurs leur avaient supposée, et qu'il était dès lors permis d'avoir recours à la ponction avant même que l'apparition au dehors d'un abcès fût rendue évidente.

M. Zancarol est un ancien élève de l'École de Paris, médecin d'un des hôpitaux d'Alexandrie ; aussi les observations qu'il vous transmet offrent toutes les garanties désirables d'exactitude et de précision scientifique.

M. LARREY offre la seconde édition du mémoire de M. de Belina sur la transfusion du sang défibriné.

M. Bédouin, médecin au 3e régiment de hussards, adresse un travail intitulé : I. *Des balles explosibles*. II. *Notice statistique sur un mode de traitement de l'urétrite.* (Commission, MM. Houel, Forget, Paulet.)

M. FORGET présente, de la part de M. Notta (de Lisieux), l'observation suivante :

Résection dans l'article de la branche montante droite de l'os maxillaire inférieur. — La nommée A... (de Thiberville), atteinte de tumeur du maxillaire inférieur, avait subi, le 1er juillet 1871, la résection de la partie horizontale du côté droit de cet os. La tumeur, présentée à la Société de chirurgie dans la séance du 26 juillet 1871 (1), avait paru aux membres de la Société, être une de ces tumeurs décrites par M. Forget sous le nom de tumeur dentaire, et par M. Broca sous le nom d'odontome, ayant pour point de départ la première petite molaire incluse dans l'épaisseur de l'os. La tumeur paraissait être de bonne nature, et l'os avait été reséqué au delà du point d'implantation de la tumeur, de sorte que l'on pouvait se croire à l'abri d'une récidive.

Il y a cinq ou six mois, sans qu'il survint aucun trouble dans la santé de cette femme, ses règles se supprimèrent pour ne plus re-

---

(1) Voir, pour l'observation, *Bull. de la Soc. de chirur.*, 2e série, t. XII, p. 149.

venir. En même temps, elle ressentit quelques douleurs lancinantes dans la joue. Il y a un mois, elle s'aperçut que l'extrémité inférieure de la branche montante, qui était séparée par un intervalle de 0^m03 1/2 de la portion horizontale du maxillaire inférieur, présentait une petite grosseur. Quelques jours après, elle vint me voir, et je constatai, à l'extrémité de l'os, une petite tumeur dure, bosselée, indolente à la pression, et je l'engageai à revenir si elle augmentait. Il y a cinq jours, cette femme revint chez moi, et je fus surpris du développement que la tumeur avait pris en si peu de temps. Du reste, pas de teinte jaune paille, pas d'état cachectique, pas de ganglions engorgés au voisinage de la tumeur et sur le trajet des vaisseaux du cou. Santé générale très-bonne.

Je proposai l'ablation de la tumeur.

L'opération fut pratiquée le 20 février 1873, c'est-à-dire vingt mois après la première. La malade, préalablement chloroformée, je fais une incision horizontale de 0^m,05 partant de la partie inférieure du conduit auditif externe et longeant l'arcade zigomatique. Une seconde incision, tombant perpendiculairement sur la première, la dépasse en haut de 0^m,01 et s'étend en bas de la branche montante jusqu'à son extrémité.

Les parties molles, disséquées au raz de l'os et de la tumeur, la mirent à nu. Le tendon du muscle temporal coupé, la tumeur fut saisie avec une forte érigne et basculée en dehors. Nous fûmes obligé de pénétrer dans la cavité buccale, la muqueuse étant en un point fortement adhérente à la tumeur. Puis, coupant le ligament latéral externe, nous pûmes enlever complétement cette portion de l'os maxillaire. De nombreuses ligatures furent placées dans le cours de l'opération, et après nous être bien assuré qu'il n'y avait pas d'hémorrhagie à craindre, nous réunimes les plaies avec des points de suture entortillée.

Description de la tumeur.—Toute la branche montante de l'os maxillaire est enlevée. La tumeur est formée par un tissu morbide qui s'est développé sur l'extrémité de l'os et sur ses faces externe et interne. Ce tissu est grisâtre, translucide, parsemé de grains osseux ; il s'est développé au-dessus du périoste, dans le tissu osseux lui même. A la face interne, il remonte jusqu'au pourtour de l'orifice du canal dentaire, embrasse le bord antérieur de l'os, jusqu'à la base de l'apophyse coronoïde, et vient envahir toute la face externe de la branche montante, jusqu'à 0^m,01 au-dessous du col du condyle. Le bord postérieur de l'os seul a été respecté. Le volume total de la tumeur est celui d'une grosse noix. L'examen histologique de ces deux pièces, fait par M. Magitot, a démontré qu'il s'agissait de productions fibro-plastiques en voie d'ossification (fibrome ossifiant).

Après la lecture de cette observation, M. Forget appelle l'attention de la Société sur la première des pièces anatomiques présentées par M. Notta en 1871, et qui met en évidence l'origine qu'il a depuis longtemps, et plus récemment dans son mémoire sur les *anomalies dentaires*, assignée à ces productions fibro-plastiques qui compromettent l'intégrité des os maxillaires, et dont le point de départ est l'hyperplasie du périoste alvéolo-dentaire. Sur cette pièce, on voit la dent molaire incluse dans l'épaisseur et au centre de l'os, avec son développement normal, occupant une cavité alvéolaire irrégulière, de dimensions anormales, creusée dans le maxillaire et remplie par un tissu fibreux parsemé de grains osseux, tissu enserrant de toute part la dent, et qui n'est autre que le périoste de celle-ci à l'état d'hyperplasie. Ce tissu se continue par une scissure intra-osseuse avec le processus fibro-plastique extérieur.

M. MAGITOT demande, à propos de la communication précédente, à présenter deux observations : la première concernant la nature de la tumeur, la seconde relative au fait de la récidive. M. Forget a rappelé, à propos de cette pièce, les faits qu'il a fait connaître dans son mémoire sous le nom de *tumeurs dentaires*, et ceux qu'a décrits M. Broca sous le nom *d'odontomes*. M. Magitot ne croit pas que la pièce de M. Notta puisse en aucune manière se rattacher à ce groupe de lésions. Il s'agit ici, en effet, bien nettement d'une tumeur qui s'est développée à l'occasion d'une anomalie d'une petite molaire frappée d'inclusion au sein du maxillaire, ou si l'on veut *d'hétérotopie;* mais il n'y a point eu participation même de l'organe dentaire, ce qui constituerait l'odontome. La dent est, en effet, bien conformée et entière, et la production morbide occupe le pourtour de son alvéole.

En ce qui regarde la *récidive* mentionnée par M. Notta, M. Magitot ne croit pas qu'il y ait, à proprement parler, récidive, mais bien reproduction sur place. En effet, si l'on examine la première tumeur enlevée il y a dix-huit mois par notre collègue, on reconnaît, au centre de la branche horizontale, la prolongation évidente du tissu altéré qui dépasse les points où a été pratiquée la coupe de résection. La branche montante était donc déjà envahie à cette époque, et la production de la nouvelle tumeur sur ce point n'est qu'une dépendance directe de la première. Il est toutefois impossible d'incriminer le mode opératoire employé par M. Notta, la première tumeur ayant été très-largement limitée par les deux sections osseuses. La fusée intra-maxillaire de l'altération devait nécessairement échapper à l'observation.

M. FORGET. J'ai conservé la dénomination dont s'est servi à tort M. Notta, d'*odontome*. Je viens de m'expliquer sur l'origine de ce néoplasme pour prouver que je ne lui reconnais aucun trait de ressemblance avec les tumeurs dentaires que j'ai décrites dans mon mémoire couronné par l'Institut en 1859.

M. BOINET lit le rapport suivant sur une opération d'ovariotomie pratiquée par le docteur Sarell :

Une opération d'ovariotomie, la première qui a été pratiquée en Orient, vous a été adressée par un de nos confrères de Constantinople, le docteur Sarell, et je viens vous en rendre compte au nom de la commission composée de MM. Demarquay, Paulet et Boinet.

Une Grecque, âgée de trente et un ans, non mariée, bien réglée, d'une bonne constitution, remarqua, il y a cinq ans environ, qu'une tumeur se développait dans le côté gauche du ventre. Cette tumeur acquit un volume tel que bientôt tout le ventre fut envahi. Divers traitements mis en usage restèrent inefficaces. Plusieurs médecins appelés à voir la malade diagnostiquèrent un kyste uniloculaire, et il fut décidé que l'extirpation en serait faite, mais la malade attendit encore deux ans avant de s'y soumettre. L'état général étant devenu très-mauvais, l'émaciation étant extrême et le ventre ayant pris des dimensions énormes, les règles ayant disparu depuis neuf mois, la dyspnée étant très-grande, ne pouvant plus ni manger, ni dormir, et craignant toujours l'opération, elle s'adressa à d'autres médecins qui, le 22 septembre 1871, évacuèrent, par les ponctions, douze litres de liquide albumineux et filant, et répétèrent la paracenthèse en décembre 1871 et en avril 1872. La dernière ponction l'avait très-peu soulagée, et le ventre était resté très-volumineux, malgré la sortie de huit litres de liquide. Convaincue qu'elle ne pouvait plus vivre longtemps, et le ventre grossissant toujours, elle demanda à être opérée, ce qui eut lieu le 12 novembre 1872, en présence de nombreux médecins. Pendant la choroformisation, la malade vomit le déjeuner qu'elle avait pris comme à l'ordinaire.

L'opération fut faite suivant les règles ordinaires, si ce n'est que le chirurgien se plaça entre les jambes de la patiente, qui avait été placée sur le bord d'un lit, les jambes pendantes. L'incision du ventre fut de 0^m,09 à 0^m,10. Le péritoine ouvert, il s'écoula une quantité considérable de sérosité citrine. La main, introduite dans l'abdomen, apprit que la tumeur était libre d'adhérences dans presque toute son étendue, si ce n'est du côté droit, où elle avait avec la paroi abdominale quelques adhérences qui furent rompues assez facilement avec la main. Plusieurs poches du kyste ayant été vidées par la ponction, la tumeur fut extraite de l'abdomen, et le pédicule, qui était d'une longueur médiocre, fut scié. Un seul petit vaisseau avait donné du sang. La toilette du péritoine achevée, le ventre fut fermé par huit points de suture entortillée dont deux traversaient le pédicule en même temps que les parois abdominales. Le péritoine ne fut pas compris dans la suture.

Le pansement terminé, la malade fut portée dans son lit, encore endormie par le chloroforme. L'opération avait duré une demi-heure. Les suites de cette opération furent des plus heureuses, et

la malade s'est promptement rétablie. La quantité du liquide évacué et du péritoine et des kystes était d'environ trente à trente-cinq litres. Celui des kystes était albumineux, filant et purulent dans quelques-uns ; la masse kystique pesait 3 kilogrammes.

Cette observation ne peut donner lieu à aucun commentaire. L'auteur a suivi de point en point le procédé opératoire le plus souvent mis en usage, et ne mérite aucune remarque, si ce n'est que c'est pour la première fois que l'ovariotomie a été pratiquée en Orient. Si elle avait échoué, comme le fait remarquer M. Sarell, il est probable qu'il eût été difficile d'entreprendre de longtemps une seconde opération au milieu d'un pays encore rempli de préjugés ; mais comme elle a réussi, et qu'à cette heure, la malade, qui a été vue par un grand nombre de médecins et de personnes étrangères à la médecine, jouit d'une santé excellente, il espère que d'autres opérations suivront celle-ci dans un pays où les kystes de l'ovaire sont très-fréquents.

(*A suivre.*)

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

La fièvre jaune sévit avec une intensité très-intense au Brésil.

— Nous rappelons aux personnes qui voudraient prendre part au concours pour le prix Godard à décerner en 1873, par la Société d'anthropologie de Paris, qu'elles doivent adresser leurs mémoires au local de la Société, 3, rue de l'Abbaye, avant le 1er mai.

Tout mémoire manuscrit ou imprimé sur un sujet quelconque d'anthropologie est admis à concourir. Dans le cas où le travail présenté aurait été publié, il ne devrait pas être antérieur aux deux dernières années.

— M. le docteur Fauvel a recommencé son cours public et pratique de laryngoscopie et de rhinoscopie à sa nouvelle clinique, rue Guénégaud, 13, et le continue les lundis et jeudis, à midi.

Cette clinique a surtout pour objet l'étude des maladies chirurgicales du larynx et des parois postérieures des fosses nasales, et l'application des nouvelles méthodes de traitement apportées par la laryngoscopie et la rhinoscopie. Le miroir laryngien est éclairé par la lumière de Drummond, afin de permettre à plusieurs personnes à la fois de bien voir l'image de la région explorée.

— M. Chambon tient à la disposition de MM. les médecins du vaccin de génisse les mardi et mercredi, de une heure à quatre heures, rue Chaptal, 20.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Les temps préhistoriques dans le sud-est de la France. — L'homme dans la vallée inférieure du Gardon, par P. CAZALIS DE FONDOUCE. *Le Gardon à l'époque quaternaire. — Le Mardieuil. — La Sartanette. — La Salpêtrière.* — 1 vol. in-f° avec 14 planches. Prix : 15 francs. — Paris, Adrien Delahaye.

Le Directeur : Dr E. LE SOURD.

Paris. — Typographie A. POUGIN, quai Voltaire, 13.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Bureaux : 57, rue des Saints-Pères, 57
PRÈS L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix d'abonnement doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement du 1er de chaque mois

On s'abonne hors de Paris dans les bureaux des Messageries et chez les Libraires. Les lettres non affranchies sont refusées.

AU CORPS M... — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds ... francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques ... ns ce Journal, et un autre de 7,000 fr pour compléter le prix d'abonnement ... cins et des Étudiants qui n'en peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS: Trois mois. . 8 fr. 50 c. Six mois. . . 16 — Un an. . . . 30 —

POUR L'ÉTRANGER le port en sus suivant les derniers tarifs des Postes.

Paris, le 28 avril 1873.

SÉANCE DE L'ACADÉMIE DES SCIENCES

L'existence des vaisseaux lymphatiques du *corps thyroïde* n'est nullement contestée ; mais ce qu'on en savait se réduisait à trop peu de chose pour qu'un chercheur ne fût pas tenté de remplir les lacunes que ce sujet renferme. M. Boéchat a eu l'honneur de cette initiative. Après avoir injecté un mélange de deux parties de gélatine fondue et d'une partie d'une solution de nitrate d'argent à 1 p. 100 dans le corps thyroïde d'un chien, M. Boéchat pratique immédiatement des coupes que le refroidissement de la gélatine a rendues possibles. Puis il expose ces coupes à la lumière, et la coloration jaune de la gélatine qui résulte de cette exposition lui permet d'étudier les particularités de son injection. M. Boéchat est ainsi parvenu à constater que le corps thyroïde est parcouru par un vaste système de canaux ou de sinus communiquant les uns avec les autres et présentant de distance en distance des dilatations arrondies ou irrégulières, dont le diamètre atteint quelquefois 0m,001. Sur un grand nombre de points ces cavités sont traversées en tous sens par des trouées dont la forme, l'aspect et le volume offrent de très-grandes variétés. M. Boéchat pense que ces brides sont destinées à délimiter le point jusqu'où peut aller la distension de la cavité.

Les cavités alvéolaires de la glande sont tassées et refoulées les unes contre les autres dans les interstices des sinus lymphatiques. Quant à la paroi des cavités lymphatiques, elle est tapissée par l'endothélium caractéristique des vaisseaux lymphatiques.

Disons, en terminant, que depuis Hunter et Mascagni, auxquels nous devons les premières démonstrations sur l'existence des vaisseaux lymphatiques de la glande thyroïde jusqu'à Fremy (de Zurich), qui a pratiqué les dernières en 1863, on n'avait rien dit des faits que nous venons d'exposer. Le dernier venu, M. Fremy, en était encore à croire que les vaisseaux lymphatiques thyroïdiens, même les plus volumineux, étaient dépourvus de paroi propre et qu'ils étaient simplement creusés dans le tissu conjonctif de l'organe.

HOPITAL DU MIDI. — M. CHARLES MAURIAC.

Étude clinique sur l'influence curative de l'érysipèle dans la syphilis (1).

IX

Sous l'influence du repos à l'hôpital et du traitement que je lui fis suivre, sa santé s'améliora rapidement. Malheureusement ce mieux ne se soutint pas. L'oreille gauche devint le siége d'une suppuration abondante et de douleurs très-vives irradiant dans tout le côté correspondant de la tête. Il y avait de l'insomnie avec céphalée nocturne, du malaise général, de l'inappétence et, symptôme d'une signification plus grave, eu égard à l'optimisme exceptionnel du malade, de la tristesse, de l'abattement, une détente du ressort physique et moral.

C'est dans les huit ou dix derniers jours de janvier que cet état de choses se manifesta et s'établit. Le 30, l'examen laryngoscopique, pratiqué par le docteur Krishaber, fit constater sur les deux cordes vocales inférieures l'existence de plaques muqueuses, les unes érodées, les autres ulcérées, d'autres un peu végétantes, mais toutes très-caractéristiques, accompagnées d'un épaississement opalin périphérique de l'épithélium et d'un boursouflement de tout le bord libre de cet organe, etc.

La voix était complétement éteinte depuis deux jours, sans qu'il fût survenu aucun accident aigu du côté du larynx. Les lésions des conduits auditifs externes jetaient une abondante suppuration. Il existait des douleurs de plus en plus vives dans la tête. Les plaques muqueuses des lèvres, de la muqueuse buccale, de l'isthme du gosier, étaient en pleine activité, et la face était plus défigurée que jamais par la boufissure œdémateuse et dure du nez, des joues et surtout des lèvres. Les syphilides sèches et ulcéreuses de la peau restaient dans un état stationnaire.

X

Il était évident que ce malade se trouvait dans un état d'imminence morbide, et qu'un événement pathologique grave, couvé et préparé depuis plusieurs jours, était à la veille de faire explosion. Eh bien, c'est ce qui eut lieu ; et cet événement patholo-

(1) Suite. — Voir les numéros des 3, 8 et 15-17 avril 1873.

gique, grave en lui-même, fut d'un effet curatif merveilleux sur les accidents syphilitiques.

Pour apprécier l'importance de la révolution qui allait s'accomplir, il a fallu raconter le passé du malade, déterminer la nature de sa syphilis, décrire son processus à poussées subintrantes et envahissantes, etc.; il a fallu suivre pas à pas l'évolution des différents phénomènes, démêler leurs complications, insister sur leurs tendances à la récidive, sur leurs résolutions incomplètes, sur l'efficacité peu soutenue de la médication spécifique qui, administrée avec vigueur et persévérance pendant cinq mois, n'avait pas empêché les choses d'en venir au point où nous les trouvons à la veille de l'événement pathologique en question, le 1er février 1873 (six mois et demi après le début de la syphilis, quarante-huitième jour de la laryngopathie).

XI

Cet événement pathologique fut un érysipèle de la face excessivement violent. Il se déclara le 4 février, après quatre jours de prodromes caractérisés par une fièvre vive qui commençait vers neuf heures du soir et finissait à six heures du matin, par du malaise général, de l'anxiété, de la prostration des forces, une céphalalgie continue, une élévation notable de la température.

Toute la face devint tuméfiée, douloureuse et d'un rouge pâle. Il y eut, dès le début, de l'agitation et de l'insomnie. Cet érysipèle, du reste, suivit une marche régulière. Il envahit quelques portions du cuir chevelu et présenta, dès lors, comme caractère particulier, une prédominance des phénomènes cérébraux. Ainsi, vers le deuxième ou troisième jour, l'agitation se transforma en un délire qui ne quitta plus le malade. Au début, ce délire paraissait en rapport avec le mouvement fluxionnaire de la face et du crâne et avec l'intensité de la réaction fébrile; mais, plus tard, il persista et devint même plus violent, quoique tous les autres phénomènes locaux et généraux se fussent atténués. Ainsi, vers le 7 février, la défervescence s'était produite ou était en train de se produire, le pouls était tombé, la chaleur était moins vive, la turgescence érysipélateuse moins considérable, et néanmoins le délire ne discontinuait pas, surtout pendant la nuit.

Le 8, quoique le pouls fût descendu de 110 à 92 et la température de 41° à 36°, le délire devint furieux. Il était impossible de maintenir le malade dans son lit. Il se levait incessamment et se livrait à des actes d'une telle violence qu'il fallut l'évacuer dans un service de médecine. On le reçut à la Pitié, où il resta jusqu'au 13.

Le 14, il revint nous voir à la consultation, et nous fûmes étonné du changement profond qui s'était opéré dans son état. Toutes les manifestations syphilitiques si vivaces qui avaient été surprises par l'érysipèle en pleine période d'activité étaient complètement guéries.

Les conduits auditifs, obturés par les plaques muqueuses et l'impétigo, et qui suintaient si abondamment, avaient maintenant leur calibre normal et ne contenaient plus que quelques squames sèches. Les lèvres, le nez, les joues, si monstrueusement déformés avant l'érysipèle par l'œdème dur et les suffusions plastiques du tissu cellulaire sous-cutané avaient recouvré leur aspect à peu près normal. Les plaques muqueuses des lèvres, de la bouche et de l'isthme du gosier s'étaient évanouies sans laisser de traces.

La voix, qui était éteinte le 1er février, était devenue nette et facile. Les quelques pustules d'ecthyma, disséminées sur le corps, étaient cicatrisées.

Deux jours après, le changement de physionomie du malade était encore plus accusé. La tuméfaction des lèvres, du nez, des joues, des oreilles, avait complétement disparu. L'examen laryngoscopique fit constater l'absence de toute plaque muqueuse sur les cordes vocales; elles ne présentaient qu'un peu de rougeur. Quant à l'état général, il ne laissait rien à désirer, et le malade se sentait si bien qu'il ne voulut plus rentrer à l'hôpital. Il est inutile d'ajouter que le retour de sa gaieté et de sa bonne humeur laissaient facilement voir qu'il trouvait encore et de plus en plus, tout pour le mieux dans le meilleur des mondes.

(*A suivre.*) CHARLES MAURIAC.

DE L'INOCULATION DU CANCER CHEZ LE LAPIN

Par M. le docteur HYVERTL.

Le cancer est-il inoculable? Entre les faits de contagion rapportés par Tulpius ou ceux auxquels on a attribué la mort de Smith et de Bellenger d'une part, et d'autre part les bravades de Biett et d'Alibert s'inoculant le cancer sans aucun danger, l'expérimentation animale, à diverses reprises, a tenté d'élucider la question.

Sans rappeler ici les résultats négatifs obtenus soit par l'inoculation du suc carcinomateux (Peyrilhe, Dubuisson), soit par l'ingestion de fragments cancéreux dans les voies digestives (Dupuytren, Chatin de Lyon), soit par l'injection intra-vasculaire de sucs ou de fragments semblables réduits en bouillie (Langenbeck, Lebert, Follin, Goujon, Dubuisson), nous appellerons l'attention sur un mode d'expérimentation peu étudié jusqu'à ce jour, car il n'a été pratiqué que par M. Goujon: nous voulons parler de la greffe, sur un animal sain, de tissu néoplasique emprunté à l'homme vivant.

Des trois expériences de M. Goujon, une seule paraît avoir donné un résultat évident: le fragment de tumeur cancéreuse inséré sous la peau d'un cochon d'Inde ayant végété jusqu'à la mort de l'animal, survenue vingt-cinq jours après l'opération.

Ceci montre donc que des fragments de tumeur empruntés à l'homme peuvent vivre un certain temps lorsqu'on les transplante sur un animal.

Mais que deviennent ces produits morbides quand la vie de l'animal se prolonge? Peuvent-ils s'étendre et se généraliser?

Cette question nous a paru assez importante pour qu'il fût intéressant de rapporter de nouvelles expériences, exécutées sous la direction de notre savant maître, M. le docteur Létiévant, chirurgien désigné de l'Hôtel-Dieu de Lyon, avec l'aide de notre ami, le docteur Daniel Mollière, chef de clinique chirurgicale à l'École de médecine de la même ville.

Seulement, nous avons essayé de nous placer dans des conditions meilleures que celles des expérimentateurs qui nous ont précédé dans ce genre de recherches.

Nous avons toujours choisi des tumeurs jeunes, des tumeurs enlevées à leur période de floraison, si l'on veut nous passer l'expression. Nous ne voulions point, en effet, nous servir de ces masses putrides qui constituent la presque totalité des cancers qui viennent dans nos hôpitaux réclamer une opération: nous ne voulions pas inoculer du pus et des substances septiques susceptibles de donner naissance à la gangrène.

L'animal était placé à côté du malade, et le fragment était déjà fixé sous la peau du premier que la plaie du second n'était

pas encore complétement réunie ; les cellules ainsi devaient conserver toute leur vitalité au moment de la greffe. Nous avons, en outre, surveillé tout spécialement l'hygiène de nos animaux.

Quant au mode d'inoculation, ou plutôt de greffe, il a toujours été le même ou à peu près. Cependant nous avons été conduit à placer le fragment de la tumeur dans les couches profondes, après avoir divisé la couche musculaire superficielle : c'est qu'en effet, chez le lapin, le tissu cellulaire sous-cutané est excessivement lâche ; le pus s'y étend avec une grande facilité ; les sutures prennent difficilement, et l'emphysème se développe quelquefois sous les doigts de l'expérimentateur. Le moindre tiraillement, le moindre mouvement produit un vide où l'air se précipite ; il décolle au loin les tissus et compromet les résultats de l'expérience.

C'est pour combattre plus facilement cet accident que, sur l'avis de M. le docteur Mollière, nous avons compris dans la suture les couches profondes, et recouvert la plaie de collodion.

La greffe a été pratiquée sur le dos. Ce n'est pas seulement pour mettre les animaux dans l'impossibilité d'irriter leurs plaies et d'en arracher les sutures que cette région a été choisie. On pourrait, en effet, nous demander pourquoi nous n'avons pas, de préférence, inséré nos fragments de cancer dans des régions riches en lymphatiques, comme le pli de l'aine par exemple ? C'est que l'expérience a démontré que les animaux ne résistent pas à de pareilles opérations.

Dans le courant d'autres recherches, M. le docteur Mollière a observé avec quelle rapidité des lésions, même insignifiantes de ces régions, amenaient la mort, la mort par septicémie. M. Dubuisson, dans sa thèse (1) fait aussi la même remarque.

(A suivre.)

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Séance du 17 janvier 1873 (2). — Présidence de M. LUNIER.

M. CHARRIER, secrétaire général, lit, au nom de M. Duchenne (de Boulogne), un mémoire intitulé : *Graduation et dosage du courant continu, principalement par le rhéostat-voltamètre.*

Voici l'analyse de ce travail :

Après avoir exposé l'examen critique des divers modes de graduation par diminution de la surface des éléments et par augmentation de leur nombre, que possèdent les batteries galvaniques les plus usitées, M. Duchenne (de Boulogne) démontre leur insuffisance.

Suivant notre collègue, il est nécessaire de leur adjoindre un rhéostat qui, placé dans le circuit du courant, permette d'augmenter ou de diminuer graduellement la résistance au passage du courant. Aux rhéostats à fil métallique d'une longueur de 100 à 10,000 kilomètres, principalement en usage dans la télégraphie électrique, M. Duchenne préfère le rhéostat liquide, dont il s'est toujours servi pour graduation du courant continu, parce qu'il est d'une application facile dans la pratique, parce qu'il est peu volumineux et peu dispendieux, et parce qu'il gradue le courant avec assez d'exactitude pour l'usage médical, bien qu'avec moins de précision que le rhéostat métallique.

Mais avant tout, dit M. Duchenne, il importe de connaître toujours exactement l'intensité du courant qui traverse les organes, non-seulement dans le but d'obtenir, suivant les indications spéciales, des résultats thérapeutiques réguliers ou prévus, mais afin d'éviter les accidents graves et même mortels dus à son application dans certaines régions et à certains degrés d'intensité du courant. Il ressort, en effet, des recherches de M. Duchenne, que le courant continu appliqué à la face ou dans la région cervicale peut, même à une tension assez faible, produire, en agissant sur les vaso-moteurs de l'encéphale, soit une congestion cérébrale par hyperhémie active ou passive, soit une syncope par ischémie cérébrale. Il a rapporté des faits cliniques qu'il a recueillis dans sa pratique et dans les auteurs et qui montrent les graves dangers auxquels expose quelquefois le courant continu.

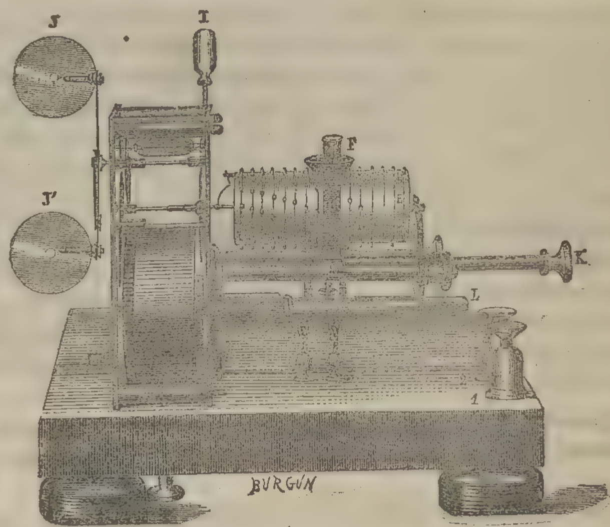
C'est dans le but de graduer et, pour ainsi dire, de doser exactement le courant continu, que M. Duchenne a imaginé un instrument qu'il a appelé *rhéostat-voltamètre.* Il consiste dans l'adjonction d'un voltamètre à son rhéostat liquide.

Cet instrument, peu volumineux, d'une application facile, est nécessaire dans l'application d'un courant continu à l'électro-thérapie et à l'expérimentation électro-physiologique, parce qu'il permet d'en régler et d'en mesurer, à coup sûr, l'action chimique ou dialitique, et l'intensité, de manière à diminuer ou augmenter son action électrolytique sur les organes, ou de manière à éviter les désordres auxquels expose un courant continu à forte tension.

C'est ainsi que M. Duchenne a fait, par exemple, appliquer assez souvent à la face, sans produire de troubles dans la circulation de l'encéphale, le courant de la grande pile de Trouvé-Calleaud dont il avait réglé l'intensité.

Enfin, le rhéostat voltamètre permet d'utiliser avec avantage dans la pratique les piles plus ou moins constantes, plus ou moins volumineuses, en régularisant leur courant. Tout le monde comprend, dit M. Duchenne en terminant, combien cette question intéresse la vulgarisation de l'application thérapeutique des courants continus.

M. ONIMUS présente un appareil qu'il a fait construire par M. Trouvé et qui permet d'obtenir un nombre d'interruptions réglées mathématiquement.



On peut ainsi passer d'une interruption à cent interruptions par seconde, en passant par tous les nombres intermédiaires.

Cet instrument, que MM. Legros et Onimus ont employé dans les recherches électro-physiologiques pour avoir avec exactitude un nombre variable d'excitations en un temps donné, est également un point de thérapeutique ; l'appareil le plus complet est celui avec lequel on peut obtenir toutes les modifications que nécessitent les différents cas pathologiques.

Dans les atrophies musculaires, dans l'exploration des muscles pour les diagnostics, en un mot, dans tous les cas où il est important de ne point se servir de courants induits rapides, on peut, à son gré, ne déterminer qu'un nombre voulu de contractions. Des intermittences lentes sont d'ailleurs nécessaires dans la plupart des atrophies, et chaque fois que l'on électrise des personnes excitables

(1) Dubuisson, *Des effets de l'introduction dans l'économie de produits septiques et tuberculeux* (Thèse de Paris, 1869).

(2) Fin. — Voir le numéro du 22 avril 1873.

et surtout des enfants. On peut, d'un autre côté, supporter avec des intermittences très-lentes un courant dix fois plus fort que lorsque les intermittences sont très-rapprochées.

On peut également, avec cet appareil, faire des intermittences régulières pour un courant continu, et l'on peut à volonté, ce qui est utile dans les expériences physiologiques et également dans quelques cas pathologiques, faire passer le courant pendant un temps plus ou moins long.

On peut graduer l'intensité des courants au moyen de la bobine à chariot, c'est-à-dire que selon que la bobine est induite, comme la bobine inductrice, d'une plus ou moins grande quantité, le courant est plus ou moins énergique.

Souvent, il est utile, en même temps qu'on emploie des courants continus, de déterminer quelques excitations ou d'associer aux courants continus les courants induits, et cela s'obtient très-facilement avec cet appareil. Pour cela, on fait passer le courant continu à travers la bobine qui sert à la production des courants induits, et dans les appareils récents, M. Trouvé a placé sur cette bobine deux petites borgues, qui sont en communication avec les deux extrémités du fil de la bobine. En intercalant ainsi cette bobine dans le circuit d'un courant induit, on obtient à chaque interruption un extra-courant assez fort. Si, par exemple, on règle l'appareil de manière à obtenir une interruption par seconde, le courant continu passera pendant toute cette seconde, excepté au moment même de l'interruption, et, à ce moment, l'influence du courant développé dans le fil (extra-courant) s'ajoute à l'action du courant continu pour produire une contraction assez énergique. Cette double action est des plus favorables pour les affections musculaires, car la contraction musculaire n'est provoquée que lorsque le muscle a eu tout le temps nécessaire pour se reposer, et que pendant ce temps de repos, les courants continus ont agi sur sa nutrition interne et ont augmenté la circulation. Cette disposition n'existe dans aucun autre appareil, et M. Onimus dans plusieurs cas, a obtenu de très-bons effets par cette méthode nouvelle d'électrisation.

Dans ces conditions, on peut même se servir de piles moins constantes et ayant une action chimique plus considérable, que dans le cas où l'on veut agir sans provoquer d'interruptions, comme dans les affections médullaires. Enfin, on peut augmenter ou diminuer la quantité ou la tension de l'extra-courant, selon que la bobine par laquelle on fait passer le courant continu est formée par un fil plus ou moins long ou plus ou moins gros. Lorsque le fil est court ou gros, la secousse est moins profonde, mais elle agit plus énergiquement sur la contracture des muscles superficiels.

Grâce à cette modification de l'appareil Trouvé-Onimus, la bobine peut donc servir à deux fins, et non seulement comme dans les appareils ordinaires, produire des courants induits, mais encore agir comme rhéostat et engendrer un extra-courant lorsqu'on l'intercale dans le circuit d'un courant continu.

M. ONIMUS fait quelques objections au travail de M. Duchenne, et demande que la discussion soit remise à la prochaine séance.

La séance est levée à cinq heures et demie.

Le secrétaire annuel : RELIQUET.

VARIÉTÉS

Histoire de la médecine et des doctrines médicales, par E. BOUCHUT, professeur agrégé de la Faculté de médecine, médecin de l'hôpital des Enfants, officier de la Légion d'honneur (1).

Il y a dans l'histoire en général autre chose que l'énumération chronologique des faits, que le récit des événements, que la biographie des individus. Il y a la raison philosophique des choses, il y a l'étude des progrès de l'esprit humain, il y a l'histoire de l'humanité tout entière. Et ce qui existe pour l'histoire des peuples existe également pour l'histoire de la médecine et des doctrines médicales.

Pour écrire cette histoire, il y avait plusieurs méthodes : ou la méthode chronologique, ou la méthode philologique, ou la méthode doctrinale ou philosophique. C'est cette dernière qu'a adoptée M. Bouchut, qui, remontant dans le passé pour y étudier les différentes doctrines et les transformations qu'elles ont subies, entre pour ainsi dire au fond de ces doctrines et s'attache à leur idée fondamentale sans se préoccuper de leur auteur ou bien en ne lui accordant qu'une place tout à fait secondaire.

Il divise l'histoire des doctrines médicales en six groupes, qui sont : le Mysticisme, le Naturisme, l'Empirisme, l'Anatomisme, le Méthodisme et l'Éclectisme, groupes qu'il subdivise encore.

Il eût pu être plus bref, en admettant seulement trois grandes classes :

1° Le *Mysticisme*, dont la dernière expression est le *Supernaturalisme;*

2° Le *Naturisme*, qui conduit au *Vitalisme ;*

3° L'*Anatomisme*, qui conduit à l'*Organicisme*, au *Cellulisme*.

Ce que l'école de A. Comte diviserait en trois états ou périodes : l'état fétichiste, l'état métaphysique et l'état positif proprement dit ou positivisme.

L'Empirisme ne semble être, comme l'Organicisme, qu'une prolifération de l'Anatomisme. Quant à l'Éclectisme, ce n'est pas un groupe proprement dit, ce n'est qu'une méthode, ou plutôt c'est la méthode de ceux qui n'en ont pas sous le spécieux prétexte de prendre dans chaque école ce qu'elle a de bon : cette méthode conduit tout simplement au scepticisme ou à la négation.

Le Mysticisme, le Naturisme et l'Empirisme font la matière du premier volume.

Le *Mysticisme* (livre Ier) est l'enfance de la médecine et ne nous arrêtera pas dans ce court résumé. C'est l'histoire de la théurgie, de la démonomanie, de la sorcellerie : c'est l'histoire du magnétisme animal et de l'homœopathie, importations étrangères, triste sujet de réflexions, quand on songe jusqu'où peut aller la crédulité de l'esprit humain. Nous y voyons la prétendue origine démoniaque attribuée aux maladies nerveuses, aux maladies mentales, puis l'interprétation des songes, les maladies produites par l'imagination et l'influence de l'imitation dans la production et la guérison des maladies.

Si le Mysticisme ou le Supernaturalisme attribue les actes physiologiques et morbides à des influences occultes ou surnaturelles, divines ou démoniaques, le *Naturisme* (livre II) représente l'idée de l'action presciente de la nature dans ces actes : c'est la nature intelligente qui maintient les fonctions dans leur état régulier ; c'est elle qui tend à les y ramener, quand une cause quelconque en a modifié le cours.

M. Bouchut, après avoir traité longuement du Naturisme hippocratique, après avoir analysé les œuvres du fondateur de cette école, nous fait assister aux différentes transformations de ce Naturisme, qui fut l'origine du Pneumatisme avec Athénée, de l'Archéisme avec Van Helmont, de l'Animisme avec Stahl, du Vitalisme avec Sydenham, Bordeu, Barthez, et — disons-le — du Séminalisme avec Bouchut. Philosophiquement, toutes ces doctrines ont sans doute eu leur raison d'être ; elles ont pu être soutenues ; quelques-unes sont soutenables encore aujourd'hui ; mais pratiquement, il est incontestable que le Naturisme, après plus de deux mille ans d'expériences et de controverses, reste encore debout, non pas dans son dogme primitif, mais dans le fait clinique toujours vrai de la *nature médicatrice*.

L'étude du Naturisme médical occupe la majeure partie du premier volume, et s'il n'est pas loisible au médecin d'avoir sous la main ou à sa portée Hippocrate, Galien, Arétée, Oribase, Alexandre de Tralles, Paul d'Égine, Rhazès, Avicenne, Paracelse, Van Helmont, Stahl, Sydenham, Bordeu, Barthez, etc., etc., il trouvera

(1) 2 vol. in-8, 1873. Prix : 16 francs. — Germer Baillière.

dans ce volume l'analyse complète et détaillée de leurs œuvres. Ainsi cinquante pages sont consacrées à l'analyse d'Hippocrate; soixante-quatre à celle de Galien, vingt à celle de Paracelse, quarante-quatre à celle de Stahl, dix à celle de Barthez, etc. (livre III).

Ce volume se termine par l'étude de l'*Empirisme* chez les anciens, puis chez les modernes, où la philosophie de Bacon lui prêta un nouvel appui et où il eut pour chef les Lieutaud, les Zimmermann, etc. (livre V). A l'école empirique se rattache l'école positiviste d'Auguste Comte, et M. Bouchut nous donne l'analyse détaillée des ouvrages des empiriques, comme il l'avait fait pour les naturistes. Cette étude nous fait voir que, si l'Empirisme est coupable de quelques fautes, fautes qui souvent sont le fait de l'observateur lui-même, c'est à lui que nous devons les principales découvertes de la thérapeutique moderne.

Avec le deuxième volume commence l'histoire de l'*Humorisme*, que l'auteur étudie chez les anciens, au moyen âge, chez les modernes et à la période contemporaine (livre VI). M. Bouchut nous le montre chez Hippocrate, avec ses quatre humeurs, chez Galien avec ses huit intempéries; mais ce dernier commence à donner au sang une importance qu'Hippocrate avait méconnue. Après Galien, nous voyons l'humorisme exister presque à l'état latent pour se relever avec les Arabes au neuvième siècle. Puis il reparaît avec Fernel, qui donne une part équitable à la nature dirigeante, aux solides et aux humeurs. C'est alors que M. Bouchut nous fait voir deux humorismes aux prises; l'un, l'humorisme-galénisme ou gréco-romain, l'autre reposant sur la chimiâtrie.

Mais l'anatomie venait de renaître.

De l'humorisme nébuleux du moyen âge, nous retombons dans un humorisme encore bien vague, mais qui cependant mérite attention; c'est la chimiâtrie de Paracelse, esprit étrange, mélange de génie et d'illuminisme. Diversement jugé par les uns et par les autres, Paracelse n'en est pas moins le fondateur de la chimiâtrie.

De Paracelse, M. Bouchut nous conduit à Van Helmont, naturiste en principe par le rôle qu'il accordait aux Archées, humoriste dans ses conceptions secondaires de la maladie, chimiâtre à la façon de Paracelse, dont il relève scientifiquement; exalté, violent et superstitieux, il procède, comme Paracelse, par l'analyse, et, avec lui, on peut le considérer comme un des fondateurs de l'humorisme moderne.

Après Van Helmont, c'est Sylvius, c'est Willis, c'est Fr. Hoffmann, chimiâtre d'abord, puis ennemi de la chimiâtrie; c'est Huxham, c'est Zimmermann, c'est Stoll, c'est Selle enfin, pour qui la plupart des mouvements fébriles ont pour but de chasser hors du corps une matière étrangère contenue dans le sang, matière ayant une grande tendance à la putréfaction. C'étaient, si l'on veut, les matières peccantes des médecins de Molière.

De l'humorisme au moyen âge à l'humorisme moderne, il n'y a qu'un pas; mais ce pas est immense. Si le premier repose sur des conceptions vagues, nébuleuses, le second repose sur la chimie régénérée par Lavoisier. Au lieu des intempéries des humeurs, des fermentations humorales, l'humorisme moderne repose sur l'analyse des humeurs normales et des sécrétions morbides : nous y trouvons moins d'hypothèses et plus d'analyses. C'est, en un mot, l'anatomie pathologique des liquides de l'organisme.

La voie était ouverte par les savants français, à la tête desquels se sont placés les Prévost, les Dumas, les Denis, les Piorry, les Andral, les Gavarret, etc. Notre Humorisme, comme on le voit, n'a que le nom de commun avec l'Humorisme ancien. Le point de départ est bien le même; mais notre manière d'envisager les altérations humorales est tout autre, et l'analyse des éléments du sang et des liquides qui en sortent a remplacé les théories spéculatives des anciens.

Le *Solidisme* (livre VII) est étudié par l'auteur chez les anciens et chez les modernes. M. Bouchut semble en faire bon marché, et il a raison; car il y a dans l'organisme autre chose que des solides; il y a aussi des liquides, et l'auteur arrive à cette conclusion que la composition variable des humeurs est la source de l'impressibilité différente des solides vivants et de leur réaction spéciale contre les causes morbides.

Après le Solidisme, vient le *Méthodisme* (livre VIII), qui n'est en réalité qu'une variété de Solidisme. Thémison invente le mot, mais n'invente pas la chose : il a fait comme tous les chefs de secte, comme le fait un peu Bouchut lui-même, à propos du Vitalisme séminal.

De l'étude du Méthodisme chez les anciens, l'auteur nous fait passer au Méthodisme chez les modernes, avec Hoffmann, Cullen, Rasori, Brown, Broussais. Une longue étude détaillée est consacrée à l'analyse des ouvrages et des opinions de ces auteurs (soixante-dix pages).

Après cette secte, M. Bouchut place l'École *Iatro-mécanique* moderne (livre IX), qui a pour but d'expliquer l'exercice des fonctions d'après les lois mathématiques de la statique et de l'hydraulique. La médecine n'a pas beaucoup à y gagner; mais cette école ouvre la porte à la physiologie dite de précision. Nous trouvons dans ce chapitre une très-bonne étude sur Sanctorini, le chef de cette école. L'auteur nous montre l'Iatro-mécanisme prenant naissance en Italie, venant en France, où il est adopté par Descartes, puis retournant en Italie avec Borelli, Bellini, Baglivi. C'est la première voie ouverte à l'expérimentation; c'est la physiologie expérimentale, mais reposant alors sur des expériences mal faites. Tant vaut l'observateur, tant vaut l'expérimentation. De l'Italie, nous voyons l'Iatro-mécanisme passer en Angleterre avec Pitcairn, en Hollande avec Boerhaave, en Allemagne et en France. Comme doctrine exclusive, cette doctrine ne saurait conquérir le suffrage du médecin qui pratique au lit des malades, mais, comme instrument de progrès, son importance est considérable.

Le livre X est consacré à l'Anatomie et à l'*École anatomique*. L'auteur nous raconte la fondation de l'École d'Alexandrie, le commencement de l'anatomie et des dissections jusqu'à la renaissance des lettres et des arts aux temps modernes. C'est alors qu'apparaît André Vésale, qui fut vraiment le créateur et le propagateur de l'anatomie moderne, et nous assistons à toutes les découvertes, petites ou grandes, qui ont illustré le seizième siècle. Il suffit de citer en passant Ingrassias, Fallope, Eustachi, Colombo, Fabrice d'Aquapendente, Arantius, Varole, Michel Servet, pauvre victime de Calvin, Césalpin, Botal, Riolan, Bartholin, etc., etc. Les découvertes abondent; les noms se pressent sous la plume. C'est de l'Italie qu'est partie la première étincelle scientifique, comme c'est d'elle que nous venaient les arts et les lettres. Puis le nombre des anatomistes va toujours croissant; chaque siècle rivalise avec celui qui le précède; chaque pays rivalise avec les pays voisins. C'est Harvey qui découvre la circulation; c'est Pecquet (1648) qui décrit le réservoir du chyle, découvert sur un chien vingt ans auparavant (1627), par mon compatriote Jacques Mentel, de Château-Thierry. *Sic vos non vobis...*

L'activité scientifique des quinzième, seizième, dix-septième, dix-huitième siècles est incroyable. L'anatomie est renouvelée, l'autorité scientifique de Galien est renversée.

Nous voici au dix-neuvième siècle. L'anatomie est presque complète. Bichat fonde l'anatomie générale.

De Bichat, qui étudie les tissus à l'œil nu, M. Bouchut nous conduit à cette nouvelle branche de l'anatomie générale qui les étudie au microscope et qui constitue l'histologie et la physiologie cellulaire : cette école ne donne que des connaissances purement anatomiques, et elle est muette sur les propriétés physiques et vitales des éléments cellulaires. Si la grossière et orgueilleuse Allemagne est le berceau de l'histologie, la France de son côté est le berceau de l'anatomie chirurgicale.

Puis, c'est l'anatomie pathologique, née en Suisse avec Bonet, grandissant en Italie avec Morgagni, se développant en France avec Cruveilhier, prenant un nouvel essor en Allemagne, grâce au microscope, et devenant la pathologie cellulaire.

M. Bouchut consacre une quarantaine de pages à l'appréciation critique du cellularisme ou de la pathologie cellulaire, puis il arrive

à la physiologie normale et pathologique, et à l'étude des moyens usités pour l'examen des organes, ou à l'organoscopie.

Le livre X est un de ceux qu'on relit plusieurs fois; des huit chapitres qui le constituent, je ne sais vraiment quel est le plus attachant. Il en est un cependant qui me paraît neuf dans notre littérature : c'est celui qui résume en près de quatre-vingts pages toute l'histoire de la chirurgie, depuis Hippocrate jusqu'à nos jours. L'histoire de l'obstétrique cependant y fait défaut.

Cet ouvrage est terminé par une étude sur l'Éclectisme, qui, comme je le disais en commençant, n'est pas une doctrine, mais qui est l'individualisme substitué aux règles d'un principe philosophique.

Telle est en résumé l'œuvre médicale et philosophique qui vient prendre dans nos bibliothèques une place laissée vide jusqu'à ce jour; œuvre immense, à laquelle l'auteur se préparait depuis longtemps, soit dans le recueillement du cabinet, soit dans des cours libres de l'École pratique. Il semblerait presque que le ministre de l'instruction publique faisait allusion à cet ouvrage, quand, à l'ouverture de la Faculté de Nancy, il disait : « L'histoire de la médecine est l'histoire d'une grande chose et un grand côté de l'histoire générale de l'esprit humain. »

Dr A. Corlieu.

THÈSES

SOUTENUES A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

PENDANT L'ANNÉE 1873.

28. Sinéty. De l'état du foie chez les femelles en lactation.
29. Mocquard. Sur la docimasie pulmonaire et sur un caractère de respiration chez les nouveau-nés tiré des gaz contenus dans les poumons.
30. Voinot. Recherche sur les causes du siége des tubercules aux sommets des poumons dans la phthisie pulmonaire de l'homme adulte.
31. Marie. Étude sur l'emploi de l'avoine dans l'alimentation et la thérapeutique, et particulièrement de son emploi dans l'alimentation des enfants du premier âge.
32. Legallois. Du lymphadénome du cou ou de l'hypertrophie ganglionnaire idiopathique de la région cervicale.
33. Adam. Des fistules recto-vaginales accidentelles.
34. Franchet. Des effets physiologiques et des applications du bain d'air comprimé.
35. Cicile. De l'urémie.
36. Langlois. Influence des maladies incidentes sur l'aliénation mentale.
37. Callandreau-Dufresse. Contribution à l'étude du croup.
38. Barbaste. De la suture des tendons (ténorrhaphie).
39. Zayas-Bazan. Sur le système de traitement antiseptique tel qu'il est pratiqué par les Anglais, et principalement par le docteur Lister, d'Édimbourg.
40. Chaudol. De la phlébite des membres.
41. Martin. De la durée de la vitalité des tissus et des conditions d'adhérence des restitutions et transplantations cutanées.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

C'est déjà de l'histoire ancienne, mais il n'est jamais trop tard pour signaler les actes de bonne confraternité médicale.

Les médecins de Buenos-Ayres ont voulu témoigner, en août dernier, à leurs confrères du Chili, la joie que leur causait l'établissement de la première ligne télégraphique traversant les Andes et réunissant les deux républiques les plus méridionales de l'Amérique du Sud. L'échange des télégrammes a été des plus affectueux.

C'est à l'Association médicale de Buenos-Ayres que revient l'honneur de l'initiative de ces communications que la vieille Europe a presque toujours réservées, jusqu'à présent, à ses souverains ou gouvernements, et la Faculté de médecine du même pays a promptement suivi son exemple. Voici sa dépêche :

« Que le fil électrique qui unit aujourd'hui les deux Républiques sœurs porte à la Faculté de médecine du Chili l'expression sincère d'estime, de sympathie et de confraternité des membres du corps médical qui composent la Faculté de Buenos-Ayres! Que ce nouveau moyen d'union serve ainsi à resserrer les liens des deux corporations, et que la digne Faculté du Chili reçoive les félicitations enthousiastes de celle de la Plata pour l'événement grandiose que fêtent en ce jour deux peuples libres. »

La Faculté du Chili a répondu :

« La Faculté de médecine du Chili reçoit avec enthousiasme et cordialité le salut de sa savante sœur des bords de la Plata. Humble, mais bien résolue coopératrice du progrès humain, elle adresse, du haut des Andes, à sa sœur chérie, les meilleurs souhaits, en pleine confraternité de la science et du progrès. »

On ne dirait, certes, pas mieux en Europe.

— Sur la proposition du comité consultatif d'hygiène publique, le ministre de l'agriculture et du commerce vient de décerner des récompenses honorifiques aux membres des conseils d'hygiène publique et de salubrité qui se sont le plus particulièrement distingués par leurs travaux pendant les années 1870 et 1871, savoir :

Médaille d'or. — M. Meurein, inspecteur de la salubrité du département du Nord.

Rappel de médaille d'or. — M. Rabot (Seine-et-Oise).

Médailles d'argent. — MM. Mignot de Chantelle (Allier); — Oliver, pharmacien (Pyrénées Orientales); — le docteur Dubarry (Gers); — Verrier, médecin-vétérinaire (Seine-Inférieure); — Boinard, médecin-vétérinaire (Seine-Inférieure); — Favereau, médecin-vétérinaire (Seine-et-Oise); — Maheut (Calvados); — le docteur Coste (Hérault); — le docteur Fournier (Charente); — Bobierre, directeur de l'École des sciences, à Nantes; — le docteur Demange (Meurthe); — le docteur Levieux (Gironde).

Rappel de médailles d'argent. — MM. Vy (Seine Inférieure); — Bouteiller (Seine-Inférieure); — Dehée, médecin des épidémies du Pas-de-Calais; — Dubos, médecin-vétérinaire (Oise); — Caussé (Tarn); — Pilat (Nord); — Labiche, pharmacien (Eure).

Médailles de bronze. — MM. le docteur Evrard (Oise); — le docteur Darcy (Nièvre); — Philippe, médecin-vétérinaire (Seine-Inférieure); — le docteur Neucourt (Meuse); — Souville (Gers); — Galtier (Aude); — Lemoine (Côtes-du-Nord); — Parisot (Belfort); — le docteur Bancel (Seine-et-Marne); — le docteur François (Somme): — le docteur Châtelain (Meurthe); — Chautard, pharmacien (Meurthe).

— *Faculté de médecine de Paris.* — La Faculté, après avoir examiné les thèses soutenues devant elle dans le cours de l'année scolaire 1870-1871, les a partagées en trois classes, ainsi qu'il suit :

1re Classe. — *Médaille d'argent* : MM. Chaland (Théod.), Charvot (Eug.), Derlon (E.), Lambert (John-Ern.), Le Courtois (E.), Michaud (Jules-Aimé), Milliot (Benj.).

2e Classe. — *Médaille de bronze* : MM. Abadie (J.-M.-C.), Alling (Edw.), Bourneville (D.-M.), Coutagne (J. P-H.), Couyba (L.), Decorse (J.), Faure (John), Fougere (F.-A.), Hallopeau (F.-H.), Lamblin (P.), Leriche (E.), Petiteau (D.), Putnam (Mlle Mary), Reverdin (J.-L.).

3e Classe. — *Mentions honorables* : MM. Béhier (A.), Braunberger (J.), Charpentier (P.), Chatin (J.), Giraud (A.), Guérard de la Quesnerie, Jolly (J.), Lachanaud (E.), Lecacheur (A,), Mollière (D.), Peltier (G.), Petit (E). Petrini (P.), Robbe (L.-A.), Ullé (Dém.), Vaslin (L.).

— *École de médecine de Lyon.* — Le concours annuel d'anatomie pratique a donné les résultats suivants :

Élèves de 1re année. — 1er prix (médaille de vermeil) : M. Julliard ; 2e prix (médaille d'argent) : M. Châtillon.

Élèves de 2e année. — 1er prix (médaille de vermeil) : M. Gabriel Roux ; 2e prix (médaille d'argent) : M. Cusset.

— Le comité russe de secours aux blessés et aux malades militaires, qui a de sérieuses attaches officielles et qui compte dans toutes les provinces de l'empire un nombre considérable de sous-comités et d'agences, déploie une activité qu'il est utile de constater. Lors de l'Assemblée générale qui a eu lieu dans les derniers jours de 1872, on a pris, pour l'année 1873, les mesures suivantes :

Le comité devra, en utilisant tous les agents dont il dispose, faire en sorte que les administrations rurales et urbaines, surtout dans les points situés le long des voies ferrées, soient prêtes à recueillir à chaque instant le plus grand nombre possible de malades et de blessés, qu'on pourra de la sorte évacuer rapidement sur la mère-patrie, ce qui permet de rendre un service immense à l'armée d'opération. Les administrations devront veiller, en outre, à ce que tous les hôpitaux locaux et fixes aient un nombre suffisant de médecins civils, afin que le ministre de la guerre puisse employer tous les médecins militaires dans les ambulances et les hôpitaux fixes ou mobiles de l'armée. Les administrations devront envoyer aussitôt que possible tous les renseignements et un compte de leur situation et des moyens dont elles disposent au ministre de la guerre, au bureau de l'hygiène militaire.

(*Bulletin de la réunion des officiers.*)

— M. Claude Bernard reprendra son cours au Collége de France mercredi, 30 avril, à une heure et le continuera les mercredi et vendredi de chaque semaine, à la même heure.

Il traitera de la physiologie opératoire.

— M. le docteur E. Guibout reprendra ses conférences cliniques sur les maladies de la peau à l'hôpital Saint-Louis, le mardi 6 mai 1873, à huit heures et demie du matin, et les continuera les lundis et mardis suivants à la même heure. Les lundis seront consacrés aux maladies des femmes.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Des diarrhées chroniques et de leur traitement par les eaux de Plombières, par le docteur Bottentuit, ancien interne des hôpitaux de Paris, chevalier de la Légion d'honneur, etc. — Prix : 2 francs. — Paris, Delahaye.

Leçons sur les opérations obstétricales et le traitement des hémorrhagies ou Guide de l'accoucheur dans les cas difficiles, par Robert Barnes. M. D. Lond. F. R. C. P., accoucheur et professeur d'accouchements et des maladies des femmes et des enfants, à l'hôpital Saint-Thomas, examinateur à l'Université de Londres, etc., etc. Traduites sur la deuxième édition anglaise, par le docteur A. E. Bordes ; préface de M. le professeur Pajot. — Grand in-8° avec plus de 100 figures intercalées dans le texte. Prix : 12 francs. — G. Masson.

Paris, ses organes, ses fonctions et sa vie, dans la moitié du dix-neuvième siècle, par Maxime du Camp. — Deuxième édition. Tome II (*L'alimentation. — Le pain, la viande et le vin. — Les Halles centrales. — Le tabac. — La monnaie. — La Banque de France*). — Un fort vol. in-8°. Prix : 7 fr. 50. — Paris, 1873, L. Hachette et Ce.

Manuel du microscope dans ses applications au diagnostic à la clinique, par MM. Duval Mathias et Lereboullet. — in-18 compacte avec de nombreuses figures. Prix : 5 francs. — G. Masson.

Maladies des cheveux, moyen d'y remédier et d'en réparer la perte, par le docteur Félix Rochard, médecin des prisons de la Seine. — In-8°. Prix : 50 centimes. — Paris, Adrien Delahaye.

Action des eaux de Vichy sur le tube intestinal, par le docteur Champagnat, médecin consultant aux eaux de Vichy. — In-12. Prix : 50 centimes. — Paris, Adrien Delahaye.

Le Directeur : Dr E. Le Sourd.

Paris. — Typographie A. Pougin, quai Voltaire, 13.

N° 50. — JEUDI 1er MAI 1873. 46e ANNÉE. JEUDI 1er MAI 1873. — N° 50.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Bureaux : 57, rue des Saints-Pères, 57
PRÈS L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix d'abonnement
doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

On s'abonne hors de Paris
dans les bureaux des Messageries et chez les Libraires
Les lettres non affranchies sont refusées.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui n'en peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS	
Trois mois. .	8 fr. 50 c.
Six mois. . .	16 —
Un an. . . .	30 —

POUR L'ÉTRANGER
le port en sus
suivant les derniers tarifs des Postes.

Paris, le 30 avril 1873.

SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

La septicémie a encore occupé la plus grande partie de cette séance. Après une lecture de M. Chevandier sur la médication thermo-résineuse et un rapport de M. Delpech sur le prix Godard, M. Davaine est monté à la tribune pour répondre aux diverses objections et critiques dont ses expériences ont été l'objet.

Avant de parler de cette réponse générale, que l'on peut considérer comme un résumé de l'état actuel de la question, il importe de combler ici une lacune, involontaire de notre part, en présentant une analyse du rapport fait dans la précédente séance par M. Davaine sur la première note de M. Onimus.

On se rappelle que M. Onimus s'étant proposé d'étudier l'influence des organismes inférieurs développés pendant la putréfaction sur l'empoisonnement putride des animaux, avait institué des expériences consistant à placer du sang de bœuf, de porc ou d'homme atteint de fièvre typhoïde, dans un papier à dialyse et à placer ce papier dans un vase contenant de l'eau distillée. Le tout étant maintenu à une température d'environ 38°, après quatorze heures l'eau distillée se troublait, devenait lactescente, et l'examen microscopique y décelait la présence d'une quantité considérable de bactéries et de vibrioniens identiques, quant à la forme, avec ceux que contient le sang renfermé dans le papier à dialyse. Une seule goutte de sang putréfié injectée à plusieurs lapins détermine rapidement la mort, tandis que plusieurs gouttes de l'eau distillée, bien que renfermant des myriades de bactéries, injectées à d'autres lapins, sont restées inoffensives.

C'est de ces expériences que M. Onimus a conclu que les organismes inférieurs, bactéries et vibrions, n'ont, par eux-mêmes, aucune action toxique, qu'ils semblent n'être que le résultat et non la cause des altérations putrides, et que le virus de l'infection putride n'est point une substance dialysable, ce qui permet de le rapprocher des substances albuminoïdes.

« Ces conclusions seraient vraies, dit M. Davaine, si M. Onimus avait prouvé que les vibrioniens renfermés dans le papier à dialyse étaient de la même espèce que ceux qui se trouvaient dans l'eau extérieure à ce papier. » La forme de tous ces vibrions, les uns intérieurs, les autres extérieurs, était la même, et cela a suffi à M. Onimus pour établir l'identité spécifique. Or, c'est sur la non identité de ces vibrioniens que M. Davaine motive la fin de non-recevoir qu'il oppose aux conclusions de M. Onimus.

Dans cette partie très-étendue de son rapport, qui est pleine de faits empruntés à l'histoire naturelle de tout ce monde microscopique, M. Davaine fait surtout ressortir ce fait général, qu'il pose comme une loi, que le nombre des espèces dans une même famille augmente avec l'infériorité de l'organisation, et que ces espèces se diversifient avec les milieux où elles vivent. Ce fait général lui paraît confirmé dans ses applications à la question de la septicémie par la comparaison qu'il en fait avec le phénomène de la pourriture des matières végétales, où l'on voit varier les espèces de champignons suivant la nature des substances envahies, comme varient les espèces des vibrioniens dans la putréfaction des matières animales.

De ces faits, M. Davaine tire deux conséquences relatives au sujet du débat. Les végétaux et les animaux, dans les premières phases de leur existence, ne possédant point de caractères propres, il en doit être de même des vibrioniens, surtout s'ils sont, comme il y a lieu de le croire, un état de *jeunesse* de certains champignons. D'un autre côté, il a montré que dans la pourriture, les champignons diversifient considérablement leurs espèces suivant les milieux qu'ils envahissent. Pourquoi, dès lors, n'en serait-il pas de même des vibrioniens dans la putréfaction ?

Cela posé, le rapporteur examinant les faits de M. Onimus, constate que les bactéries contenues dans le sang d'une part, et celles qui étaient contenues dans l'eau avec les substances dialysables d'autre part, se trouvaient dans des milieux tout à fait différents. Il regarde, en conséquence, les bactéries qui s'étaient développées de l'un et de l'autre côté comme formant des espèces distinctes malgré l'identité de leur forme.

En résumé, pour M. le rapporteur, sous une même forme peuvent exister des espèces diverses de vibrioniens, et il suffit d'une différence très-minime dans des milieux où se produisent ces petits êtres, pour qu'il s'y forme des espèces différentes. D'après cela, M. Onimus ne serait pas fondé à en conclure avec certitude qu'il a injecté à ses lapins, dans ses deux séries d'expériences, des bactéries de même espèce, ce qui entraînerait la ruine des autres conclusions.

Enfin M. Davaine ne peut admettre que le virus de la putréfaction soit une substance albuminoïde privée de vie, aucune substance connue ne pouvant produire un effet toxique ou fer-

mentescible à la quantité d'un millionième de goutte, à moins que cette substance ne se multiplie par génération.

Le rapporteur, tout en manifestant cette divergence d'opinion sur l'interprétation des faits observés par M. Onimus, n'en reconnaît pas moins que ces faits offrent par eux-mêmes un grand intérêt et qu'ils ouvrent à l'expérimentation une voie nouvelle.

On voit que cette manière de voir de M. Davaine à l'égard de la non identité des vibrions contenus dans le sac dialyseur et de ceux qui étaient au dehors, a reçu l'assentiment de M. Pasteur et l'appui de faits analogues déduits des recherches de ce savant. Reste sur ce point la difficulté de reconnaître et de distinguer ces variétés dans les conditions de la production du phénomène, autrement que par le phénomène produit lui-même.

Quant à la deuxième note de M. Onimus, dont nous résumions le contenu dans le numéro de jeudi dernier, elle attend encore son jugement.

Cela dit, revenons maintenant à la séance d'hier.

M. Davaine, dans sa réponse aux questions, objections et critiques qui lui ont été adressées par MM. Verneuil, Béhier et Vulpian, a surtout tenu à se défendre d'avoir omis de tenir compte des lésions anatomiques concomitantes de la septicémie. S'il les a négligées, en apparence, c'est qu'il ne lui a pas paru qu'aucune d'elles méritât d'être prise en considération dans l'étude de la septicémie à marche rapide, aucune n'étant susceptible de modifier ou d'altérer le résultat de l'agent septique. Il a également cherché à repousser les critiques qui lui avaient été faites relativement au rôle de la température.

Reste un point — mais ce point est capital — sur lequel M. Davaine a été obligé, nous ne dirons pas de faire une concession, mais d'admettre le doute, c'est l'assimilation de la fièvre typhoïde à la septicémie. Sur ce point, comme sur la question plus générale de l'application directe des expériences aux faits de la pathologie humaine, nous ne pouvons que nous ranger à la proposition pleine de sagesse exprimée par M. Vulpian : continuer à étudier la question de la septicémie au point de vue expérimental, en réservant les applications à la pathologie.

Dr Brochin.

INTÉRÊTS PROFESSIONNELS

Nous appelons l'attention de nos lecteurs sur le jugement suivant, qui touche une question toujours très-délicate et difficile pour le praticien.

COUR D'APPEL DE CHAMBÉRY (2e chambre)

Présidence de M. Bazot

Audience du 28 février.

HONORAIRES DES MÉDECINS. — PRESCRIPTION. — SERMENT.

Si on ne peut considérer la créance d'un médecin comme étant composée d'autant de créances séparées qu'il y a eu de visites, et si on ne doit pas faire en cette matière l'application de l'article 2274 du Code civil, c'est à la condition qu'il s'agisse d'honoraires dus pour soins donnés pendant le cours d'une maladie aiguë et non d'une maladie accidentelle.

L'article 2275 précise le point sur lequel doit porter le serment déféré à celui qui oppose la prescription d'un an; il ne doit porter que sur le point de savoir si la chose a été réellement payée.

Ainsi jugé sur les conclusions conformes de M. Gimel, avocat général, et les plaidoiries de Me Jacquier, du barreau de Lyon, et de M. Laracine, du barreau de Chambéry :

« Attendu que le docteur X... a assigné le sieur Chevenaz, héritier de la dame Madigner, en payement de la somme de 9,500 fr., montant de ses honoraires pour les soins donnés à la dame Madigner depuis le 7 novembre 1846, jusqu'au 19 décembre 1871;

« Que le sieur Chevenaz oppose à cette demande de prescription;

« Que cette exception fondée sur les dispositions formelles de l'article 2272 est péremptoire, qu'elle ne saurait être détruite par la preuve contraire et que, dès lors, il n'y a pas lieu de s'arrêter aux articulations de fait posées en première instance et reproduites en appel;

« Attendu que par des conclusions subsidiaires, l'appelant demande le payement de la somme de 3,160 fr., pour les soins qu'il a donnés depuis le 19 janvier 1869, jusqu'au 19 décembre 1871;

« Qu'il soutient que, pendant cette période, la dame Madigner a été en proie à une maladie unique, présentant des phases successives, ayant nécessité de sa part des soins non interrompus;

« Que la créance du médecin est ainsi indivisible et que la prescription n'a pu courir pendant le traitement;

« Que cette solution, suivie dans la pratique à Chambéry, seule d'accord avec les usages et les convenances, est en même temps une interprétation rationnelle et équitable de la loi;

« Qu'elle est aujourd'hui consacrée par la doctrine et la jurisprudence;

« Attendu que ces conclusions subsidiaires constituent, non une demande nouvelle, mais bien une modification et même une restriction de la demande originaire;

« Que, dès lors, elles sont recevables et qu'il s'agit d'examiner si elles sont fondées;

« Attendu que si on ne peut considérer la créance d'un médecin comme étant composée d'autant de créances séparées qu'il y a eu de visites, s'il faut écarter en cette matière l'application de l'article 2274, tout au moins on ne saurait embrasser dans un ensemble indivisible une longue période de plusieurs années sans effacer la prescription elle-même;

« Que cette distinction admise pour les maladies aiguës, même prolongées, ne peut être étendue aux maladies chroniques;

« Qu'il résulte des documents versés au procès que si la santé de la dame Madigner a été ébranlée en 1869, à la suite d'un accident, cette dame n'a pas été affectée d'une maladie continue, ayant nécessité, pendant cette période de 1869 à 1871, un traitement non interrompu;

« Qu'il parait constant, au contraire, que la dame Madigner a eu, pendant cet espace de trois années, de longues trêves, qu'elle avait repris ses habitudes ordinaires, séjournant à la campagne et faisant même des voyages;

« Que, dans ces conditions, avec ces alternatives de bonne et de mauvaise santé, on ne rencontre pas cette unité de maladie et cette continuité de traitement, qui pourraient seuls mettre obstacle à la prescription annale;

« Que, ce n'est donc pas le cas d'accueillir les articulations subsidiaires, qui sont dès à présent contredites ou manquent de pertinence;

« En ce qui concerne la formule du serment déféré :

« Attendu que l'article 2275 a nettement précisé le point sur lequel il devait porter;

« Que la formule proposée par l'appelant étend sans utilité la mesure des interpellations permises, et que celle arrêtée par les premiers juges, acceptée par l'intimé, est seule conforme à la loi;

« Qu'il convient seulement d'y insérer pour plus de précision une date ;

« Attendu enfin que la note produite par le docteur X..., pour la dernière année, mentionne soixante-six visites de jour et quarante de nuit;

« Que la somme de 400 fr. offerte pour les cent six visites constitue une rémunération suffisante puisqu'elle dépasse même le prix établi par les usages locaux;

« Par ces motifs,

« La Cour, sans s'arrêter aux conclusions principales et subsidiaires de l'appelant;

« Rejette l'appel,

« Confirme le jugement déféré ;

« Dit que l'intimé devra être appelé à jurer qu'il ne sait pas que les honoraires réclamés par le docteur X... pour soins donnés à la dame Madigner, du 7 novembre 1846 au 19 novembre 1870, soient encore dus ;

« Renvoie les parties devant le Tribunal de Chambéry pour la prestation du serment..., etc. »

Observations. — La Cour de Chambéry, par l'arrêt qui précède, adopte la jurisprudence qui paraît prévaloir, et d'après laquelle la prescription court, non à dater de chaque visite, mais à dater de l'époque où la créance embrassant les honoraires dus pour les soins donnés pendant toute la maladie, est devenue exigible.

Le système contraire avait été consacré par arrêt de la Cour de Limoges, en date du 3 juillet 1839. Mais cet arrêt est isolé.

Voir dans le sens de l'arrêt de la Cour de Chambéry, un arrêt de Caen, du 21 avril 1868 (*Journal du palais*, vol, 1859, p. 454).

Dans cet arrêt, il ne s'agissait pas de maladie chronique, mais d'une maladie qui avait compris plusieurs périodes distinctes, et il a été décidé que la prescription avait commencé à courir pour chaque période à la fin de cette période.

La note de l'arrêtiste résume d'une manière complète la doctrine sur cette matière et indique les sources. Elle fait connaître notamment un arrêt de Besançon, du 14 août 1866, qui, en admettant que le médecin a autant de créances qu'il fait de visites, déclare néanmoins que ces créances sont à terme et qu'elles ne sont exigibles que du moment où le médecin a cessé ses rapports avec son malade, sans faire aucune distinction entre les maladies aiguës et les maladies chroniques.

L'arrêtiste est d'avis qu'on devrait revenir à la jurisprudence consacrée par la Cour de Limoges qu'il considère comme étant seule conforme au texte de la loi. (*Droit.*)

HOPITAL COCHIN. — M. Després.

Amputation du bras chez un vieillard de soixante-dix ans pour une tumeur blanche du coude. — Guérison.

Observation recueillie par M. Violet, interne du service.

Jean F..., âgé de soixante-dix ans, est entré à l'hôpital Cochin (salle Cochin), le 20 janvier 1873, avec une tumeur blanche du coude droit. Il raconte que cette affection est la suite d'un coup qu'il a reçu au mois d'oût 1871. Depuis cette époque, il a toujours souffert de son coude, et il a vu s'y former une série de petits abcès dont les trajets sont restés fistuleux. Au mois de septembre 1872, la formation nouvelle d'un de ces abcès le fit entrer à la Charité, dans le service de M. Gosselin, où il passa trois semaines. Depuis deux mois il était au lit.

Ce vieillard a toujours joui d'une bonne santé, et ses souvenirs ne lui rappellent, comme seule maladie, qu'une fracture dont il est facile de sentir le cal à la partie moyenne du bras droit; mais il porte à la face, depuis dix ans, un adénome sudoripare du volume d'une petite amande.

Dès le premier examen qu'en fit le chirurgien, on constatait, du côté droit, tous les signes d'une tumeur blanche du coude. Au pourtour de cette articulation volumineuse et tuméfiée, il existait cinq ou six trajets fistuleux qui laissaient sortir un pus abondant et assez bien lié. A l'aide d'un stylet introduit par ces ouvertures, on arrivait sur des surfaces osseuses malades et dénudées, et les mouvements articulaires communiqués étaient douloureux, très-limités et faisaient entendre des craquements secs dus à la dénudation des surfaces articulaires frottant l'une contre l'autre.

Quant à l'état général, il n'était pas bon; depuis quelques jours de légers tremblements s'étaient manifestés sur le soir et étaient l'indice prochain de l'épuisement de l'organisme. Cependant le malade, qui avait un peu d'œdème des membres inférieurs, avait encore conservé de l'appétit et du sommeil; il n'avait pas de diarrhée.

Un tel état, chez un adulte, eût comporté l'amputation du bras ou la résection du coude dans le plus court délai possible; mais, chez un vieillard de soixante-dix ans, la question se posait autrement. M. Després ne se décida à agir que d'après les considérations suivantes. Il y avait une douzaine d'années, ce malade avait eu une fracture du bras droit à la suite de laquelle l'oblitération du canal médullaire s'était produite, et certainement, vu la légère obliquité des fragments, cette oblitération persistait encore actuellement. En conséquence, l'ostéomyélite qu'on rencontre si ordinairement aux environs d'une tumeur blanche ne pouvait s'être propagée au delà du siége de la fracture. Si, de plus, on avait soin de pratiquer l'amputation du bras au niveau même du cal, l'absence du canal médullaire mettait à l'abri de toute ostéomyélite consécutive à l'opération.

L'amputation fut faite le 19 février par la méthode circulaire. M. Després faisait lui-même la compression pendant qu'il amputait. Le malade ne perdit pas un demi-verre de sang. La section de l'os fut faite sur le cal de l'ancienne fracture, c'est-à-dire au tiers moyen du bras. Il n'y eut pas de réunion par première intention; des bandelettes de diachylon rapprochaient seulement les lèvres de la plaie.

L'examen de la pièce anatomique n'offrit rien de très-remarquable; les trajets fistuleux étaient tapissés de fongosités; les muscles périarticulaires dégénérés; les os dénudés et cariés par place. L'humérus, scié parallèlement à son axe, avait, du côté du coude, son canal médullaire augmenté de volume, tandis qu'à son extrémité supérieure, ce canal allait en se rétrécissant et finissait par disparaître complétement. Il n'existait que très-peu d'ostéomyélite au voisinage de l'articulation.

Le pansement humide fut mis en usage pour le traitement de la plaie (charpie mouillée, compresses mouillées; arrosage du pansement avec l'eau et l'eau-de-vie camphrée). Ce pansement était renouvelé chaque jour. Dans les premiers jours qui suivirent l'opération, le malade eut, vers le soir, de légères sensations de froid suivies de bouffées de chaleur; mais ces phénomènes, qui n'étaient que le souvenir d'un organisme habitué à une abondante suppuration, allèrent en s'apaisant et disparurent vers le quatrième jour. A cette époque, la suppuration commença à s'étabir franchement, les bourgeons charnus apparurent au fond de la plaie, et l'on prit le plus grand soin pour éviter de les faire saigner.

28 février. — L'état général du malade s'améliore; le sommeil et l'appétit sont excellents. Pas traces de fièvre.

2 mars. — Onze jours après l'amputation, les ligatures tombent sans déterminer aucun écoulement de sang.

6 mars. — On supprime le pansement humide. Pansement simple (linge troué enduit de cérat et charpie sèche).

11 mars. — Vingt jours après l'opération, la plaie a bon aspect et se rétrécit progressivement. Cautérisation de quelques bourgeons charnus.

18 mars. — Le malade se lève quelques heures dans la journée.

27 mars. — La plaie est presque entièrement cicatrisée; on ne la panse plus qu'avec un peu de diachylon. Le malade se promène dans le jardin.

31 mars. — Guérison complète. Le malade se lève toute la journée et a repris ses forces.

M. Després, en faisant cette opération, nous avait annoncé que le malade guérirait, parce que toutes les indications opératoires existaient et qu'elles étaient toutes favorables. D'une part, garantie contre l'ostéomyélite à cause du cal d'une ancienne fracture à la partie moyenne du bras; de l'autre garantie contre les effets de la suppuration, puisque le malade suppurait depuis bientôt deux ans. Seulement M. Desprès disait que la nature ayant offert ce qu'elle pouvait offrir de sécurité, il restait au chirurgien d'apporter de son fait tout ce que l'expérience a in-

diqué de meilleur, et pour lui l'amputation circulaire, une bonne compression afin d'éviter toute perte de sang toujours si nuisible aux vieillards, et un bon pansement devaient assurer la guérison malgré l'âge avancé du malade.

Le malade était d'ailleurs dans les vieilles salles. L'expérience des baraques de l'hôpital Cochin est faite. M. Després n'y place ni grands blessés ni opérés. Il y a dans ces baraques trop de causes de refroidissement, et c'est par douzaine que l'on y compte, en hiver et dans les demi-saisons, les pneumonies, les bronchites, les pleurésies et les rhumatismes. Les érysipèles et les infections purulentes mêmes y ont été plus fréquentes que dans les vieilles salles.

M. Després n'a pas eu recours au pansement ouaté, car il est d'avis que ce n'est pas un pansement seul qui assure la guérison des amputés, et qu'il croit bon de surveiller les plaies. Pour lui, ce sont les indications opératoires bien observées, les menus soins donnés aux malades et l'humidité du pansement qui assurent le plus le succès.

DE L'INOCULATION DU CANCER CHEZ LE LAPIN (1)

Par M. le docteur Hyvertl.

Parmi un grand nombre de faits qui font l'objet d'un travail plus étendu (2), nous en choisissons trois destinés à montrer l'évolution des fragments de tumeurs cancéreuses insérées sous les couches musculaires profondes de lapins.

Expérience Ire. — *Carcinome du sein.*

Le 24 août 1869, on enlève à une femme, couchée au n° 1 de la salle Saint-Paul, une tumeur du sein. Ablation au bistouri. *Immédiatement après la séparation de la tumeur,* deux fragments pris sur sa partie périphérique sont inoculés à deux lapins noirs.

Incision de 0m,03 de longueur à la partie postérieure de la région dorsale : la peau est décollée ; le fragment de tumeur introduit. Deux points de suture végétale ferment la plaie.

30 août. — Les sutures ne sont point encore tombées. On constate, sur les deux animaux, une tuméfaction notable au niveau de la région incisée. Sur l'un d'eux, elle forme une tumeur molle et légèrement fluctuante.

6 septembre. — Les deux sutures sont tombées ; la cicatrice se forme ; quelques gouttelettes de pus s'écoulent par les trous de suture. Rien de nouveau à noter. L'état général des deux lapins est excellent.

16 septembre. — Sur un premier lapin, on trouve, au lieu de l'inoculation, une petite tumeur, de la grosseur d'une aveline, qui roule sous la peau. Les poils recouvrent complétement la région qui a été incisée pour l'inoculation.

Sur le second lapin, on ne constate pas de tuméfaction ; retour complet à l'état normal ; pas d'adhérence de la peau aux parties profondes. On retrouverait difficilement le lieu de l'inoculation.

6 octobre. — Le premier lapin porte toujours sa petite tumeur, qui a conservé les mêmes caractères, et dont le volume n'a pas changé depuis vingt jours. Elle est très-mobile sous la peau et dans le tissu cellulaire ; elle n'a aucune espèce d'adhérence, soit avec la peau, soit avec les parties profondes.

Le second lapin est toujours en très-bon état.

22 septembre. — Le premier lapin porte toujours sa petite tumeur, qui n'a pas changé de volume. — Parfaite santé chez le second lapin.

8 novembre. — Chez le premier lapin, on trouve, au niveau de l'inoculation, un petit noyau dur, ovoïde, du volume d'un pois, mobile sur les parties profondes, et présentant un peu d'adhérence à la peau. — Le second lapin ne présentant plus rien à observer, a servi à une autre expérience.

27 décembre. — Le lapin n° 1 conserve encore aujourd'hui un petit noyau, qui a diminué de volume. Ses dimensions sont celles d'un petit pois ; il est aplati, mobile sous la peau et dans le tissu cellulaire sous-cutané.

15 janvier 1870. — La petite tumeur persiste.

19 janvier. — On extirpe cette petite tumeur, et l'on constate qu'elle est constituée par un noyau dur, grisâtre, moins volumineux que lors de son insertion dans la couche musculaire. Ce noyau est entouré par une petite membrane assez riche en vaisseaux.

La pièce est immédiatement plongée dans le liquide de Müller.

Après durcissement, on observe que le cancer a conservé parfaitement sa structure alvéolaire. Il est identique aux portions examinées lors de l'expérience. Seulement, nous trouvons, au centre, un noyau dur, crétacé, composé d'un amas de matières salines. Au pourtour de ce noyau, on peut observer que les cellules contenues dans les alvéoles sont gorgées de granulations.

La tumeur a donc continué à vivre de sa vie propre dans les tissus de ce lapin, nourrie par les vaisseaux de la membrane kystique qui l'entourait, et son centre est devenu le processus actif de dégénérescence.

La tumeur inoculée ne contenait en aucun point de sa masse des particules solides ou dures ; nulle part on n'y trouvait de ces noyaux caséiformes que l'on rencontre si souvent dans les cancers. Au reste, nous avons eu soin de dire que le fragment inoculé a été pris à la périphérie de la tumeur.

Expérience IIe. — *Sarcome du testicule.*

(Salle Saint-Louis, n° 45, Hôtel-Dieu de Lyon.)

3 décembre 1869. — Sur un lapin alezan clair on fait une incision de 0m,02 de longueur : loge creusée, on introduit un petit fragment de la tumeur sarcomateuse ; suture métallique ; pansement au collodion.

27 décembre. — La cicatrisation est complète. Au-dessus de la cicatrice, on sent un magma mal limité ; les poils ont repoussé. Le lapin se porte bien. (Rien de particulier à noter depuis le jour de l'inoculation.)

24 février 1870. — Au lieu de l'inoculation, on trouve une tumeur globuleuse, arrondie, mobile sous la peau et sur les parties subjacentes. Peu à peu la tumeur s'est résorbée, et l'animal est revenu à un état de santé parfait.

(A suivre.)

(1) Suite. — Voir le dernier numéro.

(2) *De l'inoculation cancéreuse* (Expériences nouvelles), par le docteur Hyvertl. 1 vol. in-8°. Prix : 2 francs. — Paris, Adrien Delahaye, 1872.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 29 avril 1873. — Présidence de M. Depaul.

CORRESPONDANCE OFFICIELLE

Le ministre du commerce transmet : 1° les comptes rendus des maladies épidémiques qui ont régné dans les départements des Ardennes et de la Savoie pendant l'année 1872, et un compte rendu d'une épidémie de fièvre typhoïde qui la régné à Beauvais dans la même année (commission des épidémies); — 2° Une demande d'analyse d'une source minérale située à Bagnères-de-Luchon (commission des eaux minérales); — 3° Un exemplaire du compte rendu des travaux des conseils d'hygiène et de salubrité du département de la Charente-Inférieure.

CORRESPONDANCE MANUSCRITE

La correspondance manuscrite comprend une lettre de M. le docteur Prescott Hewet, qui remercie l'Académie de l'honneur qu'elle lui a fait en le nommant correspondant étranger.

M. LARREY présente : 1° de la part de M. Decaisne, un mémoire sur l'insalubrité des eaux qui alimentent Versailles. En voici les conclusions :

1° L'infection de la Seine par les grands égouts collecteurs constitue pour les eaux d'alimentation de la ville de Versailles un danger sérieux et permanent qu'il est du devoir de l'administration de conjurer au plus vite ;

2° Quoique exceptionnelles, les causes d'insalubrité des eaux d'étangs fournissant de l'eau à Versailles pouvant se renouveler et causer les plus grands préjudices à la santé publique, l'administration doit se hâter de pourvoir à leur purification par tous les moyens indiqués par la science ;

3° Tout en tenant compte des exagérations qui se produisent ordinairement dans ces occasions, et reconnaissant les difficultés que présente la détermination précise des causes des endémies produites par les eaux publiques, faisant d'ailleurs la part des coïncidences nombreuses qui empêchent si souvent de formuler un jugement certain sur un pareil sujet ;

Enfin, tout en admettant que dans le cours de l'épidémie de diarrhée qui sévit à Versailles, le chiffre des décès n'offre rien d'inquiétant ;

Nous pensons qu'il est impossible de nier l'influence des eaux insalubres sur la santé publique dans la ville de Versailles pendant les premiers mois de 1873.

2° De la part de M. le docteur Noizet, médecin-major au 17e régiment d'artillerie, une brochure intitulée : *Traitement des fractures du membre inférieur par les appareils.*

M. LE PRÉSIDENT annonce à l'Académie la mort de M. Liebig, l'un de ses associés étrangers.

LECTURE

Médication thermo-résineuse. — M. CHEVANDIER donne lecture d'un mémoire ayant pour titre : *Des indications et des contre-indications des bains de vapeur térébenthinés à haute température.*

Ce travail est renvoyé à l'examen d'une commission composée de MM. Devergie, Delpech et Hardy.

RAPPORTS

Prix Godard. — M. DELPECH, au nom de la commission du prix Godard, donne lecture du rapport sur les ouvrages envoyés au concours pour ce prix.

Les conclusions du rapport sont réservées pour être lues et discutées en comité secret.

— L'ordre du jour appelle la suite de la discussion sur la septicémie.

La parole est à M. Davaine.

Suite de la discussion sur la septicémie.

M. DAVAINE. Deux graves reproches m'ont été adressés, l'un relatif à la température que présentent les animaux inoculés, l'autre relatif aux lésions anatomiques de la septicémie.

Je ferai remarquer tout d'abord que je n'ai fait à l'Académie aucune communication sur ces deux sujets. J'ai simplement répondu à des questions qui m'ont été adressées, et je n'ai pu donner à ces questions le développement qu'elles méritent.

A propos de la température, j'ai fait, en 1869 et 1871, sur cette question, des recherches qui m'ont appris, conformément aux résultats obtenus par MM. Coze et Feltz et à ceux de M. Béhier, qu'il se produit d'abord une augmentation de la température, puis, ordinairement, une diminution parfois très-grande. Mais cet abaissement n'est pas constant. J'ai vu des lapins mourir avec la température normale et même avec une température supérieure à la normale.

Relativement au second reproche, je dois à l'Académie de prouver que je n'ai point affirmé l'absence des lésions anatomiques de la septicémie sans y avoir regardé.

Aux questions qui m'ont été faites à cet égard par M. Verneuil, j'ai répondu qu'il n'y avait pas de lésions dans la septicémie à marche rapide, c'est-à-dire de lésions constantes et auxquelles on peut attribuer la mort. Cette réponse, je la fais encore.

Les expériences de M. Béhier ne prouvent rien contre cette thèse, car généralement les inoculations n'ont pas été faites à doses infinitésimales ou très-petites. Quant à celles de M. Vulpian, elles sont confirmatives des miennes.

C'est ce que M. Davaine se propose de montrer en examinant la série des expériences relatives à ce point.

De cet examen il résulte qu'une seule lésion anatomique constante a existé, c'est une infiltration purulente au niveau du point inoculé.

Examinant ensuite en quoi consiste quelquefois cette seule lésion constante, M. Davaine se livrant sur ce point à une discussion minutieuse des faits, résume cette discussion en ces termes :

Je suis bien loin de nier que l'introduction dans l'économie de matières putréfiées par une piqûre ne détermine souvent des lésions organiques graves et principalement des suppurations. J'ai vu souvent des abcès au point inoculé et des suppurations des séreuses.

Je connais les travaux tout à fait péremptoires sur ce sujet de M. Chauveau. Mais l'infection purulente consécutive à l'introduction dans l'économie de matières septiques, est un autre effet de ces matières putrides, un effet distinct de la septicémie. Celle-ci peut exister indépendamment de la pyohémie ; elle a pour nature la putréfaction, pour cause les bactéries, pour caractère la virulence.

M. Davaine aborde une autre question : celle de la nature de la septicémie.

Suivant M. Vulpian, la septicémie expérimentale du lapin, comme il la désigne, paraît être une sorte d'affection parasitaire interne, un genre tout spécial d'altération, qu'il propose de nommer *bactériémie*.

La condition que nous réalisons dans nos expériences et qui donne au lapin l'altération du sang désignée sous le nom de septicémie, n'est point une création de ces expériences. Nous ne créons rien ; nous faisons naître à volonté, pour les étudier, des conditions que la nature réalise parfois ; et l'étude de cette septicémie expérimentale n'est pas autre chose que l'étude d'une condition naturelle que nous reproduisons afin d'avoir l'occasion de l'observer suivant les besoins de nos recherches.

La nature de la septicémie est une question qui a été nettement posée dans l'une de mes communications, et j'ai apporté des raisons qui prouvent, à ce qu'il me semble, que cette septicémie n'est pas autre chose que la putréfaction même développée dans l'économie vivante d'un animal.

La question de savoir si la putréfaction peut s'emparer d'un animal pendant la vie, aussi bien qu'après la mort, est d'une grande importance pour la pathologie.

Ici M. Davaine rappelle les arguments qui, suivant lui, établissent ce fait, afin de montrer que la septicémie expérimentale est un cas particulier d'un phénomène naturel et universel.

Comparant les propriétés et les conditions du sang putréfié à l'air libre et celles du sang d'un animal mort de septicémie, M. Davaine montre que dans les deux cas les phénomènes morbides sont semblables quant à leur manifestation et à leur durée. Dans les deux cas le sang de l'animal qui succombe acquiert des propriétés virulentes identiques.

Le sang putréfié à l'air libre et le sang septicémique perdent également de leurs propriétés virulentes par une longue conservation.

Les deux sangs offrent des bactéries d'abord immobiles, puis mobiles, et enfin des vibrions plus ou moins actifs, dans le même ordre dans les deux cas.

Deux différences notables existent, l'une relative aux doses toxiques pour les animaux, l'autre relative à l'odeur de l'un et l'autre liquide.

Examinant l'importance de ces deux différences, M. Davaine montre que la première disparaît lorsque le phénomène s'accomplit à la même température et dans le même temps.

Il ne reste que la différence d'odeur qui peut s'expliquer par l'élimination des principes odorants de la putréfaction pendant la vie. D'ailleurs l'odeur putride n'est pas une condition essentielle de virulence dans les matières putréfiées.

D'après tous ces faits nous voyons qu'il n'y a pas de différence essentielle entre le sang putréfié qui tue un animal et le sang même de cet animal atteint de septicémie.

M. Davaine rapporte un nouveau fait qui prouve encore l'identité des propriétés virulentes de ces deux liquides et relate des expériences destinées à prouver que l'ébullition ne détruit ni le ferment de la putréfaction, ni le virus de la septicémie, lesquels offrent sous ce rapport une nouvelle analogie.

D'après tous les faits qui nous montrent une identité de propriétés et une identité d'action dans des conditions données, ainsi que l'identité des êtres microscopiques que l'on constate dans les deux cas, nous devons, ajoute M. Davaine, conclure à l'identité de nature. Le sang devenu virulent à l'air libre, le sang devenu virulent dans les vaisseaux d'un animal vivant, ont évidemment subi une modification semblable, identique : d'une part comme de l'autre c'est une putréfaction.

La septicémie expérimentale n'est donc pas un genre tout spécial d'altération du lapin et du cobaye. Si elle est un fait expérimental, elle n'est pas moins un fait naturel qui doit se reproduire naturellement toutes les fois que des matières putréfiées pénètrent en quantité suffisante dans l'économie animale.

Je ne crois pas qu'il y ait lieu de changer le nom de putréfaction lorsque nous voyons le phénomène qu'il exprime s'accomplir dans des conditions nouvelles pour nous. Il faut le garder pour marquer les rapports qui existent entre des phénomènes qui ne diffèrent que par le milieu dans lequel ils se produisent. Le nom de septicémie, qui signifie putréfaction du sang, indique ces rapports : il est le meilleur que nous puissions choisir.

M. Davaine, en venant ensuite aux expériences relatives à la fièvre typhoïde, constate que les résultats obtenus par M. Vulpian sont entièrement contraires aux siens. Il a dû, en conséquence, rechercher quelles pouvaient être les causes de cette différence. Il a répété ses expériences, et il est arrivé aux mêmes résultats que dans ses premières, tous ses lapins inoculés avec du sang de fièvre typhoïde sont morts. Il ne peut donc accepter sans réserves les faits contraires aux siens, et il croit que de nouvelles recherches sont nécessaire pour résoudre cette question.

Il peut sembler singulier, ajoute-t-il, que l'on ait l'idée d'assimiler la fièvre typhoïde à la septicémie expérimentale. Il y a une grande différence, en effet, dans la durée de l'incubation dans les deux cas. Il l'avait lui-même indiquée; mais cette différence n'indique point, à ses yeux, une différence dans la nature du sang inoculé.

En résumé, parmi les nombreuses questions que mes travaux ont soulevées, dit M. Davaine en terminant, plusieurs ont été confirmées; une seule peut laisser prise à un doute bien motivé. Il espère que de nouvelles recherches viendront bientôt éclairer ce sujet.

M. VULPIAN répond en son nom et au nom de M. Béhier à quelques-uns des points de l'argumentation de M. Davaine relatifs à l'anatomie pathologique, où les faits qu'ils ont produits l'un et l'autre auraient été mal interprétés par M. Davaine ou faussés dans leurs conséquences. Puis, arrivant à la critique que M. Davaine a faite du mot de septicémie expérimentale, il s'exprime en ces termes :

M. Davaine a critiqué le mot de septicémie expérimentale, dont je me suis servi pour ne pas confondre les résultats des expériences avec ceux de l'observation clinique. J'ai voulu en me servant de cette expression, faire ressortir précisément ceci, c'est que la partie expérimentale de la question elle-même n'est pas encore assez avancée pour qu'on puisse en conclure par rapport à la pathologie. Ainsi les altérations du sang des sujets atteints de fièvre typhoïde ne sont pas les mêmes que celles des animaux morts de septicémie provoquée. Je ne connais encore chez l'homme rien de semblable aux altérations de la septicémie telles que les expériences sur les animaux nous les ont montrées. Il y a donc lieu provisoirement de continuer à étudier la question au point de vue expérimental, en réservant les applications à la pathologie humaine.

M. BOULEY a été chargé par M. Chauveau de présenter à l'Académie les résultats d'expériences très-importantes qu'il vient de faire et qui ont trait à la question de la septicémie. L'heure avancée et les exigences du comité secret l'obligeront à remettre les développements que réclamerait cette présentation à la séance prochaine. Il désire cependant en faire connaître dès à présent la substance.

On connaît l'opération du bistournage, cette invention d'un pâtre de génie, précurseur de M. J. Guérin, car le bistournage a été la première opération sous-cutanée.

On sait que cette opération a pour résultat voulu la dégénérescence graisseuse du testicule, la nécrobiose, pour parler un langage qui n'a pourtant pas mes sympathies, résultat qui se produit sans aucune complication, sans fièvre, sans gangrène. Mais si préalablement à cette opération on a injecté dans les veines de l'animal une substance septique, les résultats de cette opération ne sont plus les mêmes, le cordon testiculaire devient le siége d'un traumatisme sous-cutané qui se termine par la gangrène du testicule. Tels sont, en substance, les résultats des expériences récentes de M. Chauveau.

A quatre heures et demie l'Académie se forme en comité secret pour la lecture et la discussion des conclusions du rapport de M. Delpech.

VARIÉTÉS

L'Année scientifique et industrielle

Par Louis FIGUIER (16e année), 1872 (1).

Pour la seizième fois, M. Louis Figuier nous résume le mouvement scientifique de l'année qui vient de s'écouler. Comme toujours, notre savant confrère groupe tous les documents qui méritent d'être conservés sous un certain nombre de titres.

Voici d'abord l'Astronomie, avec l'éclipse totale de soleil du 12 décembre 1871, la comète d'Enke, les étoiles filantes des 11 août, 11 et 28 novembre dernier, les éruptions solaires de juillet 1872, etc.

Après elle, la physique est représentée par le Congrès international réuni à Paris pour l'adoption du mètre et du kilogramme comme unités universelles de mesure et de poids; diverses études sur l'électricité, la double réfraction, la foudre et l'influence préservatrice de la neige sur les récoltes de la terre.

La mécanique, la météorologie et la chimie tiennent honorablement leur place dans ce recueil. Mais voici l'histoire naturelle qui nous rappelle un des plus grands événements de l'année : la découverte de l'homme primitif, de l'âge du grand ours et du mammouth. Cette magnifique découverte est due à un de nos excellents confrères, M. Rivière, et grâce à lui, à ses efforts, on peut aller au Muséum étudier sur place ce vétéran de l'humanité trouvé près de Menton. Dans le département de la Dordogne, on a découvert un squelette humain de l'époque de la pierre polie. Oiseaux fossiles, poissons fossiles, éruption du Vésuve du 1872, pétrole dans les Pyrénées, génération spontanée, exploration des fonds de la mer. Tels sont les chapitres principaux de cette section.

Les voyages scientifiques ne sont pas négligés par M. Figuier, et nous leur devons toujours des connaissances nouvelles. L'hygiène publique, la médecine et physiologie, nous remettent en mémoire des travaux qui nous sont plus familiers. L'agriculture et les arts industriels terminent ce volume avec la nécrologie scientifique, où

(1) In-18 jésus. Prix : 3 fr. 50. — L. Hachette et Ce.

nous relevons tant de noms des nôtres (Laugier, Pouchet, Michel Lévy, Denonvilliers, Louis, Voisin, Horteloup, Vigla, Daremberg, Richard, René, Guyot, Companyo, Guccinotti).

En résumé, *l'Année scientifique* est digne de ses aînées.

THÈSES

SOUTENUES A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

PENDANT L'ANNÉE 1873.

63. De Belina. De la transfusion du sang défibriné.
64. Eury. Des ruptures transversales de la portion vaginale du col de l'utérus pendant l'accouchement.
65. Tranchant. De la paralysie traumatique du nerf radial.
66. Millot. Du traitement des kystes de l'ovaire par le drainage.
67. Warnet. Des abcès mastoïdiens et de leur traitement.
68. Bruant. Considérations sur quelques cas d'ostéo-périostite à la suite d'infection purulente et de fièvres graves.
69. Nadaud. Étude sur les gangrènes dans les blessures par armes à feu.
70. Cormier. Étude sur le traitement de l'hydarthrose.
71. Métras. Rapports pathologiques de l'œil et des dents par action réflexe.
72. Puel. Sarcocèle syphilitique.
73. Festy. De la paracentèse abdominale, ses complications et les moyens d'y remédier,
74. Brocard. Essai sur le diagnostic différentiel des tumeurs inflammatoires rétro-utérines.
75. Peyraga. Considérations sur les écoulements muqueux et purulents qui se font par le nez.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Par arrêté du préfet de police :

M. le docteur Paul Labarthe est nommé médecin adjoint du dispensaire de salubrité, en remplacement de M. le docteur Châtillon.

— M. Chambon tient à la disposition de MM. les médecins du vaccin de génisse les mardi et mercredi, de une heure à quatre heures, rue Chaptal, 20.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Étude sur les fistules de l'espace pelvi-rectal supérieur ou fistules pelvi-rectales supérieures, par le docteur S. Pozzi, aide d'anatomie à la Faculté, etc. — In-8°. Prix : 2 fr. 50. — — G. Masson.

De l'arthrite du genou et de l'épanchement articulaire consécutifs aux fractures du fémur, par le docteur P. Berger, aide d'anatomie à la Faculté, etc. — In-8°. Prix : 3 francs. — G. Masson.

Traité élémentaire d'histologie, contenant l'histologie des éléments anatomiques, des tissus et des organes en particulier, d'après les travaux les plus récents, publiés en France et à l'étranger, par le docteur Fort, ancien interne des hôpitaux, professeur libre d'anatomie à l'École pratique. 1 beau vol. in-8° avec 522 fig. dans le texte. 2e édition entièrement refondue.—Prix : 14 francs *franco*.

Des diarrhées chroniques et de leur traitement par les eaux de Plombières, par le docteur Bottentuit, ancien interne des hôpitaux de Paris, chevalier de la Légion d'honneur, etc. — Prix : 2 francs. — Paris, Delahaye.

Traitement des maladies des voies urinaires par les eaux de Vichy; régime à suivre dans ces maladies, par le docteur Champagnat, médecin consultant à Vichy. — 1 vol. in-18. Prix : 2 francs. — Paris, Adrien Delahaye.

Le Directeur : Dr E. Le Sourd.

Paris. — Typographie A. Pougin, quai Voltaire, 13.

N° 51. — SAMEDI 3 MAI 1873. 46e ANNÉE. SAMEDI 3 MAI 1873. — N° 51.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

Lancette française

Bureaux : 57, rue des Saints-Pères, 57
PRÈS L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX
CIVILS ET MILITAIRES

Le prix d'abonnement doit être envoyé en mandats-poste ou en tr... Paris. — L'abonnement part du 1er de chaq...

On s'abonne hors de Paris dans les bureaux des Messageries et chez les Libraires. Les lettres non affranchies sont refusées.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du ... octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 francs pour enc...gements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui n'en peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS	
Trois mois.	8 fr. 50 c.
Six mois.	16 —
Un an.	30 —

POUR L'ÉTRANGER le port en sus suivant les derniers tarifs des Postes.

REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE

Laboratoire clinique de l'Hôtel-Dieu.

Le laboratoire clinique de l'Hôtel-Dieu est en plein exercice. Le local que l'administration a mis à la disposition de la science consiste en une petite construction légère, élevée à côté et au-dessus de l'amphithéâtre, en encorbellement, comme disent, je crois, les architectes, sur la façade nord du principal bâtiment de l'Hôtel-Dieu, où il fait assez bien, de l'extérieur, l'effet d'une pièce neuve cousue sur un vieux burnous. Mais pour n'être ni beau à l'extérieur, ni luxueux au dedans, ce local est très-suffisant pour sa destination. Il est parfaitement éclairé, ce qui est la condition essentielle pour les observations microscopiques, et peut contenir à la fois une cinquantaine d'élèves environ. Les travaux réguliers du laboratoire, c'est-à-dire démonstrations et conférences spéciales, ont été inaugurés mercredi dernier en présence et sous la direction de M. le professeur Béhier. M. Hardy, attaché au laboratoire en qualité de chimiste, a fait sur l'urine d'un diabétique l'essai successif des divers réactifs et procédés d'analyse, faisant à mesure l'histoire de chacun d'eux. Puis M. Liouville a exposé, sur le tableau d'abord, puis sur les pièces vues à l'œil nu, et enfin, au moyen du microscope, diverses lésions rénales et en particulier une dégénérescence amyloïde du rein d'un sujet mort de phthisie. Mercredi prochain — les conférences du laboratoire auront lieu désormais tous les mercredis, de dix à onze heures — M. Liouville exposera l'état du sang et les lésions spéciales de la peau dans l'érysipèle. Ce sera le complément de la très-belle leçon que M. Béhier vient de faire ce matin même sur plusieurs malades qui ont été ou sont encore atteints d'érysipèle épidémique dans son service.

La trophonévrose faciale.

Quel que soit notre éloignement pour les néologismes, il faut bien que nous nous prêtions, bon gré mal gré, à accepter les mots nouveaux destinés à exprimer des idées nouvelles. Du jour où, après avoir reconnu qu'un grand nombre de lésions, pour ne pas dire toutes les lésions de nutrition, étaient sous la dépendance immédiate du système nerveux, on s'est engagé dans l'étude de cet ordre de lésions, il a bien fallu leur donner un nom qui rappelât de près ou de loin le fait physiologico pathologique que l'on voulait exprimer. De là le mot de trophonévrose venu d'outre-Rhin, dont nous n'avons pas besoin d'ailleurs de rappeler l'étymologie et qui a définitivement pris domicile parmi nous.

Nous avons signalé dans ces derniers temps, notamment à l'occasion de l'analyse que nous avons faite des travaux de M. Hybord sur le zona ophthalmique, et de M. Coliez sur le sclérème, quelques-uns des résultats principaux qu'a donnés jusqu'ici l'étude de quelques lésions trophiques dans leurs rapports avec les lésions nerveuses dont elles procèdent. Voici, sur un point spécial de l'histoire des trophonévroses faciales, un nouveau travail très-remarquable dû à M. le docteur Henry Frémy, le fils d'un de nos plus distingués et honorables praticiens, M. Frémy, médecin de l'Hôtel-Dieu (1).

Ayant eu l'occasion d'observer dans les divers services auxquels il a été attaché comme interne, plusieurs cas d'atrophie partielle de la face, M. H. Frémy a cédé au désir de se fixer sur ce point de physiologie pathologique, savoir : si ces atrophies partielles sont bien une affection nerveuse, comme on l'avait toujours présumé et comme l'ont soutenu, surtout dans ces derniers temps, à l'aide d'observations et d'expériences précises, MM. Vulpian et Charcot avec Samuel, le promoteur des idées sur les nerfs trophiques et plusieurs physiologistes ou anatomo-pathologistes allemands ; ou bien, si, comme le voudrait l'auteur d'un travail très-important sur ce sujet, M. le docteur Lande, elles ne consisteraient qu'en une atrophie idiopathique, essentielle, du tissu lamineux.

Telle a été l'origine des recherches cliniques et de l'étude critique auxquelles s'est livré M. Frémy. Ne pouvant le suivre dans les longs développements de ce travail, dans lequel il a fait entrer l'analyse de tous les faits de trophonévrose qu'il a pu recueillir dans les auteurs ou observer lui-même, nous devrons nous borner à exposer ici sommairement les résultats principaux de ses recherches.

En parcourant toutes les observations d'atrophie partielle de la face, on voit qu'il y a des troubles de nutrition du côté de la peau, du tissu cellulaire, des muscles, des os. D'un autre côté,

(1) *Étude critique de la trophonévrose faciale (physiologie pathologique)* par le docteur Henry Frémy. — Brochure in-8°. Paris, 1873, chez Adrien Delahaye.

si on passe en revue certaines lésions du système nerveux, on voit également des troubles de nutrition de la peau, des muscles et des os. Ce rapprochement était déjà une forte présomption en faveur de l'opinion qui place cette affection sous la dépendance du système nerveux altéré.

M. Frémy, après avoir établi par l'analyse des faits la nature trophique de ces lésions unilatérales de la face, a étudié ensuite la part que les troubles nerveux viennent ajouter à l'hypothèse d'une trophonévrose.

Dans neuf des observations analysées, on voit que les troubles nerveux locaux sont caractérisés : les uns par des troubles de la sensibilité, douleur ; les autres par des troubles de la motilité, contractions fibrillaires ; d'autres enfin par ces deux sortes de troubles réunis.

Douze observations montrent, en outre, que les troubles nerveux locaux s'accompagnent de troubles nerveux généraux. Dans tous les cas où il y a un trouble nerveux quelconque, on a observé pour les uns des sensations diverses, prurit, constriction du côté atrophié ; pour les autres, de l'hyperesthésie aux chocs, aux changements de température, aux courants électriques ; chez un certain nombre de malades des antécédents de migraines, d'excitabilité, etc.

Cette affection s'est développée quelquefois à la suite d'accidents où il est impossible de ne pas admettre des lésions du système nerveux, le plus souvent spontanément, et alors elle a marché très-lentement, sans accidents fébriles, sans retentissement général, en un mot, conformément à la marche des névroses.

Elle s'est manifestée extérieurement, sensiblement, par l'atrophie, quelquefois même par l'hypertrophie de toutes les parties de la face au niveau du point lésé. Dans certains cas, à cette atrophie se sont ajoutées ces modifications de la peau, ces troubles de nutrition de l'épiderme, des poils, etc., qui se rencontrent si souvent dans les diverses trophonévroses.

Tels sont les caractères généraux qui lui ont fait assigner sa place dans la classe des trophonévroses.

Cette affection siége invariablement sur l'aire d'une ou de plusieurs branches du trijumeau. Ce siége explique pourquoi, dans un certain nombre de cas, la langue, le voile du palais sont intéressés en même temps que la face.

La modification qu'ont subie les branches du trijumeau, dans ces cas, ne sont ni celles de la névralgie, ni celles de la névrite, bien que les unes et les autres puissent amener aussi à la longue des lésions trophiques semblables ou analogues à celles dont il s'agit ici.

Sur la question de savoir s'il y a lieu d'admettre l'existence de nerfs trophiques spéciaux annexés aux branches du trijumeau, ou de s'en tenir à la théorie proposée par M. Charcot, qui consiste à attribuer les propriétés trophiques aux nerfs sensitifs aussi bien qu'aux nerfs moteurs, en se fondant sur ce fait que les excitations produites sur un point quelconque d'une fibre nerveuse sensitive ou motrice, se propagent aussitôt et simultanément dans le sens centripète et dans le sens centrifuge, sans qu'il soit nécessaire, pour expliquer les faits, d'avoir recours à l'existence de nerfs que personne n'a vus encore, M. H. Frémy se prononce pour la théorie de M. Charcot.

Corps étranger du conduit auditif externe (deux cas d'extraction d'un haricot sec introduit dans l'oreille).

Un enfant de six ans se présenta avec sa mère à l'hôpital Cochin, le 14 avril. La mère savait que son enfant s'était introduit dans l'oreille gauche un haricot dit haricot nain. L'interne de service [illegible]essaya pas d'extraire le haricot et renvoya au lendemain po[illegible] soumettre le malade au chef du service de chirurgie, M. Després.

Le 15 a[illegible] la consultation, M. Després examina l'enfant, et ayant découv[illegible] fond du conduit auditif, il aperçut l'extrémité blanche du ha[illegible]ans le fond du conduit. Ce corps étranger était dans l'orei[illegible]is vingt heures.

L'enfant fut enro[illegible]ns une alèze, qui laissait libre seulement la tête ; il fut [illegible]uite couché sur une table devant une fenêtre. Un crochet fin — la pince articulée de la trousse Charrière introduit dans le conduit, piqua l'extrémité visible du haricot, qui fut ensuite amené au dehors, non sans une faible résistance. L'opération ne dura pas plus de quelques secondes et elle n'arracha aucun cri à l'enfant. Le haricot extrait avait à peine 0m,008 dans son plus long diamètre.

Des injections d'eau tiède furent prescrites ; pendant trois jours elles ont dû être appliquées.

C'est la seconde fois dans la même année que M. Després a l'occasion d'extraire un haricot de l'oreille. Au mois de juillet 1872 il fut appelé par le docteur Dechambre pour voir un enfant qui s'était introduit un corps étranger dans l'oreille. C'était un haricot d'un volume un peu supérieur à celui du haricot précédent. L'enfant avait onze ans, et il y avait six heures que le corps étranger était introduit dans l'oreille.

M. Després employa d'abord les injections recommandées à juste titre pour l'extraction des corps étrangers ; dès la première injection, il se convainquit que le corps, dont on apercevait un peu l'extrémité, ne bougeait point. C'est alors qu'il eut recours au crochet.

L'enfant étant assis sur une chaise, et le chirurgien étant bien éclairé (car c'était la nuit que l'opération fut faite), introduisit le crochet dans le conduit auditif, piqua l'extrémité à peine visible du haricot et l'amena au dehors immédiatement.

Voilà deux faits, qu'on n'observe pas tous les jours et qui portent leur enseignement : voici ce que pense à cet égard M. Després :

Il ne faut point compter sur les injections pour chasser de l'oreille les haricots, car ceux-ci se gonflent par l'humidité. On en voyait la preuve sur le haricot du second enfant ; cette graine était frisée et un peu ramollie. Les pinces et les curettes ne réussiraient pas davantage, et surtout elles seraient plus douloureuses, et la pince serait d'une application difficile. Au contraire, le crochet ne touchant qu'au corps étranger, le pénétrant assez facilement, l'amène au dehors grâce à la résistance du péricarpe du haricot. Dira-t-on qu'un crochet ne se trouve pas toujours sous la main ? Il ne faudrait pas le penser, car tous les médecins ont dans leur trousse une pince à artère, et il y a partout des épingles. Une épingle recourbée en crochet près de sa pointe, montée sur la pince à artère comme une épingle à suture, fera l'office d'un excellent crochet.

DE L'INOCULATION DU CANCER CHEZ LE LAPIN (1)

Par M. le docteur Hyvertl.

Expérience IIIe. — *Sarcome médullaire (hématode) siégeant à la région brachiale antérieure droite d'un homme.*

(Salle Saint-Louis, nº 15, Hôtel-Dieu de Lyon.)

4 mars 1870. — Inoculation faite à un lapin jaune. — On fait

(1) Fin. — Voir les numéros des 29 avril et 1er mai 1873.

une incision de $0^m,015$ de longueur à la région dorsale, loge creusée; — introduction d'un fragment de la tumeur, gros comme une aveline; — suture avec des fils métalliques; — pansement au collodion.

10 mars. — L'animal ne présente rien de particulier.

25 mars. — On trouve, au lieu de l'inoculation, une tumeur mobile, de consistance molle et un peu fluctuante. Son volume est à peu près celui du fragment inoculé.

5 avril. — La tumeur persiste; elle a sensiblement diminué de volume. — Cicatrisation complète depuis quelques jours.

16 avril. La tumeur diminue de jour en jour; elle est cependant toujours un peu fluctuante, de consistance molle, et mobile sous la peau.

25 avril. — La tumeur disparaît.

30 avril. — Guérison complète. — On ne retrouve plus rien au niveau de l'inoculation.

Dans notre première expérience, après avoir déterminé, comme dans les deux autres, des phénomènes inflammatoires, la tumeur est restée sous la peau; elle a continué longtemps à être perceptible, et, lorsqu'elle a été extirpée, vers le milieu du cinquième mois, son volume diminuait avec une assez grande rapidité.

M. Daniel Mollière a constaté, par l'examen microscopique, que la membrane kystique qui enveloppait la tumeur était très-riche en vaisseaux. Il était cependant impossible d'en retrouver dans l'intérieur du tissu étranger.

Ce dernier avait conservé son ancien aspect : on y reconnaissait à merveille les éléments du cancer, les grandes cellules, les alvéoles caractéristiques; mais, à mesure que l'on se rapprochait du centre, les cellules étaient de plus en plus riches en granulations; et, au centre même, on pouvait observer une masse crétacée.

La tumeur a donc continué à vivre dans cet organisme étranger. Le lapin a donc nourri en lui, et pendant cinq mois, une tumeur carcinomateuse, qui a pu subir des transformations régressives à la vérité, mais vitale. La vie cellulaire a donc bien certainement existé dans cette greffe cancéreuse; c'est donc à l'état de cancer vivant qu'elle a été, petit à petit et partiellement, absorbée par l'animal, et cependant il n'a pas paru s'en apercevoir. — Il n'y a pas eu d'infection, pas eu de généralisation, comme l'autopsie pratiquée plus tard en a donné la preuve.

Ainsi donc, quand la greffe cancéreuse prend, qu'elle soit plus ou moins rapidement résorbée, qu'elle séjourne plus ou moins longtemps dans les tissus, elle ne produit pas d'infection. (Exp. I, II, III.)

Le cancer de l'homme, quelle qu'en soit la forme, n'est donc pas transmissible au lapin par voie de greffe.

Ajoutons cependant que, si elles ne produisent pas d'infection cancéreuse, ces greffes de tumeurs peuvent donner lieu à d'autres accidents que nous n'avons pas l'intention d'examiner dans cette note, et que l'on retrouvera relatés dans notre travail sur l'inoculation cancéreuse.

DE L'ARTHRITE DU GENOU

ET DE L'ÉPANCHEMENT ARTICULAIRE CONSÉCUTIFS AUX FRACTURES DU FÉMUR (1)

Par M. le docteur Paul BERGER, ancien interne (lauréat médaille d'or) des hôpitaux de Paris.

Conclusions. — I. Toute fracture de la diaphyse du fémur, du trochanter ou du col hors de la capsule s'accompagne, si elle est complète, d'un épanchement dans l'articulation du genou. — II. Cet épanchement apparaît d'autant plus tôt et en plus grande abondance que la fracture est située plus près du genou, que les lésions traumatiques sont plus étendues et plus intenses et surtout que le sujet est plus jeune.—III. L'épanchement disparaît, en général, plus tôt chez les adolescents que chez les adultes ou les vieillards. Chez les premiers, il laisse une trop grande laxité de l'articulation; chez les seconds et les troisièmes, il contribue à produire la roideur articulaire consécutive en laissant à la suite des lésions analogues à celles qu'entraînent les arthrites subaiguës et chroniques. — IV. Au point de vue de l'épanchement et des altérations dont il peut l'accompagner, il faut préférer les appareils à demi-flexion et tractions continues (Hennequin), le double plan incliné et la gouttière au bandage de Scultet et aux appareils inamovibles. — V. Cet épanchement résulte, indépendamment peut-être d'un certain degré de gène de la circulation en retour dans la synoviale, gêne causée par la rupture des vaisseaux du périoste, de l'os et de la moelle; indépendamment aussi d'une arthrite dont l'existence est démontrée par les suites qu'elle laisse, « cet épanchement résulte avant tout de *la transsudation à travers le cul-de-sac de la synoviale d'une partie du sérum provenant du sang à moitié coagulé qui constitue l'infiltration sanguine gélatiniforme autour de la fracture.* » (Gosselin.)

(1) In-8°. Prix : 3 fr.

DU BUBON D'EMBLÉE

CONSIDÉRÉ COMME ACCIDENT PRIMITIF DE LA SYPHILIS

Par M. E. BOURGUET (d'Aix).

Conclusions. — L'existence du bubon d'emblée est incontestable. Son origine ne peut pas être expliquée, dans la très-grande majorité des cas, par la diathèse strumeuse ou la simple excitation qui accompagne le coït. — Cet accident doit être considéré comme faisant partie de l'ensemble des symptômes transmissibles par les rapports sexuels, au même titre que le chancre mou, la blennorrhagie, la balanite, les végétations. — Il est susceptible, dans quelques cas, de se reproduire dans son espèce, et peut aussi, dans d'autres circonstances, remonter par filiation à des accidents vénériens de nature différente. — Des faits scrupuleusement observés ne permettent pas de révoquer en doute qu'il ne puisse être suivi exceptionnellement d'accidents syphilitiques constitutionnels.

(*Gaz. hebd.*)

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 2 avril 1873 (1). — Présidence de M. PERRIN.

L'ordre du jour appelle la continuation de la discussion sur la cataracte.

DISCUSSION

M. MAURICE PERRIN. Quiconque s'est mis au courant du mouvement scientifique, a dû reconnaître qu'il est peu de questions de chirurgie pratique plus riches d'actualité que celle qui est aujourd'hui à l'ordre du jour de nos travaux. Il se passe peu de mois sans qu'un procédé nouveau agrémenté d'une brillante statistique ne fasse son apparition.

Passer successivement en revue tous les produits de cette fièvre d'innovation serait long et peut-être sans grand intérêt pour la Société, puisque c'est chose bien connue. Je me propose seulement d'en bien définir le principe, d'en marquer le caractère.

Jusqu'en 1860, la méthode de Daviel comme méthode générale fut universellement adoptée. Ainsi qu'on le sait, cette méthode a pour objet une grande incision de la cornée, dont la base centrale est très-rapprochée du méridien de la cornée.

(1) Fin. — Voir le numéro du 26 avril 1873.

A cette époque, qui marque le début de la période révolutionnaire, Waldeau (Schuft) s'engagea dans une voie tout opposée en appliquant aux cataractes séniles le procédé à petite incision périphérique, avec ou sans iridectomie, pratiquée à l'aide du couteau lancéolaire et conseillé peu de temps auparavant par de Graefe pour les cataractes mixtes à noyau petit, enveloppé de couches corticales épaisses et molles.

Le couteau lancéolaire ancien mesurait à sa base $0^m,007$ environ. Il fallait donc faire passer à travers une ouverture bien inférieure à $0^m,007$ un corps dur, résistant, mesurant souvent $0^m,006$, $0^m,007$, $0^m,008$ et même $0^m,010$. C'était renouveler le projet de Palucci, qui, à la fin du siècle dernier, conseillait d'extraire la cataracte par morceaux à travers une ouverture de $0^m,002$. Pour atteindre son but, M. Waldeau eut recours à d'énormes curettes qui portent son nom; mais de sérieux accidents attribués à juste titre à l'emploi d'instruments volumineux, avaient promptement fait abandonner ce mode d'extraction; lorsque la même idée fut reprise par Critchett, qui, en améliorant l'appareil instrumental, lui gagna de nouveau la faveur du monde médical.

Les modifications de Critchett portèrent, d'une part, sur la forme des couteaux lancéolaires, qui devinrent moins longs et plus larges à la base, de façon à obtenir une incision un peu plus étendue, et d'autre part, sur la forme des curettes à traction, qu'il fit faire beaucoup moins volumineuses et disposées en coin à leur extrémité, de façon à être engagées plus facilement entre la membrane hyaloïde et le cristallin. Cette curette fut encore réduite dans son volume par Bowman.

Grâce à ces perfectionnements et plus encore à la faveur de l'habileté bien connue de Critchett et de Bowman, l'extraction linéaire produisit entre leurs mains des résultats supérieurs à la méthode de Daviel. Cela ne suffit pas pour la généraliser, la plupart des opérateurs reconnurent qu'il était souvent nécessaire d'agrandir avec les ciseaux l'incision obtenue avec le couteau lancéolaire; que l'opération était toujours laborieuse, qu'elle réclamait fréquemment plusieurs introductions de la curette, que les cataractes un peu volumineuses se fragmentaient ou se luxaient parfois sous l'effort de l'instrument; que le plus souvent les couches corticales étaient abandonnées dans le sac capsulaire, etc. On reconnut, en un mot, de nouveau que tout procédé qui, en raison de l'étroitesse de l'incision, nécessite l'emploi d'instruments d'avulsion, est défectueux. Il peut donner d'excellents résultats entre des mains exceptionnellement habiles et exercées, mais il ne saurait être d'une application générale. L'avantage spécial attribué au procédé de Critchett était de donner une plaie moins étendue que l'extraction ordinaire, de produire une coaptation plus facile des lèvres de la plaie, d'échapper au prolapsus de l'iris, à la suppuration du lambeau et à l'ophthalmitis, de nécessiter un traitement consécutif moins long, moins assujettissant, mais il occasionne une plus grande quantité d'iritis prématurées ou tardives, d'irido-cyclites et d'une façon plus générale des cataractes secondaires. Sur 118 malades opérés de la sorte, de Graefe eut 11 succès et 28 à 30 insuccès qui exigèrent des opérations consécutives, à la suite desquelles douze fois la vision ne devint pas suffisante pour l'orientation; ce qui représente un minimum d'insuccès de 20 pour 100.

J'ai pratiqué six fois l'opération de Critchett; les résultats obtenus ont été moins favorables que ceux que m'avait donnés la méthode de Daviel et dont il sera bientôt question. Les résultats des ophthalmologistes anglais exposés en 1866 au congrès ophthalmologique de Heibelberg eurent pour effet d'attirer plus que jamais l'attention sur les procédés d'extraction.

Peu de temps après, de Graefe fit connaître sa nouvelle méthode, qu'il désigna sous le nom d'*extraction linéaire modifiée*. Cette méthode eut un tel retentissement et conserve encore une telle notoriété, qu'il importe de nous y arrêter.

On peut la considérer dans ses traits principaux comme le contre-pied de la méthode de Daviel; dans celle-ci, la porte de sortie de la cataracte est centrale, l'incision dessine un lambeau à travers la cornée; dans l'autre, la porte de sortie est périphérique, et l'incision qui se rapproche de la forme linéaire passe par le limbe scléral.

La première préoccupation de de Graefe fut de substituer à l'incision à lambeau une incision inscrite, autant que possible, dans le plan d'un grand cercle de façon à avoir une ouverture de sortie *maxima*, avec une incision *minima* et une coaptation plus facile, plus exacte des lèvres de la plaie. Sur ce point, dont personne ne contestera l'importance, le but de l'opération fut atteint d'une façon suffisamment rigoureuse pour la pratique, car il ne s'agit pas ici de résoudre ces problèmes avec la rigueur mathématique.

L'incision de de Graefe, passant par le limbe scléral, et aboutissant à peu près (car l'auteur n'a jamais été bien explicite à cet égard) aux limites mêmes de la cornée, se rapproche suffisamment du plan d'un grand cercle pour que le lambeau qui en résulte soit réduit à de très-petites dimensions. La seconde préoccupation de de Graefe fut de substituer, comme Jacobson, une incision scléroticale à l'incision cornéenne de Daviel, dans le but d'avoir une plaie plus apte à se réunir immédiatement, moins exposée « aux rapides proliférations, etc. », et il attache une telle importance à cette innovation que, dans sa réponse à Steffan, il attribue à une incision passant par la cornée, contrairement à la règle qu'il pose, la plupart des insuccès obtenus par son procédé (*Annales d'oculistique*, 1867). J'ignore sur quelles observations le célèbre professeur de Berlin se fondait, pour admettre comme démontré que les plaies scléroticales sont moins graves, toutes conditions égales d'ailleurs, que les plaies de la cornée; mais jusqu'à ce que la preuve soit faite, je suis disposé à croire le contraire, et à soutenir que les blessures de la cornée qui se guérissent si vite, si bien, sans laisser de traces apparentes, exposent à moins d'accidents qu'une plaie de la sclérotique qui est le siége des cicatrisations longues, irrégulières, incomplètes, à forme cystoïde.

Toutefois, s'il reste encore des doutes sur ce point de doctrine, il ne sera contesté par personne que l'incision par la sclérotique, en raison de la vascularité plus grande de la conjonctive à ce niveau, de la proximité du canal de Schléem, donne beaucoup de sang; que ce sang, qui baigne les lèvres de la plaie, n'attend qu'un incident, tel que l'écartement des lèvres de la plaie, une petite perte du corps vitré, pour pénétrer par aspiration dans la chambre antérieure et gêner beaucoup le manuel opératoire.

Pour obtenir une incision linéaire limitée au limbe scléral, de Graefe fut conduit à substituer une incision périphérique à l'incision centrale, à transporter la porte de sortie de la cataracte loin de l'axe de la cornée. En effet, la base du lambeau de Daviel est située à $0^m,001$ au-dessus du méridien horizontal de la cornée, tandis que l'incision de de Graefe s'en éloigne de $0^m,003$ 1/2, en supposant à la cornée un diamètre de $0^m,010$. Est-ce là une innovation heureuse?

Les incisions périphériques doivent-elles être préférées aux incisions centrales? Je n'hésite pas à déclarer que non; elles ont pour conséquence de transformer une opération dans laquelle la cataracte tend spontanément à s'engager par l'action de la pression intra-oculaire en une autre, dans laquelle la lentille laissée en équilibre ne peut sortir qu'à l'aide de tractions, de manœuvres, de pressions destinées à provoquer un déplacement latéral en quelque sorte contre nature.

Je m'explique : le cristallin dont l'axe principal se confond à peu près avec l'axe de la cornée est soumis dans tous les sens à la pression extra-oculaire. Comme les effets de cette pression sont en raison directe de l'étendue des surfaces qui les supportent, il est clair que les conditions d'équilibre de cette lentille sont réglées par les pressions exercées sur chacune de ses faces, et infiniment peu par celles qui agissent sur son bord, lequel représente en quelque sorte une ligne mathématique.

La pression exercée sur la face postérieure du cristallin tend à le déplacer directement d'arrière en avant, à l'appliquer contre une partie de la face interne de la cornée égale à ses propres dimensions; c'est le résultat de cette dernière, l'humeur aqueuse étant écoulée, qui assure l'équilibre de cette lentille. Et, de même, se-

sont les défauts de résistance de cette membrane qui doivent entraîner son déplacement spontané. Plus la brèche se rapproche de l'axe de la cornée, plus la résistance est amoindrie, et par conséquent plus le déplacement du cristallin est assuré. Ce déplacement s'opérera par un mouvement de rotation sur l'un des axes, dont la direction est déterminée par la situation même de la brèche. Et, par opposition, plus cette dernière se rapproche du bord de la cornée, moins les effets seront simples et sensibles; au delà de cette limite et dans le plan de l'équateur de la lentille, ils doivent être relativement nuls. C'est à ce titre que l'incision de de Graefe doit laisser à peu près intactes les conditions d'équilibre de la cataracte, puisque les plus gros noyaux mesurent rarement $0^m,008$ et atteignent rarement, par conséquent, le niveau de la base du lambeau situé, ainsi que nous le savons, à $0^m,003$ 1/2 de l'axe de la cornée.

Théoriquement, le procédé de de Graefe doit être un procédé laborieux, difficile, périlleux, en raison de la route irrationnelle que doit suivre la cataracte; celle-ci restant à peu près en équilibre et n'étant mise en mouvement que par des pressions ou des tractions, doit être fréquemment abandonnée dans le sac capsulaire.

Les parties les moins coercitantes, ces prévisions de la théorie, se reflètent en quelque sorte à chaque page des écrits de de Graefe sur ce sujet. Les curettes font place à des crochets; ceux ci changent successivement de forme, on leur substitue des pelles, de larges curettes en caoutchouc durci; en un mot, tout un arsenal pour parvenir à vaincre la résistance du cristallin qui ne peut pas sortir sans doute, ou parvenir à triompher de toutes ces difficultés. Avec de l'habileté personnelle et surtout après un très-grand nombre d'opérations, on finit par obtenir de très-bons résultats. N'est-ce pas là l'enseignement qui ressort des différentes statistiques de l'auteur du procédé linéaire modifié?

La première dont il est fait mention dans son premier mémoire, donne 11 pour 100 d'insuccès, et la dernière 2 à 5 p 100 seulement, sans qu'il soit intervenu de perfectionnements qualifiés dans le manuel opératoire; mais après un chiffre de plusieurs milliers d'opérations, si l'incision de de Graefe est aussi mal placée que possible pour la sortie spontanée de la cataracte, elle expose fatalement à la procidence du corps vitré.

En effet, la brèche correspond précisément à la zonule de Zinn, dont le peu de consistance, l'iris étant excisé, ne saurait résister aux effets de la pression intra-oculaire; sur ce point encore, l'incision de de Graefe doit théoriquement aboutir fréquemment à une rupture de l'hyaloïde. C'est bien ce qui est arrivé entre les mains des opérateurs les plus habiles.

Primitivement, de Graefe l'évaluait à 1/8 des cas; Arlt à 1/7; Knapp à 1/4, etc.

Depuis lors il y a eu progrès, parce qu'elle finit toujours par triompher ou par éluder le péril; ce que je veux montrer en rappelant cette énorme proportion d'accidents, c'est que le péril existe en pratique comme en théorie.

Une méthode qui, sans supériorité bien démontrée, nécessite un tel apprentissage n'est pas viable; aussi ne tarde-t-elle pas à être abandonnée. Je ne connais guère actuellement que Knapp et peut-être Sueller qui lui soient restés fidèles; mais qu'on ne s'y méprenne pas, je ne fais allusion ici qu'à la seule innovation de de Graefe, importante à ses yeux, à savoir la substitution de l'incision scléroticale à l'incision cornéenne de Daviel, de l'incision périphérique à l'incision centrale; on est revenu à cette dernière de façons différentes et, ce que je ne puis admettre, on a continué à attribuer au procédé de de Graefe des modifications qui en sont la négation.

En voici la preuve :

Arlt adopte le procédé de de Graefe, mais il conseille de faire l'incision de façon que le sommet du petit lambeau coïncide avec celui de la cornée.

Critchett fait la ponction et la contre-ponction comme de Graefe, puis il tourne le couteau directement en avant, de façon que la plaie soit tout à fait *cornéenne*, contrairement au précepte fondamental du professeur de Berlin.

En Italie, Secondi se montre favorable au procédé de de Graefe, mais il recommande de faire passer l'incision aux limites de la cornée, c'est-à-dire de la rendre moins périphérique.

En France, deux élèves de de Graefe s'écartèrent assez des préceptes du maître pour qualifier de procédé nouveau leur manière de faire.

L'un adopte un lambeau *cornéen*, dont la base est placée à $0^m,002$ au-dessous du sommet de la cornée, et dont le sommet correspond à la limite de cette dernière.

L'autre substitue à l'incision sclérotique de de Graefe une section *cornéenne* à très-petite courbure, passant à $0^m,002$ environ au-dessus du bord inférieur de la cornée.

Il supprime aussi l'iridectomie.

Le même plan opératoire a été décrit par notre collègue M. Notta, dans sa dernière communication à la Société de chirurgie; seulement il choisit le segment supérieur de la cornée et pratique la ponction et la contre-ponction à la circonférence de la cornée, suivant une ligne située à $0^m,002$ ou $0^m,003$, insuffisante pour l'expulsion spontanée des cataractes à gros noyaux.

M. Warlomont, dans l'article CATARACTE, du *Dictionnaire encyclopédique*, avait déjà proposé la même chose, en prenant le soin toutefois de pratiquer la ponction et la contre-ponction dans la portion scléroticale à $0^m,001$ 1/2 de la cornée, de façon à obtenir une ouverture plus grande.

Tout récemment, M. Lebrun, de l'Institut ophthalmologique du Brabant, a aussi imaginé un procédé d'extraction qu'il appelle *l'extraction à petit lambeau médian*, et qui consiste à tailler un lambeau dont la base, intéressant toute la largeur de la cornée, est située à $0^m,001$ ou $0^m,002$ au-dessous du méridien horizontal, et dont le sommet correspond à l'union du tiers supérieur, avec les deux tiers inférieurs de cette membrane, c'est-à-dire à $0,^m003$ environ au-dessous de la tangente passant par le bord cornéen supérieur. Les résultats obtenus par MM. Warlomont et Critchett paraissent très-satisfaisants.

En ajoutant à l'énumération qui précède le procédé à lambeau cornéen de Taylor, de Wolf, d'Aberdeen, qui appuie sa manière de faire sur une proportion de 94 p. 100 de succès, on est loin d'avoir épuisé la série des modifications proposées ou appliquées dans ces derniers temps au procédé d'extraction.

Toutefois l'énumération qui précède suffit pour montrer quelle est la route ou plutôt le circuit parcouru à propos de la question qui nous occupe.

A la grande incision cornéenne de Daviel, on a voulu substituer des incisions relativement petites, périphériques, et enfin scléroticales.

De ces tentatives qui réclament, pour être menées à bonne fin, une grande habileté personnelle, et surtout beaucoup d'opérations, sont nés, comme cela devait être, de nombreux procédés dont le caractère général est de revenir à la kératotomie et aux incisions centrales, c'est-à-dire d'abandonner la voie nouvelle ouverte par de de Graefe pour perfectionner l'œuvre de Daviel. Je n'ai garde d'oublier toutefois que c'est à la puissante impulsion du célèbre professeur de Berlin et à la réhabilitation du couteau linéaire dont il a vulgarisé et généralisé l'emploi, que nous sommes redevables de la plupart des perfectionnements successifs dont nous apprécions en ce moment la valeur. Disons encore qu'en supprimant en fait la méthode de de Graefe, on a conservé de lui la ponction et la contre-ponction dans le limbe sclérotical, qui permettent, lorsqu'il y a lieu, d'ajouter $0^m,002$ ou $0^m,003$ à l'étendue de l'incision.

Je crois avoir montré que les incisions exiguës, de quelque nom qu'on les décore, de même que les incisions périphériques, sont toutes irrationnelles et plus dangereuses que les incisions plus grandes et plus centrales à petit lambeau. Je n'en veux d'autre preuve que la pratique de la plupart des opérateurs qui, conduits par leur sens clinique ont restauré la kératotomie de Daviel en voulant modifier la méthode de Graefe.

Nous voilà donc revenus au bon vieux précepte que Wenzel fils formulait en 1786, dans son *Traité de la cataracte*, et que je crois profondément vrai : « les dangers de l'opération dépendent beau-

coup plus d'une ouverture trop petite que d'une ouverture trop grande. »

Si nous sommes dans le vrai en faisant abstraction des méthodes spéciales de Jacobson, de Spérino, de Pagenstécher qui ont pour but l'extraction de la cataracte avec sa capsule, la question qui nous occupe se pose en ces termes : vaut-il mieux revenir purement et simplement à la kératotomie de Daviel ou adopter l'une des modifications qui, sous des noms bien différents, lui ont été apportées.

Pour apprécier la valeur clinique d'un procédé d'extraction, deux voies se présentent : en discuter les principes ou en supputer les résultats. Ce dernier mode est, sans contredit, le plus vrai, le plus saillant, le plus péremptoire ; mais il est singulièrement embarrassant. Chacun vante son procédé et l'appuie d'une superbe statistique. A Dieu ne plaise que je doute de la sincérité de personne ; mais il vient parfois à l'esprit, quoi qu'on fasse, la tentation de se demander si telle ou telle d'entre elles est bien destinée à servir les intérêts de la science ou à ajouter des ailes à quelque renommée. L'alignement du chiffre m'inspire encore une telle défiance, que, à mon grand regret, j'en suis encore à croire avec Daviel : « que ce ne sont pas les succès proclamés qui prouvent l'excellence d'une méthode, mais les principes sur lesquels elle est fondée. » Cependant il serait difficile au plus sceptique de ne pas accepter comme démontré que la proportion de succès par la kératotomie à grand lambeau de Daviel est inférieure à celle des procédés nouveaux.

Je ne crois pas m'écarter beaucoup de la vérité en évaluant la différence à 10 p. 100 ; mais quel est, parmi ces derniers, celui auquel il faut donner la préférence? Celui qui réalise le mieux les conditions fondamentales suivantes : d'une part ouvrir une porte largement suffisante pour le passage de la cataracte, et la mieux placée, pour faciliter sa sortie spontanée ; et, d'autre part, choisir comme forme et comme siége l'incision qui, réalisant le but principal que je viens de mentionner, expose le moins aux accidents.

Plus la base de l'incision se rapproche du méridien de la cornée, plus elle est étendue et bien placée, moins son sommet s'écarte de la base, moins le lambeau est grand et la blessure dangereuse. Selon toute raison, à ce titre, l'incision type est celle de Klechner, qui passe par le méridien de la cornée. Toutefois, il importe que l'acuité cornéenne consécutive soit en dehors du champ pupillaire ; il importe aussi que l'incision ne se rapproche pas trop de la circonférence de l'iris pour éviter les enclavements et les synéchies antérieurs.

En me fondant sur ces considérations, j'ai adopté, depuis quelques années, la manière suivante, et je m'en trouve bien. La ponction et la contre ponction sont faites aux limites de la cornée, suivant une ligne passant à $0^m,002$ au-dessus du méridien horizontal de la cornée. A ce niveau, la base de l'incision mesure 0^m009 en prenant toujours pour type une cornée de $0^m,010$. Si je puis prévoir que le noyau de la cataracte est très-volumineux, je recule de $0^m,001$ la ponction et la contre-ponction, dans le bord scléral, de façon à avoir une ouverture de 0^m011 amplement suffisante. L'incision est ensuite conduite de bas en haut, de façon à aboutir à $0^m,001$ ou 0^m002 au-dessus du limbe supérieur de la cornée.

Jusqu'alors j'ai exécuté régulièrement l'irédectomie comme dans le procédé de de Graefe. Ce procédé rentre plus ou moins dans les procédés précédemment mentionnés, aussi je m'empresse de repousser toute pensée d'innovation qui pourrait m'être imputée.

En agissant de la sorte, on obtient une sortie facile, régulière de la cataracte, sans pressions ni manœuvres auxiliaires, sauf l'entre-bâillement de la lèvre supérieure de la plaie avec le dos d'une curette. J'ai voulu apprécier par moi-même la valeur comparative de la kératotomie classique et de la kératotomie à petit lambeau dont il est question. Voici à quels résultats je suis arrivé.

66 kératotomies supérieures à grand lambeau m'ont donné :

Succès immédiats	57
Insuccès absolus	6
Insuccès relatifs	3

Soit 85 p. 100 de succès.

83 kératotomies à petit lambeau ont donné :

Succès immédiats	72
Insuccès immédiats ou après opération ultérieure	11

Soit 87 p. 100 de succès.

J'ai rangé dans la catégorie des succès tous les opérés qui pouvaient écrire et lire couramment les caractères d'un journal. Je préfère cette base à l'échelle parce qu'elle permet d'évaluer l'acuité de la vision à distance, ce qui est indispensable pour les malades qui s'en vont au douzième ou quinzième jour. On évite aussi de la sorte un classement des opérés de cataracte d'après le degré de l'acuité visuelle, qui me semble plus spécieux que vrai, et plus rigoureux que ne le comporte le sujet.

J'ai réuni aussi tous les insuccès absolus ou relatifs en un seul total pour fournir une base plus simple qui, si elle était adoptée, permettrait de comparer entre elles les différentes statistiques.

Les neuf insuccès occasionnés par la kératotomie sont représentés par un cas d'issue brusque d'une grande quantité d'humeur vitrée et une panophthalmie consécutive ; par les cas d'iritis suivis d'occlusion de la papille et d'opacité de la cornée, et enfin par un large enclavement de l'iris qui aurait motivé, dans de bonnes conditions, une opération ultérieure à laquelle la malade, vieille femme de soixante-quinze ans, s'est refusée. Quant à la kératotomie à petit lambeau, je dois dire tout d'abord que trois de ces insuccès remontent à l'époque où se pratiquait encore l'incision de de Graefe. Chez ces trois opérés, âgés : l'un de quatre-vingt-un ans, l'autre de qu tre-vingt-deux ans et le troisième de soixante-seize ans, porteurs tous trois de vieilles cataractes à noyaux larges, plats, durs comme de la corne, l'incision fut manifestement trop petite. Les manœuvres dites de glissement amenèrent une issue assez abondante d'humeur vitrée, la pénétration, par aspiration, dans la chambre antérieure, d'une quantité de sang suffisante pour masquer la papille et la cataracte, et enfin l'obligation d'agrandir l'incision et d'aller chercher la cataracte à tâtons avec la curette de Critchett. Il en résulta des irritis plastiques qui fermèrent la pupille, aboutirent à une déformation du bulbe et une opacification d'une grande partie de la cornée.

Les 8 autres insuccès se répartissent comme il suit :

Iritis et kératite purulente	2
Décollement de la rétine	2
Iritis plastique	2
Iritis sénile	2
Atrophie papillaire	1

Les deux décollements de la rétine ont été occasionnés par un spasme de l'œil au moment de l'incision, spasme assez violent pour expulser la cataracte avant l'excision de l'iris et la descision de la capsule.

Il est bon de remarquer que, malgré le peu de hauteur de mon lambeau, j'ai eu des suppurations de la cornée et de l'iris.

En vingt-quatre heures, dans ces deux cas, la chambre antérieure se remplit de pus, la conjonctive devint le siége d'un chémosis énorme, bien que les opérations aient été absolument simples et régulières.

J'ai conservé jusqu'alors l'excision de l'iris, bien que ce temps de l'opération ne soit plus nécessaire pour faciliter l'introduction et la manœuvre d'instruments avulseurs devenus inutiles, mais elle me permit de pratiquer la longue descision de la capsule que l'on obtient avec la griffe capsulaire; elle évite les enclavements, les synéchies antérieures.

Enfin, elle me paraît inoffensive, surtout lorsqu'elle est limitée à la partie située au-dessous d'une incision passant à $0^m,001$ ou $0^m,002$ du bord de la cornée.

Je dois dire cependant qu'elle occasionne le plus souvent une légère ascension de la pupille que l'on a attribuée à un petit enclavement aux lèvres de la plaie, mais qui est plus spécialement en rapport avec les pupilles peu dilatables ; d'ailleurs cette décentration ne nuit pas à la vision et n'est que très-peu apparente.

ÉLECTION

D'UN MEMBRE TITULAIRE

28 votants. — Majorité 15.

M. Polaillon obtient	18 voix.
M. Ledentu	4 —
M. Nicaise	3 —
M. Terrier	2 —
M. Krishaber	1 —

En conséquence, M. Polaillon est nommé membre titulaire.

La séance est levée à cinq heures vingt minutes.

Le vice-secrétaire : DE SAINT-GERMAIN.

THÈSES

SOUTENUES A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

PENDANT L'ANNÉE 1873.

76. Delelis. Contribution à l'étude des corps étrangers intra-oculaires.
77. Amagat. Étude sur les différentes voies d'absorption des médicaments.
78. Chailloux. Étude sur le traitement de la dysentérie.
79. Joffroy. De la pachyméningite cervicale hypertrophique (d'origine spontanée).
80. Ledieu. Relation d'une épidémie de dysentérie observée dans le canton de Guer (Morbihan), en 1872.
81. Coche. De la paralysie infantile spinale.
82. Bachelard. Quelques considérations sur la thoracentèse et ses indications dans le traitement des épanchements pleurétiques séreux.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Par décret en date du 26 avril 1873, M. Pichaud (Joseph-Adolphe), médecin principal de la marine, a été promu au grade de médecin en chef pour servir aux colonies.

— *Hôpitaux de Paris.* — La deuxième épreuve du concours pour trois places de médecins du bureau central est terminée ; les candidats admis à la troisième épreuve (consultation) sont :

MM. Audhouy, Desplats, d'Heilly, Dieulafoy, Duguet, Gingeot, Gougenheim, Hallopeau, Hemey, Legroux, Rathery, Rigal.

— *Faculté de médecine de Paris.* — M. le docteur Alfred Fournier, agrégé de la Faculté, commencera le cours complémentaire des maladies syphilitiques, à l'hôpital de Lourcine, le jeudi 8 mai, à neuf heures du matin, et le continuera les jeudis suivants, à la même heure.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Leçons sur la syphilis étudiée plus particulièrement chez la femme, par le docteur Alfred FOURNIER, médecin de l'hôpital de Lourcine, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris. — 1 vol. in-8° de 1,100 pages. Prix : 15 francs. — Paris, Adrien Delahaye.

Leçons sur les opérations obstétricales et le traitement des hémorrhagies, ou Guide de l'accoucheur dans les cas difficiles, par ROBERT BARNES. M. D. Lond. F. R. C. P., accoucheur et professeur d'accouchements et des maladies des femmes et des enfants, à l'hôpital Saint-Thomas, examinateur à l'Université de Londres, etc., etc. Traduites sur la deuxième édition anglaise, par le docteur A. CORDES; préface de M. le professeur Pajot. — Grand in-8° avec plus de 100 figures intercalées dans le texte. Prix : 12 francs. — G. Masson.

Résumé de pathologie et clinique chirurgicales, par le docteur FORT. — Un joli volume in-32 avec 107 figures intercalées dans le texte. Prix : 5 francs. — Paris, Adrien Delahaye.

Des diarrhées chroniques et de leur traitement par les eaux de Plombières, par le docteur BOTTENTUIT, ancien interne des hôpitaux de Paris, chevalier de la Légion d'honneur, etc. — Prix : 2 francs. — Paris, Delahaye.

Le Directeur : Dr E. LE SOURD.

Paris. — Typographie A. PARENT, quai Voltaire, 13.

N° 52. — MARDI 6 MAI 1873. 46e ANNÉE. MARDI 6 MAI 1873. — N° 52.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Bureaux : 57, rue des Saints-Pères, 57
PRÈS L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix d'abonnement
doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

On s'abonne hors de Paris
dans les bureaux des Messageries et chez les Libraires
Les lettres non affranchies sont refusées.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui n'en peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS		
Trois mois. .	8 fr. 50 c.	
Six mois. . .	16	—
Un an. . . .	30	—

POUR L'ÉTRANGER le port en sus suivant les derniers tarifs des Postes.

Paris, le 5 mai 1873.

SÉANCE DE L'ACADÉMIE DES SCIENCES

Au nom de M. A. Chauveau, M. Pasteur présente une note intitulée : *Nécrobiose et gangrène. Étude expérimentale sur les phénomènes de mortification et de putréfaction qui se passent dans l'animal vivant.*

« Le but de cette étude, dit l'auteur, a été de poursuivre, avec la rigueur des expériences faites en vase clos, dans le laboratoire de chimie, sur la fermentation putride, la recherche des agents auxquels doivent être attribués les phénomènes de putréfaction vraie qui s'attaquent aux matières animales dans l'organisme vivant. » Pour réaliser les conditions de la putréfaction *en vase clos*, M. Chauveau a utilisé une opération connue sous le nom de *bistournage*, qui se pratique sur les béliers et qui consiste dans la torsion ou la rupture sous-cutanée du cordon spermatique.

On sait que cette opération n'est jamais suivie de gangrène et que le testicule, contractant peu à peu des adhérences avec les parties enveloppantes, finit par subir la dégénération graisseuse en s'atrophiant plus ou moins. Or, avant de pratiquer cette opération, M. Chauveau injecte, dans la jugulaire du bélier, la sérosité du pus des abcès putrides provoqués expérimentalement. Lorsque le mouvement circulatoire amène la diffusion et la répartition égale et régulière de la matière putride dans la masse sanguine, il est certain que la partie du sang retenue dans les vaisseaux du testicule renferme les vibrioniens que l'on cherche à faire agir sur l'organe ; c'est alors seulement que l'opération du bistournage a été pratiquée. Dans ces conditions spéciales l'opération, tout à fait inoffensive d'habitude, a déterminé constamment, dans les régions testiculaires, — et là seulement, — des phénomènes putrides et gangrèneux, tantôt limités aux organes mortifiés, tantôt plus ou moins rapidement progressifs et d'une gravité suffisante pout déterminer la mort. Tel est le fait ; mais pour déterminer les éléments qui, dans la sérosité injectée, produisent la putridité, M. Chauveau a eu la pensée de filtrer cette sérosité et d'injecter séparément la portion qui renferme des vibrioniens et celle qui n'en renferme pas. La sérosité seule n'a produit aucun accident, tandis que celle qui renferme les vibrioniens n'a pas cessé d'en produire, d'où M. Chauveau conclut que les phénomènes de putréfaction vraie qui se passent dans le milieu animal vivant doivent être attribués aux organismes élémentaires qui ont été injectés.

Cette conclusion, d'ailleurs, est la seule que l'on puisse retirer des expériences précédentes. M. Chauveau l'a observé lui-même, elles ne prouvent pas encore que la putréfaction, dans le milieu vivant, ne puisse pas se développer en dehors de l'intervention des germes organisés.

Mais puisque M. Chauveau doit donner suite à ces expériences, qu'il nous permette quelques observations. Pourquoi désigne-t-il, sous le nom de *nécrobiose*, la dégénération graisseuse du testicule ? Ce mot est euphonique, sans doute : mais si l'on s'en rapporte à son étymologie, il signifie *la mort de la vie*. Or, un tissu qui dégénère, qui se transforme, ne meurt pas ; il a perdu, il est vrai, ses *propriétés organiques spéciales*, mais il vit encore d'une certaine façon ; il fournit encore *les propriétés vitales, les propriétés des tissus vivants.*

En second lieu, nous craignons que M. Chauveau n'ait pas bien choisi les conditions de son expérience pour prouver ce qu'il a prétendu démontrer, c'est-à-dire l'influence des proto-organismes sur le développement de la putréfaction dans *les tissus vivants*. Comme nous le disions tout à l'heure, le testicule conserve, après l'opération du bistournage, ses propriétés de tissu vivant ; mais cette vie est bien précaire et nullement organisée pour résister à une cause mortelle. — Le bistournage, en effet, a pour résultat l'arrêt de la circulation dans le tissu testiculaire ; par conséquent la vie, dans cet organe, est suspendue pour ainsi dire, et ce n'est qu'après un certain temps, après que des adhérences se seront établies qu'une circulation nouvelle rétablira réellement les mouvements de la vie. Or, est-il permis de considérer le testicule immédiatement après l'opération du bistournage comme un organe vivant dans les conditions normales ? Non, certes. Et dès lors, est-on autorisé à conclure de ce qui se passe dans un état aussi anormal à ce qui se passe dans l'état normal ? Il est évident que si vous liez les pieds et les mains à un colosse, il sera facilement assommé par un nain armé d'un bâton. Direz-vous en conséquence que les nains possèdent l'avantage de pouvoir assommer les géants ? Oui, mais vous ajouterez quand les géants ont pieds et poings liés. Il en est de même du testicule : vous le privez de toutes les conditions de force et de résistance et vous constatez qu'un vibrionien le réduit en putréfaction. Quoi d'étonnant ? Notre observation n'aurait pas

de portée si M. Chauveau n'avait pas dit dans le titre de son mémoire que ses recherches portent sur les *tissus vivants.*

En troisième lieu, enfin, nous observerons, sans prétendre expliquer la contradiction, que M. Onimus avait constaté que, dans une solution putride, c'est la partie qui ne renferme pas de bactéries qui donne lieu aux accidents septicémiques. En injectant, en effet, des bactéries retirées d'une solution putride, M. Onimus n'a obtenu aucun effet toxique.

Dans les expériences de M. Chauveau, au contraire, c'est la partie de la solution renfermant les vibrioniens qui seule détermine la gangrène du testicule.

Cette question de proto-organisme renferme encore beaucoup d'*inconnues*, beaucoup de faits en apparence contradictoires; mais c'est une question très-intéressante et bien digne de captiver l'attention des expérimentateurs.

— M. Decaisne envoie un mémoire intitulé : *De l'insalubrité des eaux qui alimentent Versailles.* L'auteur conclut de son travail « que l'infection de la Seine par les grands égouts collecteurs, pour les eaux d'alimentation de la ville de Versailles, constitue un danger sérieux et permanent qu'il est du devoir de l'administration de conjurer au plus vite. Il est impossible, ajoute-t-il, de nier l'influence des eaux insalubres sur la santé publique dans la ville de Versailles pendant les premiers mois de l'année 1873. » Il y a eu, en effet, une petite épidémie de diarrhée dans le courant du mois de février; mais avant d'admettre la relation de cause à effet que l'on prétend établir entre l'insalubrité des eaux et l'épidémie, nous voudrions une démonstration plus péremptoire. Depuis Louis XIV, Versailles puise la plus grande partie de ses eaux potables dans la Seine, à Port-Marly; d'un autre côté, le fleuve n'a jamais cessé d'être le confluent commun de tous les égouts, petits ou grands de Paris; d'où il résulte que la diarrhée devrait être endémique à Versailles depuis le grand roi. Dans une question complexe comme celle-ci, il faut tenir compte de tout, et peut-être ferait-on bien d'ajouter aux influences connues depuis Hippocrate, celle des émotions politiques.

D'ailleurs, comment se fait-il que les habitants de Louveciennes, Scelle-Saint-Cloud et autres lieux, qui boivent, comme ceux de Versailles, l'eau de l'aqueduc de Marly, n'aient pas subi la pernicieuse influence dont on parle?

HOPITAL DU MIDI. — M. Charles Mauriac.

Étude clinique sur l'influence curative de l'érysipèle dans la syphilis (1).

XII

S'élèverait-il quelque objection contre l'influence curative de l'érysipèle? mais elle a été si prompte, si décisive, qu'elle ne peut laisser même l'ombre d'un doute dans l'esprit. Et n'est-ce pas là ce qui donne à ce fait une haute valeur, indépendamment des déductions qu'on en peut tirer au point de vue de la pathologie générale?

Si on le compare au premier, on est frappé de l'identité du résultat, c'est-à-dire de la guérison presque instantanée des manifestations syphilitiques, stationnaires ou en voie d'accroissement, malgré la médication spécifique. Ici, toutefois, le conflit a été plus vif; il a bouleversé plus profondément l'économie; il a mis en jeu des éléments morbides de même nature, sans doute, mais imprégnés d'une spécificité plus accentuée et plus grave. Et néanmoins la terminaison a été aussi favorable et bien plus surprenante. Qu'on songe en effet à toutes les souffrances qu'avait endurées ce malade depuis le début de sa syphilis. Sa santé générale avait été sérieusement compromise, les accidents se multiplaient, et après avoir disparu, se reproduisaient presque aussitôt sous une forme plus sévère et avec une plus grande tendance à la généralisation. Presque tous avaient le caractère ulcéreux et résistaient de plus en plus à l'action curative des médicaments spécifiques et des reconstituants.

Eh bien, c'est au milieu de ces mauvaises conditions générales et locales, alors que le travail morbide était en pleine activité et ne donnait aucun signe de ralentissement qu'est survenu l'érysipèle. Ce n'était pas, comme dans le premier cas, une maladie accidentelle provoquée et surgissant du jour au lendemain. Il semble que l'érysipèle avait des racines plus profondes dans l'organisme, qu'il émanait de germes dont l'éclosion n'attendait qu'un concours de circonstances favorables; qu'il ne provenait pas en un mot d'une simple irritation locale, mais d'une aptitude générale à concevoir l'action érysipélateuse.

Et n'est-ce pas là ce qui explique pourquoi la maladie a eu sa période d'incubation et de prodromes? Depuis plusieurs jours, en effet, il devenait visible qu'une nouvelle maladie était en voie d'élaboration, quoiqu'elle ne s'annonçât par aucun phénomène morbide assez significatif pour en déceler la nature. Puis vinrent les prodromes, c'est-à-dire déjà la maladie moins sa détermination locale apparente; enfin, au bout de quatre jours, tous les éléments morbides étaient en plein développement, et ils parcoururent leurs périodes successives avec la rapidité et la régularité d'une fièvre éruptive de bonne nature. Un seul fit exception par sa violence et sa durée, ce fut le délire. Il prit même un caractère alarmant, et sa signification pronostiquée eût été très-grave si la chute de la fièvre et les autres phénomènes de la défervescence n'avaient clairement démontré que l'excitation cérébrale était pour ainsi dire en dehors de la maladie générale et se rattachait à quelque circonstance particulière indépendante d'elle. Cette circonstance, j'ai tout lieu de le croire, n'était autre chose qu'un certain degré d'alcoolisme; de toutes, c'est la plus commune.

Le mode d'invasion de cet érysipèle, sa marche, sa durée, sa modalité phénoménale, etc., me portent à croire qu'il appartenait aux érysipèles d'origine infectieuse. Ce qui me confirma surtout dans cette manière de voir, c'est que plusieurs cas de la même maladie se développèrent ultérieurement. Cette petite épidémie frappa très-peu de malades et resta bénigne. Cependant un homme âgé et syphilitique qui en fut atteint succomba à l'hôpital Cochin, où je l'envoyai à cause de la gravité de sa maladie.

XIII

Si j'insiste sur certains côtés de cet érysipèle, c'est pour faire ressortir, par le détail, tout ce qu'a de frappant une guérison que nous n'avons vue jusqu'ici qu'en gros et dans son ensemble. Ainsi, n'est-il pas remarquable qu'un organisme profondément atteint par la maladie constitutionnelle sorte plus vigoureux et plus en pleine possession de ses forces saines, après que les désordres d'une maladie aiguë sont venus s'ajouter à ceux de la syphilis? Au point de vue de la santé générale, l'amélioration a été immense, et le malade s'est relevé d'une façon tout à fait inespérée et avec une surprenante rapidité des se-

(1) Suite. — Voir les numéros des 3, 8, 15-1 e 29 avril 1873.

cousses d'une maladie aiguë dont peut-être un organisme parfaitement sain aurait été plus éprouvé. Il semble que la réaction violente suscitée par la cause érysipélateuse ait rompu les habitudes morbides, retrempé les énergies vitales affaissées, rétabli l'équilibre organique, expulsé les matériaux morbides et donné une nouvelle vie à toutes les molécules vivantes.

Ce résultat a été surtout frappant dans les points où s'est effectuée la détermination de l'érysipèle, c'est-à-dire la fluxion qui est propre à cette maladie. On se souvient que la face tout entière, mais principalement le nez, les lèvres, les paupières, étaient depuis longtemps le siége d'un gonflement hyperplasique, d'une sorte d'œdème dur, fixe et sans tendance résolutive. La tuméfaction aiguë propre à l'érysipèle est venue s'ajouter à l'œdème syphilitique chronique. Loin de l'aggraver, elle l'a dissipé en quelques jours, et toutes les parties déformées par cet éléphantiasis sont revenues rapidement à leur volume normal.

Que s'est-il passé au sein des tissus? Par quel mécanisme la nutrition des éléments organiques déviée de son mode naturel par l'action syphilitique, est-elle revenue aux conditions de l'état sain? Trouverons-nous l'explication de ce résultat dans les données que nous avons sur le processus anatomo-pathologique de l'érysipèle? Quoique ce processus soit encore obscur, quelques travaux modernes, et entre autres celui de MM. Volkmann et Steudener (1), ont grandement contribué à le faire connaître et comprendre. L'hyperémie érysipélateuse a pour effet immédiat de produire dans les parties superficielles de la peau, mais surtout dans les parties profondes et dans le tissu cellulaire sous-cutané, une infiltration excessivement abondante, diffuse et rapide de leucocytes. Les corpuscules blancs qui se groupent quelquefois autour des vaisseaux sanguins et lymphatiques dilatés et plus ou moins remplis des mêmes corpuscules, se transforment en granulations très-fines avec une excessive rapidité, si bien que lorsque la peau commence à pâlir, vers le deuxième ou le troisième jour de la maladie, en quelques heures l'infiltration leucocytique est convertie en un détritus finement granuleux. Ce détritus provenant des corpuscules blancs extravasés est très-vite repris par les vaisseaux veineux et lymphatiques, et la même rapidité qui a caractérisé l'infiltration des leucocytes et leur régression, caractérise aussi leur absorption.

Opposez cette vivacité du processus anatomo-pathologique de l'érysipèle à la lenteur de l'hyperplasie syphilitique. N'est-il pas probable que les produits accumulés peu à peu par celle-ci et par elle élaborés à loisir dans le calme d'une action morbide chronique, se trouvant tout à coup noyés au milieu des flots de cette inondation leucocytique, perdent toute individualité, toute force de résistance, et s'absorbent dans la vie plus intense, mais aussi plus éphémère des nouveaux éléments? N'est-il pas probable qu'ils sont emportés dans le même tourbillon, et qu'avec une prodigieuse vitesse, ils descendent la pente de la régression qui les dissocie, qui les fragmente à l'infini et les rend aptes à subir l'absorption et l'élimination, phases ultimes de leur existence organique?

Cette puissance dissolvante de l'action érysipélateuse se manifeste encore à un plus haut degré dans la plaque muqueuse. N'est-ce pas là, en effet, un produit bien autrement compliqué et spécifique de la maladie constitutionnelle? Et pourtant, il se fond à vue d'œil, et bientôt il ne reste rien de ce petit foyer morbide, dont la virulence ne le cède qu'à celle de l'accident primitif. Obtiendrait-on un pareil résultat avec les cautérisations? Non; et néanmoins il faut reconnaître qu'elles sont, dans quelques cas, d'une efficacité remarquable par sa promptitude.

(*A suivre.*) CHARLES MAURIAC.

(1) *Centralblatt für die medicinischen* Wissenschaften, 1868, n° 36, page 561. — Voyez aussi les intéressantes recherches de M. Malassez et de M. Troisier sur le nombre des globules blancs du sang dans l'érysipèle (*Soc. anat.*, séance du 21 février 1873).

HOTEL-DIEU DE LYON. — M. OLLIER

Observations de suppuration musculaire.

Par M. A. PONCET, interne des hôpitaux.

La myosite suppurée s'observe rarement en dehors des plaies intéressant le tissu musculaire ainsi qu'en dehors des maladies infectieuses et des inflammations diffuses. Lorsqu'elle survient sans ces différentes causes, elle est alors le fait d'une inflammation spontanée imputable au refroidissement et paraissant être d'origine rhumatismale, ou bien elle naît dans certaines conditions à la suite de ruptures musculaires sous-cutanées.

Nous avons eu l'occasion, dans le service de M. Ollier, d'observer plusieurs fois, après des efforts violents, des ruptures musculaires, soit d'un des grands droits de l'abdomen, soit d'un des muscles de la cuisse et de la jambe.

Lorsque les malades sont venus à l'hôpital, peu de temps après l'accident, ces lésions n'ont jamais présenté aucune gravité. On avait soin de placer le membre dans une position telle que le muscle rompu fût dans le relâchement, et quand la chose était possible, on l'immobilisait dans cette position à l'aide d'un bandage silicaté. Il s'agissait habituellement de rupture incomplète. Dans la plupart des cas, en effet, la rupture ne porte pas sur le muscle tout entier, une partie seulement des fibres musculaires est déchirée.

La rupture partielle, la déchirure de quelques fibres musculaires offre parfois plus de danger que la rupture complète. Les accidents que l'on remarque alors s'expliquent aisément.

Lorsque le muscle n'est pas interrompu dans sa continuité, et surtout lorsque quelques fibres musculaires seulement sont rupturées, les mouvements, quoique douloureux, sont encore possibles, et si le malade s'écoute peu, il fait des mouvements et se sert de son membre presque comme avant l'accident.

La rupture est-elle complète, le malade s'émeut de l'impuissance dans laquelle il se trouve de faire certains mouvements, il garde naturellement le repos et se met ainsi à l'abri des accidents inflammatoires en attendant qu'un traitement approprié les conjure complétement.

Les mouvements que peut faire le blessé dans le premier cas sont une cause d'irritation continue qui, non-seulement s'oppose à toute cicatrisation, mais qui s'acompagne souvent d'accidents inflammatoires, de telle sorte que le foyer de la rupture devient un foyer de suppuration.

Une lésion, de prime abord insignifiante, peut ainsi, dans un milieu nosocomial, devenir le point de départ de complications redoutables, et, dans tous les cas, compromettre les fonctions ultérieures du membre, une partie plus ou moins considérable du muscle disparaissant par la suppuration, ainsi que nous en rapportons un exemple.

Pendant l'été de 1872, époque à laquelle la pourriture d'hôpital existait dans le service de M. Ollier, nous vîmes un malade chez lequel était survenu, longtemps après une rupture musculaire incomplète du grand droit antérieur de la cuisse droite, un abcès chaud de la partie supérieure du membre, s'é-

tendant depuis l'épine iliaque jusqu'à la partie moyenne de la cuisse! Quoique boitant, le malade n'avait cependant cessé de travailler que depuis quelques jours. M. Ollier ouvrit l'abcès avec un bistouri et passa un drain pour faciliter l'écoulement du pus. Le surlendemain la plaie était envahie par la diphthérie, le membre devenait le siége d'un empâtement diffus, l'emphysème apparaissait dans les tissus avoisinant la plaie, et le malade succombait le cinquième jour aux progrès de l'infection putride. C'est là un fait exceptionnel et dont rend compte le milieu infectieux dans lequel s'est trouvé le malade. Nous le citons comme exemple de suppuration tardive, reconnaissant pour cause première une rupture musculaire ancienne.

Le traumatisme, en produisant des déchirures plus ou moins complètes du tissu musculaire, est assurément une des causes les plus fréquentes de myosite suppurée. Il est toutefois un autre ordre de myosites d'une étiologie plus douteuse et qui rentrent dans la classe des affections *à frigore*. Nous voulons parler de ces myosites spontanées survenant à la suite de l'impression du froid chez des sujets la plupart du temps rhumatisants, et se terminant parfois par suppuration.

Malgré la rareté de la suppuration dans le rhumatisme, M. Ollier admet la nature rhumatismale de certaines suppurations musculaires.

Le rhumatisme produit sur le tissu musculaire des effets variés qui paraissent très-éloignés les uns des autres, mais qui ne sont que des anneaux ou des degrés de la même affection. Les myosites, les ténosites crépitantes sont le plus habituellement de nature rhumatismale; elles surviennent après la fatigue, mais surtout après le refroidissement accidentel d'un muscle soumis à un exercice prolongé ou violent.

La crépitation que l'on perçoit en appliquant la main sur les points douloureux a pour siége la loge celluleuse du tendon ou du muscle; elle se passe dans le tissu conjonctif lâche qui facilite les glissements. A un degré plus élevé, les phénomènes inflammatoires s'accusent, l'inflammation peut même dépasser les limites de la loge celluleuse et envahir le tissu cellulaire voisin. Le muscle se rétracte; il devient excessivement douloureux au toucher et à toute tentative de contraction. Ordinairement, la résolution se fait plus ou moins rapidement; mais, dans quelques cas, la suppuration se produit.

Chez la première malade, dont nous rapportons l'observation, l'inflammation ne paraissait pas avoir pour siége le muscle lui-même, mais son enveloppe celluleuse, le tissu cellulaire sous-aponévrotique; il s'agissait, ainsi que le faisait remarquer M. Ollier, d'une *péri-myosite*, plutôt que d'une myosite véritable.

Recouvert par son aponévrose d'enveloppe, le sterno-mastoïdien en est séparé par un tissu cellulaire plus ou moins abondant, lui formant une seconde gaîne très-lâche qui se continue avec le tissu conjonctif interfasciculaire. L'inflammation peut occuper l'un ou l'autre de ces tissus; elle peut naître et se développer presque exclusivement dans le tissu celluleux sous-aponévrotique ou bien paraître d'emblée dans l'épaisseur du muscle lui-même.

Ce sont là deux formes distinctes qui, anatomiquement, se différencient par leur siége, et qui ne sauraient, en clinique, être méconnues.

Dans le premier cas, en effet, les fibres musculaires superficielles sont seules atteintes (péri-myosite ou mieux phlegmon péri-musculaire). Lorsque le pus se forme, ce n'est pas aux dépens de l'enveloppe de chaque fibre musculaire, mais aux dépens de leur gaîne commune, et l'on comprend que le muscle ne subisse pas d'altération profonde. Dans le second cas, au contraire, le muscle s'infiltre de pus dans toute son épaisseur et les lésions de l'élément contractile peuvent aller depuis la simple atrophie jusqu'à la destruction de l'organe lui-même par transformation granulo-graisseuse.

Il n'est point toujours facile, au lit du malade, de séparer ces deux formes de myosites. Il est rare, en effet, que l'inflammation reste limitée au muscle ou à la gaîne celluleuse; l'un ou l'autre, cependant, se trouve parfois plus spécialement atteint.

(A suivre.)

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Séance du 7 février 1873. — Présidence de M. LUNIER.

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

CORRESPONDANCE IMPRIMÉE

La correspondance imprimée comprend :

1° *Recueil des travaux de la Société médicale d'Indre-et-Loire.* 1er semestre 1872;

2° *Compte rendu des travaux de la Société de Toulouse.* 72e année, 1872;

3° *Union médicale de la Seine-Inférieure.* 15 juillet 1870;

4° *Union médicale de la Seine-Inférieure.* 15 avril 1872.

5° *Société des sciences médicales de Gannat* (Allier), 1871-1872).

6° *Bulletins et mémoires de la Société médicale des hôpitaux de Paris.* 1872.

7° *Compte rendu de la Société médicale de Clermont-Ferrand.* 14e et 15e années;

8° *Le phénoménalisme du Collége de France jugé par lui-même*, par le docteur Évariste Bertulus (de Marseille);

9° *Revue médicale de Toulouse.* Novembre 1872;

10° *Marseille médical.* Novembre 1872;

11° *Mémoires et bulletins de la Société de médecine de Bordeaux.* 1870-1871;

12° *Mémoires de la Société de médecine de Strasbourg.* 1869, t. VII, 1er et 2e fascicules. 1870, t. VII, 3e et 4e fascicules. T. VIII, 1871.

13° *Statistique médicale de l'armée.* 1869.

CORRESPONDANCE MANUSCRITE

1° M. Boys de Loury adresse à la Société la lettre suivante :

« 3 février 1873.

« Mon cher secrétaire général,

« Notre regretté confrère Jacquemin m'a laissé par testament la collection des travaux de la Société. Je demande à la Société la permission de la lui offrir comme souvenir du bon intérêt qu'elle m'a toujours témoigné, regrettant bien que ma santé ne me permette pas de pouvoir faire cet hommage de vive voix.

« Veuillez, monsieur le secrétaire général et très-honoré confrère, recevoir l'expression de ma considération distinguée.

« BOYS DE LOURY. »

2° Une lettre de M. Géry fils annonce à la Société la mort de son père;

3° M. Doyon remercie la Société de l'avoir nommé membre correspondant;

4° M. Blondel (de Raismes, Nord), adresse à la Société un mémoire : *Observations de six cas de céphalæmatome, suivies de réflexions.* L'auteur demande à être membre correspondant. (Commission, MM. Blumenthal, Leudet et Charrier, rapporteur.)

DISCUSSION

Sur le rhéostat-voltamètre de M. Duchenne (de Boulogne). — M. ONIMUS. Si je me permets de critiquer quelques-unes des propositions de M. Duchenne, c'est que je crains qu'elles n'entraînent des médecins dans des erreurs qui me paraissent assez importantes.

M. Duchenne propose de graduer l'intensité des courants continus au moyen d'un *rhéostat-voltamètre*. Il ajoute ce fait qui nous paraît surtout induire en erreur que le courant d'un appareil électique sera identique à celui d'un autre appareil du moment que la décomposition de l'eau sera la même dans la même unité de temps.

Avant d'aborder cette première question, nous rappellerons que l'intensité d'un courant se compose de deux facteurs : d'une part la quantité chimique, et d'autre part la tension.

L'action d'un courant électrique est le résultat de ces deux facteurs, de même que l'action d'un corps en mouvement est le résultat du poids de ce corps et de la vitesse qu'il possède.

On peut en effet trouver une certaine analogie entre le poids d'un corps et l'action chimique d'un courant, et, d'autre part, entre la force de projection et la tension électrique.

Une pile diffère d'une autre par la quantité et sa tension, et pour chaque pile les surfaces restant les mêmes, il y a toujours un rapport constant entre ces deux facteurs.

Les courants électriques diffèrent donc les uns des autres par la différence du rapport entre la quantité et la tension; pour les uns, la quantité est presque nulle et la tension est très-considérable, et les effets peuvent alors être comparés à ceux que l'on obtient avec un corps d'un poids faible, mais animé d'une grande vitesse.

Pour d'autres courants, la quantité est très-forte et la tension faible, ce qui est analogue à un corps possédant un poids très-fort et une force de projection très-faible.

Ces différences sont surtout très-tranchées lorsque l'on compare l'électricité de frottement ou d'induction à des courants voltaïques, la première est incomparablement plus énergique par sa tension, tandis que les seconds ont une quantité tellement supérieure que Faraday a trouvé que la quantité d'électricité dégagée pour la décomposition de 65 milligrammes d'eau, était égale à la quantité dégagée dans huit cent mille décharges de la grande batterie électrique de l'Institution royale de Londres.

Pour diminuer l'action d'un courant, on sait de tout temps qu'il suffit de mettre dans le circuit extérieur une plus ou moins grande résistance, c'est ce que l'on appelle un rhéostat; mais le rhéostat ne fait absolument rien que diminuer l'intensité; il ne modifie en rien le rapport qui existe dans chaque courant entre la quantité et la tension. De même, pour diminuer l'action d'un corps en mouvement, plus ou moins de résistance en amoindriront les effets, mais le résultat sera toujours celui que produisent ensemble le poids de ce corps et sa vitesse.

Certes, avec un corps A d'un poids dix fois moindre qu'un autre corps B, on pourra obtenir le même travail, la même intensité de force, si la vitesse du poids A est plus grande que celle du poids B de manière à compenser, par l'action de sa vitesse, ce qu'il a de moins comme poids. Ou bien, avec un poids dont le poids et la vitesse sont plus considérables que pour un poids D, on peut encore obtenir les mêmes effets à la condition d'augmenter les résistances dans le trajet du corps C, proportionnellement à la supériorité de force sur le corps D.

Cela est absolument vrai théoriquement, et, dans beaucoup de cas, pratiquement.

Il en est de même pour les courants électriques, et il est certain que si un courant est plus intense qu'un autre, on peut, au moyen d'un rhéostat, le ramener au degré de force de ce dernier.

On peut même, en faisant varier la surface du métal attaqué et le nombre des éléments, obtenir, avec diverses piles fort différentes, la même force électro-motrice.

Dans la plupart des emplois industriels de l'électricité, cette équivalence reste entière; mais, dans d'autres cas, il est de beaucoup préférable de choisir la pile qui offre d'emblée la proportion exacte entre la tension et la quantité.

De même que pour certaines actions mécaniques, il est plus utile, lorsqu'on sait l'effet qui doit être produit, de ne donner que la force de projection nécessaire à un poids déterminé.

On règle plus facilement ainsi tous les facteurs de la force que l'on veut employer.

De plus, s'il est vrai qu'un kilogrammètre égale un kilogrammètre, que cette action soit produite par un kilogramme tombant d'un mètre de hauteur, ou par un demi-kilogramme tombant de deux mètres de hauteur, il n'en est pas moins vrai que certains effets physiques, tels que la pénétration plus ou moins grande, la grandeur des surfaces en contact seront différents, alors que la force est cependant la même. Nous ne voulons pas montrer combien, au point de vue physiologique, ces différences deviennent aussitôt énormes; mais pour rester dans la question de pure physique, nous ajouterons qu'il en est de même pour les actions électriques.

Les personnes qui font de la galvanoplastie savent combien beaucoup de détails sont importants et surtout combien le choix de la pile est une des conditions essentielles.

Dans ce cas, par exemple, on aura beau, avec certaines piles, intercaler des rhéostats et des voltamètres, jamais on n'obtiendra de résultats aussi satisfaisants qu'avec les piles que l'expérience a démontré être les plus avantageuses.

Je le répète, lorsque des actions physiques on passe aux actions physiologiques et à celles qui ont lieu dans des cas pathologiques, les différences deviennent plus sensibles et prennent une importance considérable.

Il n'y a là rien de mystérieux ni d'incompréhensible si on veut bien tenir compte de toutes les conditions complexes d'un pareil problème.

Au thermomètre, la chaleur artificielle agit absolument comme celle du soleil, et cependant il y a de grandes différences, par exemple, entre les effets physiologiques produits par 20 degrés de chaleur solaire et 20 degrés de chaleur artificielle.

Dans l'une, il est vrai, il y a de plus les rayons chimiques, mais le thermomètre ne nous en disait rien, et pendant longtemps on n'aurait su à quoi attribuer cette différence.

De même la rétine est certainement influencée différemment par des rayons lumineux qui cependant seront identiques par leurs effets sur une solution de nitrate d'argent.

Eh bien, quand avec un rhéostat et un voltamètre intercalés dans un circuit électrique, vous décomposez la même quantité d'eau, il n'est nullement certain que vous allez avoir, avec n'importe quelle pile, les mêmes effets physiologiques et thérapeutiques.

Il faut donc absolument avoir des piles ayant par elles-mêmes, et sans artifice de construction, les propriétés qu'on a reconnues utiles en électrothérapie.

D'abord, le voltamètre n'indique qu'une seule chose, l'action chimique d'un courant; il n'indique nullement la tension, ni, d'une manière générale, la force d'un courant électrique; les indications que donne le voltamètre ne peuvent donc se rapporter qu'à l'action chimique du courant.

Quant au rhéostat, s'il permet de graduer l'intensité du courant et d'augmenter la tension intérieure, il est en pratique, sauf quelques légères exceptions, inutile, et il offre des inconvénients plus considérables comme graduation que la méthode qui consiste à augmenter ou à diminuer, au moyen d'un collecteur, le nombre des éléments.

En effet, l'eau varie dans sa conductibilité selon les sels qu'elle renferme et souvent par la chute des tiges métalliques, ou par mégarde, comme dans les faits cités par M. Duchenne, les deux tiges sont très-rapprochées, et on excite les malades avec un courant très-fort alors qu'on croyait employer un courant faible.

Les accidents que M. Duchenne a eus avec des courants continus ne sont dus qu'à une application vicieuse; car, en employant très-souvent et presque tous les jours les courants continus du côté de

la tête et sur les régions voisines de l'encéphale avec un courant modéré et en évitant les interruptions rapides, jamais nous n'avons observé le moindre accident.

Pour s'assurer du passage du courant pendant l'électrisation, un galvanomètre sensible est l'instrument le plus commode et le plus pratique. Il ne faut pas croire, néanmoins, comme cela a été dit à la Société de chirurgie, que l'on peut juger de l'intensité d'un couront par la déviation de l'aiguille aimantée. Celle-ci dépend uniquement de la quantité, et, pour le médecin, elle doit surtout indiquer que le passage du courant a lieu; elle indique de plus si le courant passe régulièrement et quelle est sa direction.

En résumé, je crois que le mode le plus pratique et le plus simple de graduation des courants continus est de varier le nombre des éléments.

Pourquoi, en effet, prendre soixante éléments et faire passer le courant à travers un rhéostat, alors qu'en prenant directement dix éléments sans rhéostat, je puis obtenir absolument les mêmes effets et que, de plus, je n'ai pas besoin de craindre les chances d'erreur qui peuvent survenir dans le rhéostat?

Pourquoi aussi prendre toute espèce de piles et essayer, par une série de combinaisons, de les rendre analogues à d'autres plus simples et plus commodes?

Pourquoi chercher des méthodes compliquées alors qu'il est plus pratique de choisir avant tout une pile constante, sans trop d'action chimique, ayant une grande tension intérieure et une tension extérieure suffisante pour traverser le corps humain, que l'on peut faire varier à volonté en augmentant le nombre des éléments?

Toutes ces questions d'électrothérapie sont déjà, pour la plupart des praticiens, suffisamment complexes, pour qu'il ne soit pas dangereux d'y ajouter de nouvelles difficultés.

En un mot, je suis persuadé qu'il est préférable de graduer le courant d'avance et par la nature des éléments de l'appareil que de graduer le courant lorsqu'il circule, alors surtout que les appareils employés ne donnent que des indications incomplètes.

(*A suivre.*)

CORRESPONDANCE

Péritonite rhumatismale.

A M. le Dr Le Sourd, directeur de la Gazette des Hôpitaux.

Stainville, le 4 avril 1873.

Monsieur le directeur,

Au moment où M. Aimé Martin lisait à la Société de médecine de Paris une observation de péritonite rhumatismale, j'étais moi-même témoin d'un fait semblable et que je rencontrais pour la première fois, malgré ma pratique de trente années.

Au commencement du mois de mars dernier, j'étais appelé dans un village à quelques kilomètres de ma résidence, pour une femme d'une bonne constitution, âgée à peu près de trente-cinq ans et ayant été traitée par moi, deux ans auparavant, pour une attaque de rhumatisme articulaire qui avait suivi les phases ordinaires de cette maladie, et avait guéri après quatre ou cinq semaines de traitement.

Depuis cette époque, la santé avait été excellente, mais une nouvelle attaque rhumatismale venait de se déclarer et j'étais appelé à donner de nouveau mes soins à mon ancienne malade. Cette attaque était d'une intensité moyenne. Fièvre modérée, articulations des pieds et des genoux douloureux, légères palpitations sans bruits anormaux, état général satisfaisant.

Malgré le traitement employé, cet état, depuis une dizaine de jours, n'avait subi aucune modification suivie, lorsque les douleurs articulaires cessèrent presque subitement, le ventre devint douloureux, tendu, les urines et les selles se supprimèrent presque complétement, et un commencement d'épanchement commença à se manifester.

Frictions mercurielles, purgatifs, dieurétiques, dérivatifs de toutes sortes, le tout employé sans succès. Les sangsues et émissions sanguines durent être mises de côté, la malade étant déjà affectée d'une manière notable. Les vomissements, les hoquets, se mirent de la partie et augmentèrent de jour en jour de violence. L'épanchement prit un volume considérable et le ventre, très-tendu, était tellement douloureux, que la malade était obligée de temps en temps de se tenir sur ses pieds et sur ses mains pour se procurer un moment de soulagement.

Enfin, après six jours de souffrances inouïes, depuis l'invasion de la péritonite et avec aggravation constante des accidents, une ponction fut faite et amena l'écoulement approximatif de dix à douze litres d'eau. Après cette opération, le calme parut revenir, mais la malade succombait épuisée vingt-quatre heures après.

Pour moi, aucun doute ne peut exister dans mon esprit sur la nature rhumatismale de cette péritonite. J'ai donc cru devoir soumettre cette observation à mes confrères, pour les engager à se tenir en garde contre cette terrible maladie, et pour leur rappeler qu'en pareil cas on ne saurait trop se hâter de recourir aux moyens les plus énergiques si l'on veut éviter une mort presque certaine.

Agréez, etc.

Dr Morin.

Amputations chez les vieillards.

Rimogne, 3 mai 1873.

Monsieur le directeur,

Je trouve, dans votre numéro du 1er mai, une observation d'amputation du bras chez un vieillard de soixante-dix ans pour une tumeur blanche du coude (hôpital Cochin, service de M. Després); amputation suivie de guérison. Cette observation donnera peut-être quelque intérêt à la relation que j'ai l'honneur de vous adresser, d'un cas récent d'amputation du bras chez une femme de *soixante-quatorze* ans, et suivie également d'une guérison rapide.

A Rocroy (Ardennes), au mois de janvier dernier, une femme de soixante-quatorze ans tombe, le bras droit presque tout entier dans un chaudron de lessive bouillante. Combien de temps le membre resta-t-il dans l'eau en ébullition? Il est difficile de l'évaluer, la femme ayant perdu connaissance; le fait est qu'il en résulta la coction complète de la main, de l'avant-bras et du bras jusqu'à la hauteur à peu près de l'insertion du deltoïde, c'est-à-dire une brûlure au cinquième et au sixième degré.

N'eût été l'âge de cette femme, l'indication était nettement posée: amputer le bras au tiers supérieur. Le chirurgien recula devant cette nécessité, comme devant une mutilation inutile et une souffrance en pure perte, puisque, en raison de l'âge, le chloroforme ne pouvait être employé sans danger.

Cependant les semaines s'écoulaient; la constitution de la blessée avait assez d'énergie pour faire les frais non-seulement d'une suppuration extrêmement abondante avec élimination de plusieurs portions d'os nécrosés, mais encore la nature avait tracé nettement la ligne de démarcation entre les tissus sphacélés et les tissus sains; dès lors, l'indication d'amputer se présentait de nouveau impérieusement. L'opération était vivement réclamée par la patiente et par sa famille, attristée des souffrances de cette malheureuse en proie aux plus cruelles tortures et à la puanteur qui s'exhalait de son membre.

C'est à ce moment que nous fûmes appelé et que nous résolûmes l'opération, qui nous présentait des chances de succès; nous invoquions d'ailleurs la maxime: *Melius anceps remedium quam nullum.*

Au lieu d'employer le chloroforme, qui nous paraissait contre-indiqué, nous insensibilisâmes l'épaule et la naissance du bras à l'aide d'un mélange réfrigérant de glace et de chlorure de sodium, sur lequel nous dirigeâmes un courant d'air à l'aide d'un soufflet.

L'insensibilité était presque complète et la compression de l'axillaire au creu de l'aisselle bien faite, l'amputation fut pratiquée à lambeau unique, vu la disposition de la blessure; l'os fut scié à quelques centimètres au-dessus du col chirurgical; les ligatures pratiquées d'une manière solide, les chairs rapprochées par des bandelettes de diachylum; un pansement alcoolisé fut fait.

L'opération fut suivie d'une syncope prolongée; mais quelques heures après cet accident immédiat, la réaction se faisait et le pouls était amplement revenu. Nous quittâmes alors notre opérée, toute heureuse d'être débarrassée d'un membre infect par une opération tout à fait indolore, car cette femme nous avoua avoir à peine senti le couteau de l'opérateur.

Treize jours après, les ligatures tombaient, et en moins de trois semaines la plaie était entièrement fermée.

J'ai cru que cette observation ne manquait point d'intérêt pour les lecteurs de la *Gazette des Hôpitaux*, venant comme appendice de l'observation recueillie dans le service du docteur Després.

Elle est remarquable à deux points de vue : d'abord à cause de l'âge de l'opérée, ensuite à cause de la substitution au chloroforme de la glace pilée mêlée au chlorure de sodium comme moyen anesthésique suffisant dans une amputation de membre.

Agréez, etc.

Dr L. Billet.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

La Société médicale du VIe arrondissement propose la question de prix suivante :

« L'abandon des émissions sanguines dans les maladies inflammatoires est-il justifié par les recherches d'anatomie pathologique récentes ou par les changements survenus dans les constitutions ou par l'emploi de médicaments nouveaux. »

La valeur du prix est de 400 francs.

Les mémoires doivent être adressés au secrétaire général dans les formes habituelles.

— Le concours pour deux places de chirurgiens du Bureau central a commencé le lundi 28 avril.

Juges : MM. Demarquay, Dolbeau, Guéniot, Léon Labbé, Marc Sée, Moissenet, Panas.

Quinze candidats : MM. Berger, Bergeron, Delens, Gillette, Laugier, Lucas-Championnière, Muron, Nepveu, Nicaise, Penières, Pinel, Prompt, Tardieu, Terrier.

— Bonne clientèle à céder à des conditions avantageuses dans une sous-préfecture du centre de la France; produit : 7 à 8,000 fr. S'adresser à M. le docteur Fort, rue Caumartin, 12.

— A céder une bonne clientèle médicale à vingt lieues de Paris. Rapport annuel : 9 à 10,000 francs. S'adresser pour les renseignements, chez M. Coccoz, libraire, 30, rue de l'École-de-Médecine.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Du traitement de la coqueluche par l'hydrate de chloral et par le bromure de potassium, par le docteur Armand. — In-8°. Prix : 1 fr. 50. — Paris, Adrien Delahaye.

Des diarrhées chroniques et de leur traitement par les eaux de Plombières, par le docteur Bottentuit, ancien interne des hôpitaux de Paris, chevalier de la Légion d'honneur, etc. — Prix : 2 francs. — Paris, Delahaye.

Le Directeur : Dr E. Le Sourd.

Paris. — Typographie A. Pougin, quai Voltaire, 13.

Eaux minérales de Vals acidules.

Gazeuses, Bicarbonatées, Sodiques, analysées par O. Henri.

Thermalit 13°	Saint-Jean	Rigolette	Précieuse	Désirée	Magdeleine
Acide carbonique libre...	1 425	2 095	2.218	2.145	2.050
Bicarbonate de soude....	1.480	5.800	5.940	6.040	6.280
— de potasse...	0.040	0.263	0.230	0.263	0.255
— de chaux....	0.310	0.259	0.630	0.571	0.520
— de magnésie.	0.120		0.750	0.900	0.672
— fer et mang.	0.006	0.024	0.010	0.010	0.029
Chlorure de sodium......	0.060	1.200	1.080	1.100	0.169
Sulfate de soude et chaux.	0.054	0.220	1.185	0.200	0.235
Silicate et silice, alumine..	0.080	0.060	0.060	0.058	0.097
Iodure alcal. arsenic lit...	indice	traces	indice	indice	traces
	2.151	7.826	8.885	9.142	9.248

Ces eaux sont *très-agréables* à boire à table, pures ou coupées avec du vin. Un excès d'acide carbonique et la proportion heureuse des bicarbonates calciques-magnésiens en font, malgré la plus riche minéralisation qui soit connue en France, des eaux *légères, douces*, essentiellement *digestives*. Dose ordinaire, une bouteille par jour. (*Indiquer autant que possible la source que l'on entend prescrire.*) *Emplois spéciaux* : SAINT-JEAN, maladie des organes digestifs ;—PRECIEUSE, maladies de l'appareil biliaire; — DESIREE, maladies de l'appareil urinaire ; — RIGOLETTE, chlorose, anémie; — MAGDELEINE, maladies de l'appareil sexuel.

SOURCE FERRO-ARSENICALE DE LA DOMINIQUE

Acide sulfurique libre................		1.33
Silicate acide	sesqui-oxyde de fer	0.44
Arséniate »		
Phosphate »		
Sulfate »		
— de chaux....................		
Chlorure de sodium....................		
Matières organiques....................		

Cette eau est arsenicale; elle n'a aucune analogie avec les précédentes. Fièvres intermittentes, cachexies, dyspnée, maladies de la peau, scrofule, maladies organiques, etc.

Les eaux de ces sources se transportent et se conservent sans altération ; elles se trouvent dans les principales pharmacies de France, au prix de 8,80 c. la bouteille en verre noir, revêtue d'une étiquette et coiffée d'une capsule en étain indiquant la source où elle a été puisée.

DRAGÉES DE PROTO-IODURE DE FER ET DE MANNE

DE L. FOUCHER (d'Orléans)

Ces dragées ont sur tous les autres ferrugineux l'incomparable avantage d'être aussitôt dissoutes qu'arrivées dans l'estomac, et, en outre, celui non moins important de ne jamais constiper. — 3 fr. le flacon de 100 dragées.

DRAGÉES D'IODURE DE POTASSIUM

(20 CENTIGRAMMES DE SEL PAR DRAGÉE)

DE L. FOUCHER (d'Orléans)

Ces dragées remplacent la saveur désagréable de la solution par le goût agréable d'un bonbon; le dosage est des plus commodes, puisque cinq dragées représentent un gramme d'iodure. Enfin la fidélité du médicament est constante, puisqu'au lieu d'être décomposé comme avec la solution, l'Iodure de Potassium arrive dans l'estomac sans avoir subi la moindre altération. — 4 francs en flacon de 100 dragées.

CONTREXÉVILLE

(SOURCE DU PAVILLON)

CONTRE LA GRAVELLE, LA GOUTTE ET LES MALADIES DES VOIES URINAIRES.

ÉTABLISSEMENT OUVERT

DU 15 MAI AU 15 SEPTEMBRE

Dépôt central : 23, r. de la Michodière, Maison TRINQUESSE (Paris), où l'on trouve toutes les eaux minérales et spécialement celles étrangères.

EAUX THERMALES SILICATÉES

De Sail-les-Bains (Loire)

Chemin de fer du Bourbonnais, station de Saint-Martin-d'Estreaux.

OUVERTURE LE 15 MAI

La silice et les silicates sont des médicaments nouveaux éminemment *dépuratifs, anti-infectieux et réparateurs.*

SAIL est le seul établissement hydro-minéral soit de France soit d'Allemagne où on traite notoirement par la silice et les silicates.

Vices du sang, dartres, scrofules, maladies de matrice, stérilité, goutte, rhumatisme, estomac, vessie, action sédative sur le système nerveux.

AULUS (Ariége)

Eau minérale laxative, diurétique, dépurative, antisyphilitique, combat très-avantageusement les **maladies de l'estomac, des intestins, des reins et de la vessie, la gravelle, la goutte, la constipation, la diarrhée chronique.** Par son action dépurative, elle agit merveilleusement contre les **maladies de la peau.** Paris, 18, rue Saint-Martin.

EPILEPSIE

HYSTERIE — NEVROSES

Le SIROP DE HENRY MURE, **au bromure de potassium** (exempt d'iodure), dont l'usage est aujourd'hui universellement répandu, a déterminé un nombre considérable de guérisons publiées dans les recueils scientifiques.

Chaque cuillerée de SIROP DE HENRY MURE contient 2 grammes de **bromure de potassium** d'une pureté chimique irréprochable.

PRIX DU FLACON : 5 francs.

Vente au détail. — A Paris, 16, rue de Richelieu, pharmacie LEBROU.

Vente en gros. — S'adresser à M. HENRY MURE, pharmacien, à Pont-Saint-Esprit (Gard).

VIANDE CRUE & ALCOOL

Traitement par l'ÉLIXIR alimentaire de DUCRO. PHTHISIE, anémie, **rachitisme**, DIABÈTE, *Diarrhée*, **Cachexies**, *Albuminurie, la* **Convalescence**, *l'épuisement.* (*Gros*), 8, *r. Neuve-Saint-Augustin, Paris.*

PANCRÉATINE DEFRESNE

ET LES PRODUITS QUI EN DÉRIVENT

EMPLOYÉS DANS LES HOPITAUX DE PARIS

(Voir le Mémoire présenté à l'Académie de médecine.)

La **Pancréatine Defresne** perd un tiers de sa force dans l'estomac, mais continue son action dans le duodenum en présence de la bile alcaline. Elle rend assimilable, 15 fois son poids de corps gras; elle digère 50 fois son poids de fibrine; 140 gr. d'empois ou 8,90 d'amidon.

ELLE RÉUSSIT BIEN DANS LES

DYSPEPSIES, GASTRITES, GASTRALGIES ET AUTRES AFFECTIONS DES ORGANES DIGESTIFS.

L'HUILE DE FOIE DE MORUE DEFRESNE

émulsionnée par la **Pancréatine**, est inappréciable dans les maladies de poitrine.

La Pancréatine, l'Huile de foie de morue pancréatique, l'Émulsion pancréatique, les Pilules, le Vin et l'Élixir pancréatiques, se trouvent à la pharmacie DEFRESNE, rue des Lombards, 2 et 4, et dans toutes les autres pharmacies. — ON Y TROUVE AUSSI LE

GOUDRON DEFRESNE

Liqueur préparée physiologiquement à l'aide de l'acide cholique et ayant tout l'arome et toutes les propriétés du goudron.

PILULES HÉMATIQUES DUROY

A l'extrait de sang de bœuf. — Tonique reconstituant complet

Anémies, affaiblissements, convalescences, etc. — 4 fr. le flacon de 100 pilules dragéifiées inaltérables. J.-L.-P. DUROY, pharm., lauréat de l'Institut, 10, rue du faub. Montmartre, Paris, et dans les pharm.

PRIME DE **16,600** FRANCS — MÉDAILLE D'**OR** A LAROCHE

QUINA LAROCHE

Extrait COMPLET **des 3 SORTES de quinquinas**

ÉLIXIR *reconstituant, tonique* et *fébrifuge.* A base de vin d'Espagne et d'un goût agréable, ce produit participe du vin et du sirop de quinquina, mais leur est bien supérieur en efficacité.

Le procédé **Laroche** consiste à épuiser par une série de véhicules variés, et un outillage spécial, la totalité des nombreux principes contenus dans les 3 meilleures sortes de quinquinas (*jaune, rouge et gris*), principes essentiels qui se complètent l'un par l'autre, et qui manquent presque toujours dans les préparations ordinaires.

Combiné au fer le *Quina Laroche* **Ferrugineux** offre une préparation aussi complète que possible, pour tous les cas où le *quinquina* et *le fer* sont jugés utiles.

PARIS, 22 et 15, rue Drouot, et dans toutes les pharmacies françaises et étrangères.

J. Laroche

ÉTABLISSEMENT THERMAL DE ROYAT

OUVERT TOUTE L'ANNÉE. — SAISON DU 15 MAI AU 15 OCTOBRE.

Nouvelle administration. — Amélioration de tous les services. — Seul Etablissement où l'Eau soit constamment renouvelée dans les baignoires ou piscines par un courant d'Eau thermale. — Aspiration, pulvérisation, douches, hydrothérapie. — Application des méthodes allemandes.

Même composition que les Eaux d'Ems.

Traitement des affections nerveuses, rhumatismes, dyspepsies, affections de l'appareil génito-urinaire, engorgements résultant de fractures et luxations, anémie, maladies des voies respiratoires; Drs CHEVALLIER, DECHAMBRE, DURAND-FARDEL, GUBLER, HOMOLLE, LE FORT, LEPILEUR, NIVET, PETREQUIN, ROTUREAU, FÉLIX ROUBAUD, etc. — 24 bouteilles : 15 fr. — 50 bouteilles : 30 fr.

Dépôts à Paris : boulevard Montmartre, 22 ; rue Duphot, 2; rue J.-J. Rousseau, 62 ; passage Sainte-Croix-de-la-Bretonnerie, 6 et 8 rue Taranne, 19.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Bureaux : 57, rue des Saints-Pères, 57
PRÈS L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix d'abonnement doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

On s'abonne hors de Paris dans les bureaux des Messageries et chez les Libraires. Les lettres non affranchies sont refusées.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui n'en peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS		POUR L'ÉTRANGER
Trois mois. .	8 fr. 50 c.	le port en sus suivant les derniers tarifs des Postes.
Six mois. . .	16 —	
Un an. . . .	30 —	

Paris, le 7 mai 1873.

SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance courte et passée presque en conversation. C'est, en effet, sous la forme d'une causerie familière que M. Bouley a exposé l'analyse des expériences de M. Chauveau sur le bistournage appliqué à l'étude des phénomènes de mortification et de putréfaction ; et les quelques observations que cette communication a suggérées à MM. Vulpian, Béhier, Verneuil et J. Guérin, n'ont été elles-mêmes qu'une manière de conversation, qui n'a pas été d'ailleurs sans intérêt.

Nous n'aurions rien à ajouter ici sur les expériences de M. Chauveau, à ce qui en a été déjà dit dans la *Gazette*, si elles ne nous fournissaient l'occasion de rappeler que sous un titre semblable, mais dont le premier terme est à tous égards bien préférable par sa simplicité et sa netteté à l'expression détestable de *nécrobiose*, sous le titre de *nécroses* et *gangrènes*, M. le docteur Lancereaux a publié, il y a environ six mois, dans la *Gazette médicale*, un travail très-intéressant. Dans ce travail, basé essentiellement sur des observations cliniques, M. Lancereaux décrit les phases très-distinctes de deux lésions, qui, souvent semblables à leur point d'arrivée, sont très-différents à leur point de départ : les nécroses, dont le caractère essentiel est la mortification d'une partie plus ou moins étendue des tissus ou des organes par diminution ou suppression des liquides nutritifs ; les gangrènes, qui ont le même caractère fondamental, avec cette différence qu'elles sont l'objet d'un processus assimilable à celui de la putréfaction, et dans lesquelles un rôle plus ou moins actif est assigné aux organismes inférieurs, dont les nécroses ne présentent pas trace.

Cette distinction, d'ailleurs très-fondée et que justifient également les observations et les expériences, n'est peut-être pas tout à fait aussi nouvelle qu'on le pense, et, comme M. Lancereaux l'a rappelé dans son travail, Sauvages, dans sa *Nosologie*, avait déjà établi sous d'autres termes une division à peu près semblable.

Il n'est peut-être pas inutile, dans une discussion où les faits se croisent, où les expériences se contredisent parfois, à mesure qu'elles se multiplient, de remettre en mémoire les faits observés par nos devanciers, qui s'y rattachent, sinon par des applications directes, au moins par des analogies.

Dr BROCHIN.

ASILE D'ALIÉNÉS DE BICÊTRE. — M. BERTHIER.

Difficulté diagnostique de certaines folies paralytiques, causée par leur similitude apparente avec certaines vésanies.

(Observation recueillie par M. E. CALMETTE.)

Il est dit dans la plupart des auteurs que la paralysie générale est caractérisée par des troubles de la motilité et par des idées plus ou moins incohérentes de satisfaction ou de tristesse. Cette définition (si tant est qu'on puisse définir une maladie si complexe) laisse la porte ouverte à une foule d'erreurs, que commettent souvent les personnes qui n'ont pas une grande habitude des aliénés. Nous avons, en effet, remarqué que, chez les aliénés paralytiques, le délire emprunte parfois la forme de la systématisation, et que des examens répétés sont alors nécessaires pour en découvrir le fond.

L'observation suivante est une preuve manifeste de ce que nous avançons.

M..... est né d'un père aliéné et ivrogne, et compte dans sa famille un grand nombre de phthisiques. Dès l'enfance il se montra bizarre, enclin à des idées fixes, et porté à la somnolence. Jeune homme, il se plaignait déjà de maux de tête que des écarts de régime ne purent qu'augmenter. Cependant il arriva jusqu'à l'âge de quarante ans, sans se montrer trop ridicule. A cette époque, il commença à éprouver des frayeurs dont il ne pouvait se rendre compte; étant à Florence, il craignait qu'on ne l'assassinât, voyait des agents de police à ses trousses : il finit par avoir une congestion cérébrale. Quelques mois après en survint une seconde, qui fut traitée par une saignée et marqua le début visible de l'aliénation mentale. « Je deviendrai fou, je le sens », s'écriait-il en se prenant la tête entre les mains. Il ne l'était que trop; car il se crut presque aussitôt ambassadeur général. Rentré en France, il fut ramassé par la police comme vagabond, et un certificat médical le déclara atteint d'affaiblissement intellectuel avec idées de grandeur et menaces de paralysie générale que les médecins de Sainte-Anne ne purent reconnaître sur le moment; car ils ne notèrent qu'un délire de persécution avec idées ambitieuses et troubles de la sensibilité générale. M..... entra à Bicêtre le 16 septembre 1872. Il avait été, disait-il, la victime d'une bande d'ennemis qui, dans un intérêt d'argent, cherchaient à le faire disparaître par le meurtre ou par le poison : Le complot dure depuis plusieurs années, prend tous les masques, et le suit dans tous les pays; les jésuites y sont pour quelque chose, mais heureusement le roi Victor-Emmanuel l'a

protégé parce qu'il le connaissait bien; il savait bien qu'il avait à faire au descendant d'une famille princière du Bengale, à un homme fort instruit et fort riche, dont tout le monde connaît l'histoire... Quelques jours après le premier interrogatoire, le malade demande sa sortie; il s'insurge contre sa séquestration, et ne comprend pas comment on a pu se tromper au point de renfermer illégalement un homme de sa trempe. Il soupçonne fort de ce crime le médecin, le nommé Labigne, qui se cache sous le nom de Berthier, et qu'il a vu à Lyon sous les habits d'un notaire. Quand on lui demande les preuves de ces attestations, il sourit dédaigneusement, et répond : « C'est assez connu; du reste il y a des papiers, et on les retrouvera, quoiqu'ils aient été volés. »

Voilà plus de trois mois que M..... est à Bicêtre, et, durant ce temps, il a exprimé les mêmes idées et les mêmes sentiments, suivant les exercices de l'établissement, mais refusant de s'occuper, réclamant sa mise en liberté, et répétant son petit roman avec une conviction profonde, — s'emportant même si on a l'air d'en douter ou d'en plaisanter. Cependant, en l'observant avec attention et persévérance, on finit par découvrir des troubles de la motilité, un tremblement très-léger des mains, une certaine hésitation de la parole avec tremblement de la langue et tressaillement fibrillaire des muscles de la face. En outre (chose importante), l'écriture dénote un défaut de sûreté dans la préhension, — le corps de l'écriture n'est pas très-correct, certaines lettres sont sautées et certains jambages mal tracés. — Evidemment cet homme est atteint d'une folie paralytique commençante; les troubles de la motilité sont indéniables, les idées de grandeur bien manifestes, et les accès de colère brusque auxquels il se livre, les congestions cérébrales antérieures, l'état qu'a présenté le malade au dépôt et ici, ne peuvent laisser aucun doute. Et cependant, quelle ressemblance du délire de cet aliéné avec ceux que l'on a nommés délire de persécution! Quelle systématisation, quelle absence d'incohérence au premier abord! On pouvait si bien s'y tromper que les médecins de Sainte-Anne ont caractérisé l'affection comme une simple vésanie. « Délire de persécution avec idées ambitieuses, hallucinations avec troubles de la sensibilité générale. »

Il résulte de ce que nous venons de rapporter que le délire de persécution, loin d'être toujours une entité morbide, n'est souvent qu'un élément d'affection mentale, et même un élément secondaire; qu'il en est de même du délire des grandeurs, qu'il doit en être de même du mystique, etc... La valeur séméiologique du symptôme, ou plutôt du syndrôme, en pathologie mentale, est donc des plus importantes à considérer; car c'est sur sa détermination que doivent reposer et une classification rationnelle, et un diagnostic complet, et un pronostic juste.

HOTEL-DIEU DE LYON. — M. Ollier.

Observations de suppuration musculaire (1).

Par M. A. Poncet, interne des hôpitaux.

La première observation que nous publierons est un exemple de cette localisation de l'inflammation du tissu cellulaire sous-aponévrotique, et si l'on nous fait observer que quelques-uns des signes présentés par le malade étaient ceux d'une myosite véritable, nous rappellerons le retour rapide et complet des mouvements du muscle. Moins de deux mois après l'ouverture de l'abcès, le sterno-mastoïdien droit était aussi souple que celui du côté opposé; les mouvements de la tête et du cou se faisaient aussi bien qu'auparavant.

Obs. I. — *Myosite suppurée du sterno-cléido-mastoïdien droit. Récupération complète des mouvements.*

Zoé B..., âgée de vingt et un ans, exerçant la profession de couturière, entre le 9 mai 1872 à l'Hôtel-Dieu de Lyon (salle Sainte-Marguerite, service de M. Ollier.)

Les antécédents de la malade n'offrent aucune particularité; elle raconte cependant avoir eu, il y a quelques années, des douleurs dans les articulations des membres inférieurs. Sa santé était bonne, lorsqu'elle s'aperçut, il y a quinze jours, d'un gonflement occupant la partie latérale droite du cou, en même temps les mouvements de la tête étaient douloureux, ainsi que la pression sur le trajet du sterno-mastoïdien droit. Au dire de la malade, le jour même où parurent les douleurs, elle était restée pendant quelque temps exposée à la pluie et n'avait pas eu le soin de changer de vêtement. Elle affirme n'avoir fait aucun effort, aucun travail pénible; sa profession n'exige pas, du reste, de fortes contractions musculaires.

Depuis quelques jours, les douleurs sont devenues plus vives, le moindre mouvement les exaspère, la tuméfaction, a de plus, notablement augmenté.

Lorsque la malade entre à l'Hôtel-Dieu, le début des accidents remonte à quinze jours.

On constate, du côté droit du cou, une tuméfaction qui, bien que marquée surtout le long du sterno-mastoïdien, empiète un peu sur les régions parotidienne et sus-hyoïdienne. Le gonflement ne paraît pas atteindre les parties profondes, c'est-à-dire sous-jacentes au muscle sterno-mastoïdien, qui est augmenté de volume et douloureux au toucher, particulièrement en bas, au niveau de ses attaches sternale et claviculaire. La pression est également douloureuse, mais à un degré moindre, au niveau de l'insertion mastoïdienne. L'empâtement occupe le trajet du sterno-mastoïdien et donne à la région une forme spéciale, qui frappe le regard; le muscle se dessine sous la peau, et lorsqu'on cherche à l'isoler avec les doigts, on sent qu'il est contracturé, sans avoir toutefois cette dureté de la myosite, que Velpeau compare à celle du bois.

La peau soulevée est d'un rouge mat, la pression provoque de vives douleurs. Quant aux mouvements du cou qui, primitivement, étaient très-douloureux, ils ne le sont presque plus, et la malade peut même incliner la tête sur l'épaule droite en tournant la face du côté opposé sans éprouver de souffrances.

Du 10 au 15 mai, l'état local de la malade ne présenta rien de particulier. Elle prit, le lendemain de son entrée, deux verres d'eau de Sedlitz, plusieurs fois par jour on renouvelait les cataplasmes sur la partie enflammée, recouverte d'onguent mercuriel belladoné. Le malade eut de la fièvre, et la température rectale varia pendant ces quelques jours entre 38° le matin et 40° le soir.

Le 15 mai, la rougeur qui avait augmenté, était plus marquée à la partie inférieure du muscle. M. Ollier perçut de la fluctuation. Les mouvements provoquaient beaucoup moins de douleur qu'une pression même légère. On continua les catasplasmes *loco dolenti*, et le 18 mai, M. Ollier, accédant à la demande de la malade qui voulait, à tout prix, éviter une cicatrice, fit une ponction avec l'aspirateur Dieulafoy, au niveau de l'extrémité inférieure du muscle, à $0^m,02$ au-dessus de la clavicule. Il retira un demi-verre de pus. Les jours suivants, la malade presse elle-même avec la main pour faire sortir le pus par l'ouverture produite par le trocart. A ce moment (21 mai), le muscle paraissait dur, volumineux, son diamètre transversal était augmenté. La température rectale prise matin et soir, oscillait entre 38° et 38 5/10.

Le 27 mai, on notait que la tête s'inclinait de plus en plus du côté malade, la face se tournant du côté opposé, et lorsque la malade quitta l'Hôtel-Dieu à la date du 29 mai, le sterno-mastoïdien droit était réduit de volume, il semblait plus petit que celui du côté opposé, et formait une corde que l'on pouvait facilement isoler, précisément à cause de sa rétraction. Les mouvements étaient difficiles, mais non douloureux; quant à la fistule, elle fournissait toujours un pus blanc-jaunâtre.

Deux jours après son départ, la malade entrait de nouveau à l'Hôtel-Dieu (salle Sainte-Marguerite) pour une arthrite rhumatismale de l'épaule. Elle resta un mois à l'hôpital; pendant les premiers jours, les douleurs articulaires furent très-vives et firent

(1) Fin. — Voir le dernier numéro.

craindre à M. Ollier la suppuration, qu'on pouvait d'autant plus éviter, malgré la nature évidemment rhumatismale de l'affection, que quelques jours auparavant, le sterno-mastoïdien avait suppuré. C'est, du reste, la coïncidence de cette inflammation musculaire et articulaire qui démontre la nature de la première.

Dès le 2 juin 1872, le trajet fistuleux était cicatrisé; on remarquait alors que le sterno-mastoïdien malade, facilement isolable, avait subi une atrophie notable et se trouvait moins gros que le sterno-mastoïdien opposé; mais quand, le 27 juin, la malade quitta l'hôpital, on ne trouvait, pour ainsi dire, plus de traces de la lésion musculaire, à part la cicatrice du trajet fistuleux.

Le muscle avait repris sa souplesse et sa grosseur. La malade portait la tête parfaitement droite, et pouvait la porter soit d'un côté soit de l'autre, avec la même facilité.

Nous avons, depuis, revu cette malade, les deux sterno-mastoïdiens ne présentent aucune différence, et tous les mouvements s'exécutent sans gêne aucune.

Obs. II. — *Rupture traumatique du corps du biceps. — Suppuration consécutive de la partie moyenne du muscle. — Persistance de la faiblesse des contractions, malgré le rétablissement de la continuité du muscle.*

M. C..., sœur hospitalière, reçut, il y a six ans, des soins de M. Ollier, pour une tumeur de la partie interne du bras, siégeant le long du biceps, dont elle occupait à peu près la partie moyenne. Cette tumeur s'était développée sans circonstances spéciales.

La malade portait un jour avec une de ses compagnes une baille à lessive, pesamment chargée. Au moment où, d'un commun accord, elles voulurent poser la baille à terre, la sœur qui lui aidait lâcha tout à coup l'anse qu'elle tenait. L'avant-bras, à demi fléchi, eut ainsi à soutenir tout le fardeau, et avant que le biceps eût le temps de se relâcher, l'extension se produisait brusquement. Au même instant, douleur subite vers le milieu du bras, à la partie antérieure, et qui lui fit immédiatement lâcher prise. Le biceps venait d'être rupturé incomplétement par la secousse.

La malade continua néanmoins à se servir de son bras, malgré la souffrance et malgré la difficulté qu'elle éprouvait à faire des mouvements.

Cependant, au bout de quelques jours, le bras se tuméfiait à sa partie moyenne et antérieure; au dire de la malade, le gonflement qui s'était produit allait, à partir de ce point, en diminuant progressivement et présentait la forme d'un de ces pains longs qu'on nomme *miche*.

Trois semaines après l'accident, M. C... entrait à l'infirmerie. M. Ollier constatait alors une tumeur fluctuante, du volume d'un gros œuf, située le long du biceps, à la réunion du tiers inférieur de ce muscle avec les deux tiers supérieurs.

L'avant-bras était fléchi sur le bras à angle droit; au niveau de la tumeur, la peau avait conservé la coloration normale. M. Ollier ouvrit cet abcès au bistouri, il s'écoula un verre de pus environ, provenant du corps même du muscle.

Les choses se passèrent très-simplement, et, peu de temps après, la cicatrisation avait lieu. Six ans s'étaient écoulés, lorsque M. Ollier revit la malade, le 7 décembre 1872. Il constata une réparation complète de la solution de continuité; le muscle biceps ne pouvait toutefois se contracter, comme celui du côté sain; il était diminué de volume et il en résultait une faiblesse notable du bras de ce côté. L'extension était complète.

Chez notre première malade, la gêne des mouvements a été passagère; quand les accidents inflammatoires eurent cessé, la rétraction musculaire persista pendant quelque temps encore, puis le muscle recouvra rapidement sa contractilité. C'est là un des côtés les plus intéressants de cette observation, et la récupération rapide des mouvements ne nous paraît expliquable que par la faible part qu'a prise à l'inflammation le muscle lui-même. Ainsi que nous le disions au début, la suppuration s'est faite surtout aux dépens de la gaîne celluleuse et du tissu cellulo-adipeux plus ou moins abondant, suivant les sujets, qui sépare les deux faisceaux sternal et claviculaire du sterno-mastoïdien.

Cette forme de myosite est utile à connaître, elle permet, à en juger par le fait que nous citons, un pronostic des plus favorables au point de vue du fonctionnement ultérieur du muscle. Il n'en est pas de même de la rupture musculaire, et surtout, comme le montre notre observation II, où la malade a été revue six ans après l'accident, lorsque la suppuration survient. Le pus se forme au niveau de la rupture, dans l'épaisseur du muscle, la forme purulente augmente la perte de substance musculaire, et plus tard, quand la cicatrisation s'opère, un tissu fibreux comble la solution de continuité. Le muscle ainsi interrompu perd de sa force contractile, d'où la gêne consécutive des mouvements.

DU MAL PERFORANT DU PIED

Par M. S. Duplay, chirurgien de l'hôpital Saint-Antoine, et J.-C. Morat, ancien interne des hôpitaux de Lyon.

Conclusions. — 1° Le mal perforant est une affection ulcéreuse du pied liée à une lésion dégénérative des nerfs de la région.

2° La dégénération des nerfs, qui tient sous sa dépendance immédiate l'ulcération, peut elle-même reconnaître les causes les plus diverses : lésions de la moelle et des ganglions spinaux, section, compression des gros troncs nerveux, altérations des extrémités nerveuses.

3° L'ulcère, une fois constitué, s'accompagne d'inflammation de voisinage affectant la totalité des tissus de la région. Ces lésions de voisinage s'étendent quelquefois très-loin du point de départ (endartérite). (*Arch. de méd.*)

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 6 mai 1873. — Présidence de M. Depaul.

CORRESPONDANCE OFFICIELLE

M. le ministre de l'instruction publique transmet l'ampliation du décret par lequel est approuvée l'élection de M. Charcot dans la section d'anatomie pathologique, en remplacement de M. Denonvilliers, décédé.

Après la lecture du décret faite par M. le Secrétaire perpétuel, M. Charcot, sur l'invitation du Président, prend place parmi ses collègues.

M. le ministre de l'agriculture et du commerce transmet les comptes rendus des maladies épidémiques qui ont régné dans le département de la Manche, pendant l'année 1872. (Comm. des épidémies.)

CORRESPONDANCE MANUSCRITE

Elle comprend : 1° une lettre de M. le docteur Hirtz, qui demande à être inscrit comme candidat à la place vacante dans la section de pathologie médicale. (Renvoyé à la section.)

2° Une lettre de M. Paquet, externe des hôpitaux, accompagnant l'envoi d'un pli cacheté renfermant la description d'un appareil pour le traitement des fractures de la clavicule. (Accepté.)

3° Une note de M. Jacquet de May, pharmacien à Paris, sur un petit appareil de son invention destiné à faciliter l'emploi et assurer la conservation des pommades.

4° M. Baillarger dépose un pli cacheté, dont l'auteur désire garder l'anonyme. (Accepté.)

PRÉSENTATIONS

M. Moreau communique, au nom de M. le docteur Johannet (de Chelles), le résultat de ses observations relativement au traitement de l'angine couenneuse.

M. Gubler présente, au nom de M. Debaux, pharmacien-major à l'hôpital militaire de Perpignan, un travail sur les algues marines du littoral des environs de Bastia (Corse).

M. Depaul présente, au nom de M. Guéniot, une brochure inti-

tulée : *Leçons faites à l'hôpital des Cliniques* (*clinique d'accouchements*).

M. GOSSELIN fait hommage à l'Académie du deuxième volume de sa *Clinique chirurgicale sur l'hôpital de la Charité*, et présente en outre, au nom de M. Duplay, le fascicule 2e du t. IV du *Traité élémentaire de pathologie externe*, par Follin et Duplay.

M. BÉCLARD dépose sur le bureau plusieurs brochures de M. le docteur Cabasse, médecin-major de 1re classe : la première sur les accidents consécutifs aux grands traumatismes ; la deuxième, sur le traitement de l'entorse grave par le massage, et la troisième sur les fractures de jambes.

M. LE PRÉSIDENT donne communication à l'Académie d'une lettre du ministre de l'instruction publique qui l'informe que le conseil supérieur devant se réunir prochainement, elle devra procéder, dans le plus bref délai, à l'élection d'un de ses membres destiné à en faire partie.

M. le président rappelle les art. 1 et 6 de la nouvelle loi qui fixent la manière dont doit être faite cette élection. Il y sera procédé dans la prochaine séance. Les membres de l'Académie recevront une convocation à domicile.

M. le président annonce ensuite qu'il y aura un comité secret à quatre heures et demie, pour entendre le rapport de M. Giraldès pour l'élection de correspondants étrangers et pour entendre les conclusions du rapport sur la vaccine.

La parole est à M. Béhier, à l'occasion du procès-verbal.

Septicémie.

M. BÉHIER (à l'occasion du procès-verbal), demande à présenter quelques courtes remarques au sujet de la lecture que M. Davaine a faite dans la dernière séance. M. Davaine a parlé, dans cette communication, de deux graves reproches que nous lui aurions faits, M. Vulpian et moi. M. Davaine s'est trompé, nous ne lui avons fait aucun reproche. En présence des faits avancés par notre collègue, nous avons voulu voir par nous-mêmes et nous avons constaté des faits différents ; nous avons dit ce que nous avons vu : voilà tout. Il n'y a dans tout cela ni reproche, ni opposition ; nous avons voulu montrer seulement, par là, qu'il y avait encore bien des points douteux ou obscurs, et que loin que la question soit résolue, comme M. Davaine semblait le croire, elle n'en est encore qu'à son commencement. Du reste, M. Davaine en est convenu lui-même depuis.

M. BOULEY dépose sur le bureau, au nom de M. Chauveau, membre correspondant de l'Académie, un travail intitulé : *Nécrobiose et gangrène. Étude expérimentale sur les phénomènes de mortification et de putréfaction qui se passent dans l'animal vivant.* M. Bouley donne de vive voix quelques explications sur ce travail qui a été déjà l'objet d'une présentation à l'Académie des sciences. (Voir le Premier-Paris du numéro du 6 mai et celui d'aujourd'hui.)

M. VULPIAN. Dans la relation des expériences que vient d'analyser M. Bouley, il est question d'injection de pus. Or le pus est un liquide beaucoup plus complexe que ne l'est un liquide simplement chargé de vibrioniens. De sorte qu'au point de vue de la question qui nous occupe, l'expérience de M. Chauveau ne démontrerait pas exactement ce qu'il se proposait de démontrer.

M. BÉHIER demande à M. Bouley si, en pathologie vétérinaire, on a jamais vu le bistournage mal tourner ? Auquel cas cela rentrerait dans la deuxième catégorie des expériences de M. Chauveau.

M. BOULEY répond qu'il ne connaît point de fait à cet égard, ne s'étant jamais occupé lui-même de bistournage.

M. VERNEUIL. Il ne faut pas laisser tomber cette expérience très belle de M. Chauveau ; mais elle ne saurait suffire pour résoudre les questions pratiques qui nous intéressent. Il y aura à reprendre ce genre d'expérience au point de vue de l'influence des états diathésiques acquis sur le traumatisme. En règle générale, une lésion interstitielle ne doit jamais suppurer ; une fracture simple ne suppure jamais. Mais qu'il survienne un état fébrile intercurrent, le sang altéré amènera la suppuration. Je rappellerai à ce sujet une expérience de Darcet. Il injectait des poussières dans le torrent circulatoire d'un animal ; il créait ainsi des infarctus ; les animaux vivaient très-bien ; mais après cette première expérience, il prenait un peu de matière putride qu'il injectait, et là où il n'y avait que de simples infarctus bénins, inoffensifs, il survenait des abcès avec toutes leurs conséquences.

M. J. GUÉRIN. Je citerai un fait que j'ai eu l'occasion d'observer plusieurs fois et qui montre que l'intervention d'un état fébrile, même infectieux, n'a pas toujours une action pernicieuse sur le traumatisme sous cutané. J'ai vu souvent, dans le service dont j'étais chargé à l'hôpital des Enfants, des enfants auxquels j'avais pratiqué des opérations sous-cutanées et qui ont été pris de fièvres éruptives sans que la réunion sous-cutanée en ait été troublée.

A quatre heures et demie, l'Académie se forme en comité secret.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Séance du 7 février 1873 (1). — Présidence de M. LUNIER.

M FORGET, au nom de la commission composée de MM. Aimé-Martin, Reliquet et Forget, rapporteur, lit le rapport sur le mémoire et la candidature de M. de Saint-Germain :

Messieurs, désigné pour faire partie de la délégation de la Société de chirurgie aux obsèques de notre regretté collègue, le docteur Huguier, je ne voulus pas quitter le champ funéraire où reposent tant d'hommes éminents qui ont illustré notre profession, sans m'arrêter un instant au monument élevé à Jacques Lisfranc, qui fut mon maître en chirurgie. Sur l'une des faces du mausolée, on lit, inscrite en caractères profondément creusés dans le marbre, cette proposition qui, bien souvent, se reproduisait dans ses leçons de clinique, à l'hôpital de la Pitié, dont il était le chirurgien en chef : « Si la chirurgie est brillante quand elle opère, elle l'est bien plus encore lorsque, sans faire couler le sang et sans mutilation, elle obtient la guérison des malades. »

Cet enseignement d'outre-tombe ne doit pas être perdu pour les jeunes générations médicales auxquelles il n'a pas été donné d'entendre la parole puissante et convaincue de ce maître, qui fut un des plus ardents apôtres de la chirurgie conservatrice en même temps qu'il était un des représentants les plus autorisés en médecine opératoire.

L'énoncé de ce souvenir du passé que j'évoque devant vous m'a été remis en mémoire par le travail de l'honorable M. de Saint-Germain, dont vous m'avez chargé de vous faire un rapport.

C'est qu'alors, comme aujourd'hui, deux Écoles sont en présence en chirurgie : l'une, trop radicale, pressée d'agir, et dont les déterminations prématurées font trop facilement appel aux procédés expéditifs, à l'opération ; l'autre, dont je viens de retracer la devise, s'y montre fidèle dans ses déterminations comme dans ses actes. Associant les ressources variées de la thérapeutique médicale aux agissements de la médecine opératoire prescrite impérieusement par des indications secondaires et spéciales, elle lutte avec persévérance et souvent avec bonheur contre les difficultés des cas pathologiques les plus graves en apparence, l'opération qui détruit et mutile étant pour elle l'*ultima ratio*.

C'est à cette École que M. de Saint-Germain se rattache et qu'il vient de donner des gages sérieux en prouvant, par les succès remarquables qu'il nous a signalés dans les traumatismes les plus complexes et les plus variés, la puissance de la méthode conservatrice intelligemment employée.

Le travail qu'il a lu devant vous est donc, comme il le dit lui-même, une contribution au système de conservation duquel les chirurgiens, à mon avis, ne doivent jamais se départir.

Appelé à l'hopital Saint-Antoine, M. de Saint-Germain est conduit, par l'insalubrité des salles qui lui sont données, par la mau-

---

(1) Fin. — Voir le numéro du 6 mai 1873.

vaise réputation qu'elles ont d'engendrer les graves complications qui font échouer toutes les opérations sérieuses, telles que l'érysipèle, la pourriture d'hôpital, l'infection purulente, à renoncer à la pratique des amputations, même pour les cas où elle semblait le plus formellement indiquée.

Bien lui en prit, comme vous l'avez pu voir en comparant les succès qu'il a obtenus aux désastres constamment observés à la suite des opérations auxquelles il n'a pu tout d'abord renoncer, car lui aussi, il y a eu recours, et l'issue, malgré l'enveloppement ouaté du moignon pratiqué par un ancien interne de M. Guérin, le propagateur de ce mode de pansement, n'en a pas pour cela été plus favorable.

Je n'ai pas à insister sur les détails des observations citées par M. de Saint-Germain, celles-ci devant être publiées intégralement dans vos comptes rendus. Je me bornerai à vous faire remarquer qu'elles sont, les unes et les autres, un spécimen de lésions traumatiques considérables, de fractures compliquées, de plaies communiquant avec le foyer de celle-ci, et, dans un cas, à l'intérieur d'une grande articulation. Eh bien, dans tous ces cas, au nombre de trente, deux exceptés, la chirurgie conservatrice, après avoir traversé bien des péripéties difficiles et inquiétantes, a fait son œuvre de réparation. La lutte a plus d'une fois été incertaine et menaçante quant à son résultat; l'entreprise a été toujours ardue et laborieuse, mais le succès obtenu par notre confrère, malgré les influences insalubres et morbifères du milieu dans lequel les malades étaient placés, n'en est que plus méritoire pour le chirurgien et plus probant en faveur de la méthode.

Quant à moi, en fixant plus spécialement mon attention sur le dernier paragraphe du travail de M. de Saint-Germain, la conclusion en faveur de cette méthode ne me paraît pas contestable.

En effet, il débute dans son service par trois amputations (deux de cuisse, une de jambe); il y a eu trois morts.

Dans vingt-cinq cas de lésions traumatiques des plus graves, il tenta la conservation et obtint vingt-trois guérisons et deux morts. Ces chiffres sont-ils assez éloquents? En vérité je ne vois rien à leur objecter.

Oui, notre confrère a atteint le but qu'il s'est proposé; il apporte une contribution sérieuse à la méthode de conservation en chirurgie, et la Société de médecine de Paris lui saura gré de lui avoir communiqué son intéressant travail.

Quant à moi, je ne clôrai pas mon rapport sans faire une dernière remarque que des praticiens expérimentés ne peuvent manquer d'approuver.

C'est que la méthode conservatrice, pour être efficace, exige, de la part du chirurgien, des qualités nombreuses et variées, un coup d'œil sûr qui saisit les indications spéciales qui surgissent dans le cours d'un traitement toujours long et laborieux, une vigilance assidue qui prévoit en quelque sorte les complications, une habileté ingénieuse à savoir tourner les difficultés, et une main sûre qui évite au malade des mouvements intempestifs, des douleurs inutiles, et enfin, messieurs, et je le dis à l'éloge de M. de Saint-Germain, que j'ai vu pour ainsi dire à l'œuvre en lisant attentivement chacune de ses observations : Tant vaut l'homme! Tant vaut sa méthode!

La commission vous propose la publication de son travail et l'admission à titre de membre titulaire.

DISCUSSION

M. PETER insiste sur l'importance pratique de la chirurgie conservatrice, et, à l'appui, il cite les faits suivants :

Le jour de l'entrée des troupes de Versailles à Paris, Mme ***, habitant l'asile Larochefoucault, fut blessée à la hanche par un éclat d'obus. Le grand trochanter était fracturé, ainsi que le bord supérieur de l'os iliaque, et la plaie de tégument était énorme. M. Lannelongue vit la malade avec nous. Nous nous bornâmes à immobiliser le mieux possible, à surveiller et à panser avec soin. La malade marche actuellement, avec un raccourcissement de 0m06.

Étant interne de M. Gerdy, à la Charité, il arriva dans le service une femme qui venait d'avoir quatre doigts de la main sciés. Il n'y avait plus que les parties molles qui tenaient par quelques tractus cellulaires. Les os étaient complétement coupés. Je mis la main sur une planchette; je réunis le mieux que je pus les parties en les fixant avec une bandelette de diachylon; et, sur l'avis formel de M. Gerdy, tout fut laissé en place pendant dix jours. Lorsque je levai le pansement, toutes les parties étaient réunies.

M. ONIMUS. Ce que l'on sait des greffes physiologiques permet d'admettre que si on arrivait toujours assez vite pour appliquer l'une à l'autre les surfaces de section, on obtiendrait souvent des résultats semblables à celui de M. Peter.

M. GILLETTE. M. Denonvilliers insistait beaucoup sur ce fait que les fractures compliquées des doigts guérissaient très-bien. Aussi doit-on toujours tenter la conservation dans ces cas.

M. FORGET. J'ai surtout voulu faire ressortir le travail du candidat. Aussi je n'ai point parlé des nombreux faits de conservation que je possède. Je crois devoir insister sur ce fait de la plus haute importance pratique, c'est que le chirurgien ne parvient à obtenir ces beaux résultats de conservation des membres que par une vigilance et une assiduité complète près de ses malades. C'est ce qu'a fait M. de Saint-Germain, et il a réussi dans une salle, dans un milieu où, avant, tous les opérés mouraient d'infection purulente ou d'érysipèle.

M. GILLEBERT DHERCOURT. Quand j'exerçais à la campagne, je fus appelé près d'un homme sur la jambe duquel venait de passer la roue d'une charrette. Il y avait un véritable écrasement de l'extrémité inférieure de la jambe, tout près de l'articulation du pied. J'immobilise au moyen d'attelle et je fais de l'irrigation continue. Après quelques jours, la plaie se déterge, les fragments sont dénudés et l'articulation du pied se trouve largement ouverte. Je le soigne un certain temps, puis j'envoie mon malade à l'hôpital d'Orléans. Il y reste dix-huit mois et en sort marchant très-bien.

Une autre fois, j'eus à donner mes soins à un marinier qui, ayant eu le bras pris entre un bateau et une pile de pont, avait un décollement sous-cutané de toute la peau de la face externe de l'avant-bras avec fracture de l'extrémité supérieure du radius. Je fis de l'irrigation continue, et il guérit très-bien.

M. GILLETTE fait remarquer que ces blessés ont été soignés à la campagne.

La discussion sera continuée à la prochaine séance.

La Société décide que les prochaines séances auront lieu, 3, rue de l'Abbaye, dans la salle de la Société de chirurgie. Et maintenant les séances auront lieu le deuxième et le quatrième samedi de chaque mois.

La séance est levée à cinq heures et demie.

Le secrétaire annuel : E. RELIQUET.

THÈSES

SOUTENUES A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS PENDANT L'ANNÉE 1873.

83. Souplet. De l'emploi du bain tiède dans quelques maladies de poitrine, et en particulier dans la phthisie pulmonaire.
84. Olinger. Esquisse de la physiologie de la fonction urinaire et applications pathologiques.
85. Masbrenier. Du traitement de l'excitation et de la stupeur dans diverses formes de l'aliénation mentale.
86. Esquive. Observations de forme continue de fièvres palustres.
87. Bertail. Étude sur la phthisie diabétique.
88. De Montigny. Sur un cas d'oblitération artificielle du vagin (Méthode indirecte du traitement des fistules vésico-vaginales).
89. Grocler. Du lymphadénome.

90. Quiros. Inconvénients des sondes à demeure.

91. Pozzi. Étude sur les fistules de l'espace pelvi-rectal supérieur ou fistules pelvi-rectales supérieures.

92. Billiotte. De la tuberculose du péritoine observée spécialement chez l'adulte.

93. Conraud. De la névropathie cérébro-cardiaque.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Collége de France. — M. Tridon est nommé préparateur du cours d'histoire naturelle des corps organisés, en remplacement de M. Philippeaux, démissionnaire.

— *Muséum d'histoire naturelle.* — M. Poisson, préparateur de botanique au Muséum, est chargé des fonctions d'aide-naturaliste près la chaire de botanique audit établissement.

— *Faculté de médecine de Paris.* — M. Grimaux (Louis-Édouard), agrégé, est chargé d'un cours complémentaire de chimie pendant l'année classique 1872-1873.

— *Faculté de médecine de Montpellier.* — M. Vignal, agrégé, est chargé de la chaire de médecine légale et de toxicologie, en remplacement de M. Réné, décédé.

— *Faculté des sciences de Poitiers.* — M. Dassy, bachelier ès lettres et ès sciences, est nommé préparateur de physique et d'histoire naturelle.

École de médecine et de pharmacie de Caen. — Sont nommés : professeur adjoint de clinique interne, M. Fayel-Deslongrais, en remplacement de M. Faucon, démissionnaire ; — professeur adjoint d'anatomie et de physiologie, M. Auvray, en remplacement de M. Fayel-Deslongrais ; — chef des travaux anatomiques, M. Wiart, en remplacement de M. Auvray ; — professeur suppléant, M. Delouey, en remplacement de M. Wiart.

— *École de médecine de Lille.* — M. Joire, professeur de thérapeutique et matière médicale, est nommé professeur de thérapeutique (chaire transformée) ;

M. Lotar, professeur d'histoire naturelle médicale, est nommé professeur de pharmacie et matière médicale (chaire transformée) ;

M. Hallez, suppléant pour les chaires de clinique médicale, est chargé du cours d'histoire naturelle médicale (chaire nouvelle) ;

M. Baggio, suppléant pour la chaire de médecine proprement dite, est chargé du cours d'hygiène et de médecine légale (chaire nouvelle) ;

M. Garreau, professeur de pharmacie et de chimie, est nommé professeur de chimie et de toxicologie (chaire tranformée).

— *École de médecine de Reims.* — M. Lemoine, suppléant pour la chaire d'histoire naturelle et matière médicale, est chargé provisoirement du cours d'histoire naturelle médicale (chaire nouvelle) ;

M. Gentilhomme, suppléant pour les chaires de chirurgie, est chargé provisoirement du cours de pathologie externe (chaire nouvelle).

— *École de médecine de Rouen.* M. Hélot, professeur d'accouchements, est autorisé à se faire suppléer dans son cours, pendant le deuxième semestre de la présente année classique, par M. Pennetier, suppléant pour les chaires d'anatomie et de physiologie ;

M. Blanche, professeur d'anatomie et de physiologie, est nommé professeur de thérapeutique et de matière médicale, en remplacement de M. Pouchet, décédé ;

M. Thierry, suppléant pour les chaires de pathologie externe et de clinique chirurgicale, est nommé professeur d'anatomie et de physiologie, en remplacement de M. Blanche.

— *École de pharmacie de Nancy.* M. Schmitt, licencié ès sciences physiques, pharmacien de 1re classe, ancien chargé des fonctions d'agrégé à l'École supérieure de pharmacie de Strasbourg, est chargé provisoirement des mêmes fonctions à l'École supérieure de pharmacie de Nancy. M. Schmitt sera chargé, en cette qualité, du cours de pharmacie. — M. Haller est nommé préparateur ; — M. Cholet est nommé aide-préparateur.

— La Société de prévoyance des pharmaciens de la Seine, composée de plus de quatre cents membres, a tenu son assemblée générale annuelle le 9 avril dernier, à l'École de pharmacie, rue de l'Arbalète, nº 21.

Après la lecture du procès-verbal de la dernière séance, par M. Champigny, secrétaire adjoint, M. Crinon, secrétaire général, a lu l'exposé des travaux du conseil d'administration pendant l'année écoulée.

L'assemblée a procédé ensuite à l'élection d'un vice-président, d'un trésorier et de cinq conseillers.

En conséquence, le conseil d'administration se trouve ainsi composé, pour l'année 1873-1874 :

Président, M. Ferrand ; *vice-président*, M. A. Fumouze ; *secrétaire général*, M. Crinon ; *secrétaire adjoint*, M. Champigny ; *trésorier*, M. Labélonye ; *conseillers*, MM. Fontoynont, Auclair, Cassan, Tricard, Touzac, Julliard, Duroziez, Catillon, Figarol et Thibault.

— La Société de médecine de Paris tiendra sa prochaine séance le samedi 10 mai, à trois heures et demie très-précises, nº 3, rue de l'Abbaye.

Ordre du jour : 1º Lecture du procès-verbal de la précédente séance ; — 2º Lecture de M. Camuset (cataracte par kératotomie supérieure, ancien procédé français) ; — 3º Lecture de M. Chéron (de la circulation cérébrale et des modifications que peuvent lui imprimer les courants électriques) ; — 4º Rapport de M. Peter sur la candidature de M. Polaillon au titre de membre titulaire ; — 3º Continuation de la discussion sur la position du cœur.

— La Société des médecins des Bureaux de bienfaisance tiendra sa prochaine séance mercredi 13 mai, à huit heures précises du soir, à la mairie du Louvre, place Saint-Germain-l'Auxerrois.

Ordre du jour : 1º Rapport de la commission du prix fondé par la Société ; — 2º De l'utilité d'une publicité périodique des maladies régnantes, au moyen des documents fournis par les médecins des Bureaux de bienfaisance.

— La Société de thérapeutique expérimentale de France tiendra sa prochaine séance rue des Poitevins, nº 2, le mercredi 14 mai.

Ordre du jour : 1º Lecture d'un travail de M. Gaube (du Gers) sur le calcul des probabilités appliqué à la thérapeutique ; 2º Lecture d'une note de M. Corre sur quelques remèdes populaires aux Antilles et au Mexique.

— M. le docteur Michel Peter, médecin de l'hôpital Saint-Antoine, professeur agrégé de la Faculté de médecine, commencera des leçons de clinique médicale le vendredi 9 mai, à neuf heures un quart, et les continuera tous les vendredis à la même heure.

Visite des malades et conférences cliniques tous les matins, à partir de huit heures et demie.

— M. le docteur Simon Duplay, chirurgien de l'hôpital Saint-Antoine, professeur agrégé de la Faculté de médecine, commencera des leçons de clinique chirurgicale le mardi 13 mai, à neuf heures, et les continuera tous les mardis, à la même heure.

Opérations tous les mardis à dix heures. — Visite des malades tous les jours, à huit heures et demie.

— *Hospice de la Salpêtrière.* — M. le docteur Luys commencera un cours sur la structure et les maladies du cerveau, le dimanche 11 mai, à neuf heures.

— M. Chambon tient à la disposition de MM. les médecins du vaccin de génisse les mardis et mercredis, de une heure à quatre heures, rue Chaptal, 20.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Appendice au traitement des maladies des femmes : des bandages et des ceintures hypogastriques, par le docteur Bernier de Bournonville.— In-8° avec 25 figures dans le texte. Prix : 2 francs. — Paris, Adrien Delahaye.

De la transfusion du sang défibriné, nouveau procédé pratique, par le docteur De Belina. — 2e édition in-8°. Prix : 2 fr. — Paris, Adrien Delahaye.

Étude sur la valeur séméiologique de la ménorrhagie ou exagération du flux menstruel, par le docteur Potheau. — In-8°. Prix : 2 francs. — Paris, Adrien Delahaye.

Des sueurs locales, par le docteur Débrousse Latour. — In-8°. Prix : 2 francs. — Paris, Adrien Delahaye.

Recherches sur la structure normale du corps thyroïde, par le docteur Boéchat. — In-8° avec une planche. Prix : 1 fr. 75. — Paris, Adrien Delahaye.

L'Étudiant micrographe, traité pratique du microscope et des préparations, par Arthur Chevalier, O. ✻, 1 vol. de 600 pages, 600 figures : 7 fr. 50. — Delahaye, place de l'École-de-Médecine. — Catalogue illustré des microscopes, gratis, chez Arthur Chevalier, Palais-Royal.

Des diarrhées chroniques et de leur traitement par les eaux de Plombières, par le docteur Bottentuit, ancien interne des hôpitaux de Paris, chevalier de la Légion d'honneur, etc. — Prix : 2 francs. — Paris, Delahaye.

Le Directeur : Dr E. Le Sourd.

Paris. — Typographie A. Pougin, quai Voltaire, 13.

N° 54. — SAMEDI 10 MAI 1873. 46e ANNÉE. SAMEDI 10 MAI 1873. — N° 54.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Bureaux : 57, rue des Saints-Pères, 57
PRÈS L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix d'abonnement doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

On s'abonne hors de Paris dans les bureaux des Messageries et chez les Libraires. Les lettres non affranchies sont refusées.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui n'en peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS: Trois mois. . 8 fr. 50 c. Six mois. . . 16 — Un an. . . . 30 —

POUR L'ÉTRANGER le port en sus suivant les derniers tarifs des Postes.

REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE

Traitement du rhumatisme articulaire aigu par la propylamine.

Où en est la question du traitement du rhumatisme articulaire par la propylamine? — D'abord, lisez : *triméthylamine* et même *chlorhydrate de triméthylamine*, les recherches chimiques ayant démontré que le mot propylamine est une appellation inexacte d'une solution plus ou moins complexe d'ammoniaque et de triméthylamine; de sorte que si ce nom de propylamine devait être conservé, il faudrait qu'il fût bien convenu qu'on ne doit pas l'attribuer au corps qu'il représente chimiquement, mais à ce mélange complexe. Ajoutons que le dernier mot de la question chimique serait la substitution à cette substance complexe et d'une composition variable, d'un sel fixe, cristallisé, le chlorydrate de triméthylamine, dont l'action physiologique et thérapeutique, déjà constatée par plusieurs expériences, serait identique à celle de la propylamine et l'administration plus facile.

Depuis les premières communications sur ce sujet dont nous avons rendu compte, les essais se sont multipliés dans les hôpitaux et dans la pratique civile. Dans un travail publié récemment (1) M. Dujardin-Beaumetz résume en ces termes l'état actuel de la question, au point de vue thérapeutique, d'après l'analyse de quinze nouvelles observations recueillies dans divers services des hôpitaux.

Dans toutes ces observations, la triméthylamine a été employée en potion, et la dose a été en moyenne de 1 gramme à 1gr. 50. Dans un cas elle a été élevée jusqu'à 2 gr. 75. A cette dose elle a produit une irritation vive dans l'arrière-gorge et dans l'estomac. A dose modérée elle a été le plus souvent très-bien supportée. Elle a déterminé cependant quelquefois, notamment dans deux cas, de la diarrhée. M. Beaumetz a vu chez un malade une seule dose de 0gr 75 produire une sensation de sécheresse tellement vive dans l'arrière-gorge, que l'on dut cesser la médication. Mais ce fait, tout à fait exceptionnel, paraît-il, n'aurait été observé que cette seule fois.

Voici, dans leur ensemble, les effets thérapeutiques constatés :

Le premier phénomène observé après l'administration de la triméthylamine, c'est la diminution dans les douleurs; ce soulagement s'est produit dans un assez grand nombre de cas, dès les premiers jours de la médication. — C'est même ce signe qui permet d'affirmer que le médicament aura une action favorable sur la marche subséquente du rhumatisme; car lorsqu'il fait défaut après quatre ou cinq jours de traitement, il est à présumer qu'il n'aura aucune action satisfaisante.

En même temps que cette diminution dans les douleurs articulaires, il se fait aussi une diminution dans le pouls et la température, — ce qui a fait admettre par quelques observateurs, par M. Bucquoy, en particulier, que la triméthylamine agirait dans ce cas comme le sulfate de quinine, mais avec plus d'énergie et de constance. A ces phénomènes s'ajoute la diminution de volume des articulations qui reprennent peu à peu leurs dimensions normales.

Cependant les poussées articulaires ne s'arrêtent pas toujours brusquement, elles se produisent encore pendant la médication, mais avec une intensité beaucoup moindre et décroissante jusqu'à la guérison.

Un phénomène qui a été signalé plusieurs fois, notamment par MM. Gombault et Martineau, est l'augmentation très-notable de l'appétit.

Du côté des urines, les résultats observés ont été très-variables : tantôt elles ont été augmentées, tantôt elles n'ont subi aucune modification.

Il en a été de même des sueurs.

En général, il a paru aux observateurs, et en particulier à M. Féréol, que les indications de la triméthylamine étaient en raison même de l'acuité de la maladie. Plus le rhumatisme a eu une marche aigüe, rapide et envahissante, plus l'action du médicament a paru favorable. Il y a eu une exception toutefois à ce fait général, dans l'un des faits observés par M. Martineau.

Dans le rhumatisme subaigu, la médication a donné encore de bons résultats ; mais ils sont devenus de plus en plus rares, quand on a eu affaire à des rhumatismes à forme chronique, et tout à fait nuls dans les cas de rhumatisme noueux.

Les complications qui surviennent dans le cours du rhumatisme articulaire aigu n'ont paru contre-indiquer nullement l'em-

(1) *Nouvelles recherches sur la triméthylamine et son usage thérapeutique dans le traitement du rhumatisme articulaire aigu*. Broch. in-8, 1873. — G. Masson.

ploi de la triméthylamine, même lorsqu'il s'est agi de complications du côté de l'encéphale. Dans une observation de M. Gombault on voit un cas de rhumatisme articulaire aigu des plus graves avec délire, guérir rapidement sous l'influence de ce traitement. M. Bucquoy, dans l'un des faits qu'il a observés à l'hôpital Cochin, a constaté aussi une amélioration très-notable avec la médication en question, dans un cas fort grave de rhumatisme aigu, compliqué non-seulement de péricardite, mais encore d'un épanchement pleurétique considérable.

Nous ne serions point historien fidèle, si nous laissions croire que la médication par la propylamine ou triméthylamine ne compte que des partisans, et qu'elle n'a donné que des succès. On a vu déjà, dans le résumé que nous venons de présenter, quelques exceptions et quelques contre-indications stipulées par M. Dujardin-Beaumetz et par quelques-uns des autres expérimentateurs. Nous trouvons dans le dernier rapport sur les maladies régnantes, fait à la Société médicale des hôpitaux par M. Besnier, rapport auquel nous aurons plusieurs faits intéressants à emprunter dans notre prochaine Revue, une note de M. Laboulbène, qui déclare n'avoir pu constater les avantages attribués à la propylamine sur les autres médications en usage ; les résultats qu'il en a obtenus ne diffèrent pas, à son sentiment, de ceux que lui auraient probablement donnés, dans les mêmes circonstances, le sulfate de quinine, la vératrine, les alcalins ou l'opium. — C'est déjà, il est vrai, quelque chose. Enfin le rapporteur lui-même fait une réserve, très-sage à notre avis, relativement au caractère généralement assez bénin des rhumatismes sous la constitution médicale régnante, circonstance dont il y aura lieu de tenir compte, en effet, lorsqu'il s'agira d'apprécier définitivement la valeur absolue et la valeur comparative de cette médication encore dans sa phase d'essai.

Ces réserves faites, poursuivons notre exposé, en faisant connaître les résultats obtenus par les expériences faites avec le chlorhydrate de triméthylamine.

Du chlorhydrate de triméthylamine.

Le chlorhydrate de triméthylamine, avons-nous dit, est un sel fixe qui cristallise en aiguilles allongées ; « il est très-déliquescent, et sa solution, lorsqu'elle est très-concentrée, agit comme un caustique sur la peau ou sur les muqueuses.

« Ce sel n'a pas d'odeur ; seulement en solution, et lorsqu'on élève sa température, il répand l'odeur caractéristique de la triméthylamine, c'est-à-dire celle du poisson pourri.

« Le goût de cettte solution n'est pas désagréable et présente une saveur alcaline des plus prononcées. »

Voilà ce que nous apprend M. Dujardin-Beaumetz sur ce sel, dans une note insérée au *Bulletin général de thérapeutique*. Mais, ce qui importe surtout pour nous, c'est le résultat pratique.

Le chlorhydrate de triméthylamine, soumis par M. Beaumetz à des expériences physiologiques, a été essayé cliniquement par M. Martineau, à l'Hôtel-Dieu, par M. Gombault à l'hôpital Saint-Antoine (dans deux cas), et par M. Bouchard à l'hôpital de la Charité. Il a été donné en potion (son action caustique et irritante sur les muqueuses, à l'état de concentration, jointe à ses propriétés déliquescentes nécessitant ce mode d'emploi); la dose a été de 50 centigrammes à 1 gramme pour les vingt-quatre heures, dans une potion simple, à prendre par cuillerées à bouche d'heure en heure.

Voici en substance quels ont été les résultats de ces expériences et de ces essais cliniques.

Au point de vue physiologique, le chlorhydrate de triméthylamine abaisse le pouls, la température et le chiffre de l'urée sécrétée en vingt-quatre heures.

Au point de vue thérapeutique, il paraît avoir une action des plus favorables dans la cure du rhumatisme articulaire aigu, et cette médication paraît supérieure à toutes celles qu'on a préconisées jusqu'à ce jour.

— Terminons cette Revue que la nouvelle médication aura absorbée tout entière, par la relation succincte de deux observations recueillies, à Sedan, par M. le docteur Peltier, et qui nous ont été communiquées. Elles compléteront, pour le moment présent, l'exposé des éléments de la question à l'étude.

Deux observations nouvelles de rhumatisme articulaire aigu traité par la propylamine.

H..., employé, âgé de trente ans, fut atteint dans le courant de l'année dernière d'une attaque de rhumatisme articulaire aigu, qui dura sept semaines, et pour laquelle le traitement consista surtout dans l'administration du sulfate de quinine et des purgatifs.

Le 2 mars 1873, H... a une nouvelle attaque ; les articulations de l'épaule et du poignet droits, du coude et du poignet gauches, de la hanche gauche et des deux genoux sont tuméfiées ; les douleurs sont excessivement violentes ; il en est de même pour les deux articulations temporo-maxillaires. La peau est chaude ; le pouls à 112. — Constipation.

Prescription. — Eau de Sedlitz ; onctions avec baume tranquille additionné de laudanum ; sulfate de quinine associé à l'opium. (Une pilule de 0gr,10 de sulfate de quinine et de 0gr,01 d'extrait de thébaïque, toutes les trois heures.)

Ce traitement est continué pendant six jours sans grand avantage, et, le 8 mars, M. Peltier prescrit la propylamine à la dose de 0gr,75, administrée selon la formule de M. Dujardin-Beaumetz ; on continua en même temps les potions calmantes et un verre d'eau de Sedlitz tous les deux jours.

Le 10 mars, le malade se déclare soulagé ; il a pu dormir un peu la nuit, ce qui ne lui était pas arrivé depuis longtemps. — Même prescription.

Le 12 mars, les douleurs ont cessé dans le membre gauche et dans les genoux ; elles persistent, moins violentes, dans l'épaule droite, la hanche gauche et les mâchoires. — Même prescription.

14 mars. — Le mieux a continué ; les nuits sont maintenant relativement bonnes ; le pouls est à 76 ; les articulations sont peu tuméfiées. Le malade peut se lever.

La propylamine est continuée encore jusqu'au 18 mars. A ce moment, il ne reste plus qu'un peu de gêne dans l'articulation scapulo-humérale droite. — Deux vésicatoires volants, placés à quatre jours d'intervalle, en débarrassent complétement le malade.

Voilà donc une attaque de rhumatisme articulaire aigu s'annonçant comme devant être des plus violentes, n'ayant été nullement influencée par le sulfate de quinine, et cédant à la propylamine continuée pendant deux jours. Malgré l'emploi simultané de l'eau de Sedlitz et des onctions calmantes, l'action du médicament n'est point douteuse ; mais elle paraîtra encore beaucoup plus évidente dans le fait suivant, où elle a été employée d'emblée.

D..., vingt-huit ans, pâle, lymphatique, n'ayant jamais eu d'accidents rhumatismaux. Après avoir éprouvé pendant quel-

ques jours des douleurs vagues et de la courbature, il a vu ses deux poignets, l'épaule gauche, le genou gauche et les deux articulations tibio-tarsiennes se prendre rapidement de tuméfaction avec douleur. Depuis quatre jours, tout sommeil est impossible ; les douleurs sont très-vives ; la peau chaude, moite ; sueurs abondantes. Constipation.

Potion avec propylamine, 1gr,50, à prendre en deux jours ; onctions calmantes ; un demi-verre d'eau de Sedlitz tous les matins ; chiendent.

M. Peltier prescrivit en même temps de faire renouveler la potion au bout de deux jours, ne devant revoir le malade que quatre jours plus tard.

24 mars. — Un mieux considérable s'est produit ; le malade a pu reposer ; les sueurs sont moins abondantes, les douleurs moins vives, quoique se faisant encore sentir dans les articulations primitivement tuméfiées. — Même prescription.

28 mars. — Le malade, vu pour la troisième fois, est dans un état très-satisfaisant ; toute douleur n'a cependant pas disparu ; mais il n'y a plus de tuméfaction.

Les prescriptions n'avaient été faites qu'à demi. Au lieu de renouveler la potion au bout de deux jours, on la fit durer quatre jours ; de sorte que le malade ne prit en huit jours que 3 grammes de propylamine.

Le médicament fut prescrit de nouveau à la dose de 2 grammes pour deux jours, et à renouveler au bout de ce temps.

Le 1er avril, la guérison était complète.

Dans ces deux faits, la propylamine a exercé une action thérapeutique évidente. La durée de la maladie a été abrégée, et il n'est survenu aucune complication cardiaque.

DES FRACTURES DE L'EXTRÉMITÉ INTERNE DE LA CLAVICULE.

Par M. le docteur E. Delens, agrégé.

Conclusions. — 1° Sous la dénomination de *fractures de l'extrémité interne* de la clavicule, il faut comprendre toutes les fractures qui siégent sur le tiers interne de l'os, autrement dit, dans les limites de l'insertion du faisceau claviculaire du sterno-mastoïdien.

2° Ces fractures ne sont pas aussi rares que pourrait le faire supposer le petit nombre de travaux dont elles ont été l'objet.

3° Les fractures de l'extrémité interne reconnaissent pour cause la contraction musculaire *dans plus du tiers des cas.* Elles constituent alors de véritables fractures par arrachement produites par la contraction du faisceau claviculaire du sterno-mastoïdien.

4° Elles offrent généralement un déplacement peu marqué des fragments. La mobilité et la crépitation y sont rares. Les fractures, dues à la *contraction musculaire* en particulier, présentent les apparences des fractures incomplètes et s'accompagnent d'un *gonflement considérable* au niveau de l'insertion du sterno-mastoïdien. Les signes fonctionnels n'ont rien de spécial.

5° Le plus souvent, ces fractures sont méconnues, en raison des circonstances dans lesquelles elles se produisent et surtout de l'absence des signes habituels des fractures. On les confond ordinairement avec les luxations incomplètes de la tête de la clavicule, en avant et en haut.

6° Il est toujours possible de reconnaître si la tête de la clavicule a conservé ses rapports avec la facette sternale en recherchant avec le doigt l'interligne articulaire, si l'on use des précautions que nous avons indiquées.

7° Au point de vue du pronostic, de la marche et de la durée, ces fractures ne présentent pas de particularités notables.

(*Arch. de méd.*)

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 9 avril 1873. — Présidence de M. Trélat.

CORRESPONDANCE

La correspondance comprend :

La *Gazette des Hôpitaux;* — l'*Union médicale;* — la *Gazette hebdomadaire;* — les *Archives générales de médecine et de chirurgie;* — le *Mouvement médical;* — la *Tribune médicale;* — la *France médicale;* — la *Gazette obstétricale;* — la *Gazette médicale de Strasbourg;* — le *Bordeaux médical;* — le *Journal médical de la Mayenne.*

M. Verneuil présente, de la part de M. Louis Thomas (de Tours), membre correspondant, une observation manuscrite de fissure congénitale du nez.

De la fissure congénitale du nez. — Sans vouloir affirmer que le vice de conformation qui fait l'objet de l'observation suivante, n'a jamais été signalé, du moins puis-je dire que dans aucun de nos traités classiques de chirurgie il n'en est fait mention, et que les recherches assez nombreuses que j'ai entreprises pour trouver la relation d'un fait semblable, sont restées sans résultat.

Ce vice de conformation ne doit pas en effet être confondu, comme je le démontrerai, avec la fissure congénitale des joues, dont il existe quelques rares exemples. Il en est tout à fait distinct, mais, comme lui et comme le bec-de-lièvre, il trouve son explication dans le mode de développement de la face, tel que nous l'ont fait connaître les travaux du savant professeur du Collége de France, M. Coste.

Observation. — Dans les premiers jours du mois de mars dernier, mon confrère M. Delavente, de Rigny-Ussé (Indre-et-Loire), m'adressait un enfant de trois mois, du sexe masculin, fort pour son âge, un bel enfant en un mot, né de parents bien portants, sans lien de parenté avant le mariage, et ayant eu déjà un enfant, âgé aujourd'hui de cinq ans, parfaitement bien constitué.

Cet enfant présentait le vice de conformation suivant : il existait, sur le côté droit de la face, une ouverture triangulaire, dont la base arrondie, située inférieurement, correspondait à l'ouverture antérieure de la fosse nasale, tandis que son sommet terminé en pointe dépassait en haut l'angle interne de l'œil et atteignait presque le rebord supérieur de l'orbite. Cette ouverture laissait ainsi à découvert, jusqu'à la racine du nez, la cavité de la fosse nasale correspondante. Elle était limitée en dehors par les téguments de la joue et des paupières réunis à la muqueuse de la fosse nasale, en dedans et en haut par les téguments du nez également unis à la muqueuse, tandis que plus bas, son bord était formé par la muqueuse qui tapissait l'aile du nez renversée en haut et en dedans, sur la ligne médiane, elle était distante de plus de 0m,01 du bord externe de l'orifice de la fosse nasale correspondante.

Dans cette ouverture anormale, on apercevait le cornet inférieur, dont la partie supérieure et interne adhérait à la muqueuse qui tapissait la face interne de l'aile du nez renversée.

L'œil n'avait subi aucun arrêt dans son développement, non plus que la cavité orbitaire. Seule, la paupière inférieure présentait une disposition anormale. L'extrémité interne de cette paupière et la caroncule lacrymale étaient situées d'un demi-centimètre environ plus bas que celles du côté opposé. La paupière supérieure avait sa direction normale, de telle sorte qu'il existait entre la caroncule lacrymale et l'extrémité interne de la paupière supérieure un intervalle de plus d'un demi-centimètre, qui était comblé par un pont cutané ayant environ 0m,003 de large. Ce pont cutané, qui réunissait les deux paupières, séparait l'œil de la fissure, de telle sorte que son bord externe était uni à la conjonctive et son bord interne à la muqueuse nasale. On observait les points lacrymaux sur chacune des paupières. La mère m'assurait cependant que cet œil était le siége d'un larmoiement continuel, ce qu'on pouvait du reste expliquer par l'abaissement de la paupière inférieure et surtout

l'absence du lac lacrymal par suite du déplacement de la caroncule. Je suis porté à croire que les voies lacrymales existaient, car la branche montante du maxillaire était parfaitement conformée et la fissure résultait du défaut d'union du maxillaire et de l'os propre du nez, c'est-à-dire qu'elle était située en dedans des voies d'excrétion des larmes.

Il n'existait aucun autre vice de conformation soit de la fosse nasale du côté opposé, soit de la lèvre supérieure, soit du voile du palais ou de la voûte palatine. Je signalerai seulement la présence, sur la ligne médiane du nez, d'un raphé, saillant de 0m,001, sorte de couture, indice sans doute de la réunion de parties primitivement séparées.

Le 10 mars, avec l'assistance de mes confrères MM. Maugeret et Dugenet (de Tours) et de M. Michelowitz, étudiant, je procédai à la restauration de cette difformité.

Ayant fait une incision sur le bord interne de la fissure, à l'union de la muqueuse et des téguments, je disséquai la lèvre tégumentaire de cette incision, en commençant par le lambeau cutané placé entre les deux paupières, que je détachai, par une incision transversale, à son union avec la paupière supérieure. Je terminai cette dissection de la lèvre externe en avivant l'orifice de la fosse nasale dans ses trois quarts externes.

Pour mobiliser les téguments du nez et amener au contact l'aile du nez déviée avec l'orifice de la fosse nasale, je fis, jusque sur le front, une incision verticale partant de l'angle supérieur de la fissure. De l'extrémité supérieure de cette incision, j'en fis partir une seconde horizontale, perpendiculaire à la première, dirigée vers le côté opposé et ayant environ 0m,01 d'étendue. Je séparai alors l'aile du nez déviée du cornet inférieur, avec lequel elle avait contracté des adhérences et je disséquai tous les téguments du nez jusqu'au delà de la ligne médiane. Grâce à cette dissection, les téguments du nez purent être assez mobilisés pour que l'aile du nez déviée arrivât sans grand tiraillement au contact du bord externe de l'orifice de la fosse nasale.

Une épingle, enfoncée obliquement à travers la lèvre supérieure et l'aile du nez, rapprocha exactement ces parties. Une seconde suture entortillée maintint au contact les téguments de la joue et la lèvre interne de la fissure.

Pour ramener la caroncule lacrymale et la paupière inférieure au même niveau que celles du côté opposé, j'engageai le petit lambeau qui, avant l'opération, réunissait les deux paupières, entre les lèvres de l'incision que j'avais faite jusque sur le front, et l'y maintins par une double suture. Enfin une troisième suture entortillée placée un peu au-dessous de la paupière inférieure, rapprocha d'une façon complète les bords avivés de la fissure. Le résultat immédiat de l'opération était aussi satisfaisant que possible.

Les sutures furent laissées en place pendant quatre jours. Lorsque je les enlevai, je trouvai l'aile du nez complétement réunie à l'orifice de la fosse nasale. Malheureusement la réunion n'avait pas eu lieu à la partie supérieure. J'attribuai cet insuccès à ce que le lambeau que j'avais fixé entre les lèvres de l'incision supérieurement était d'une minceur extrême et avait été contus par les mors de la pince à griffe pendant sa dissection, que son adhérence avec la branche montante du maxillaire avait rendu très-laborieuse. Mais je dois aussi me reprocher de n'avoir pas pratiqué l'occlusion des paupières. Un fil, passé à la base d'un pli cutané sur chaque paupière et noué en avant aurait suffi, avec quelques bandelettes agglutinatives, pour assurer l'immobilisation pendant les quelques jours nécessaires à la réunion.

Pendant les jours qui suivirent, les bords de la plaie furent maintenus aussi rapprochés que possible à l'aide de bandelettes agglutinatives; mais toutes mes tentatives pour obtenir une coaptation exacte et une réunion secondaire furent rendues infructueuses par les cris incessants de l'enfant.

Quinze jours après l'opération, l'enfant quittait Tours. La fosse nasale n'était plus ouverte en avant, l'aile du nez était à sa place et l'orifice de la narine présentait à peu près sa conformation normale. La paupière inférieure et la caroncule lacrymale étaient abaissées et il existait, de l'angle interne de l'œil à l'aile du nez, une fissure large de 0m,002 à 0m,003.

L'opération avait donc néanmoins donné un résultat satisfaisant, et si une seconde opération est nécessaire pour compléter la guérison, du moins elle sera d'une exécution plus facile et offrira des chances de succès infiniment plus grandes.

Le vice de conformation qui fait le sujet de cette observation, consistait en une fissure laissant complétement à découvert la cavité de la fosse nasale droite, dans toute son étendue. Les parties qui entrent dans la structure du nez, squelette et parties molles, existaient, mais, au lieu d'être réunies, étaient séparées, laissant ainsi entre leurs bords une ouverture dont le diamètre n'était pas moindre inférieurement de 0m,01. Le nom de *fissure congénitale du nez*, sous lequel je désigne ce vice de conformation, est donc parfaitement justifié.

Cette difformité diffère de celle décrite sous le nom de *fissure congénitale de la joue*, qui, s'accompagnant *toujours* d'un vice de conformation de la bouche, doit être considérée comme une complication du bec-de-lièvre. On peut admettre deux variétés de la fissure congénitale de la joue : l'une consiste dans le prolongement de la bouche au niveau de la commissure et est plus spécialement désignée sous le nom de *bec-de-lièvre génien ou commissural*; l'autre, qui est la fissure congénitale génienne proprement dite, consiste dans le prolongement du bec-de-lièvre sur la joue et même jusqu'à l'orbite; il existe alors une large ouverture par laquelle on découvre l'intérieur de la bouche. Cette fissure de joue se dirige vers la pommette ou l'angle externe de l'orbite, quelquefois vers la paupière inférieure, qui peut même être divisée et présenter un colobome. Mais dans tous les cas de cette nature qui ont été rapportés, le nez était parfaitement conformé. Ces vices de conformation sont donc tout à fait distincts de la fissure congénitale du nez.

M. Coste nous apprend que la face se développe par cinq bourgeons : un médian et quatre latéraux. Le bourgeon médian forme le nez et l'os intermaxillaire. Les deux bourgeons latéraux inférieurs se réunissent sur la ligne médiane pour former la mâchoire inférieure; en haut et en dehors ils se réunissent avec les bourgeons latéraux supérieurs, et de cette réunion résulte la commissure des lèvres.

Les bourgeons latéraux supérieurs forment, en s'unissant avec le bourgeon médian, le nez et la lèvre supérieure, et en s'unissant entre eux, la voûte palatine et le voile du palais.

D'après l'examen des planches tirées de l'atlas de M. Coste et reproduites dans nos traités d'anatomie (les seules que j'aie pu consulter) et surtout d'après l'étude des vices de conformation qui peuvent se montrer à la face, on doit admettre, il me semble, que le bourgeon latéral supérieur envoie trois prolongements *primitivement distincts* :

1° Un *prolongement postérieur*, se réunissant sur la ligne médiane à celui du côté opposé pour former la voûte palatine et le voile du palais;

2° Un *prolongement antéro-inférieur* se réunissant avec la partie inférieure du bourgeon médian pour former la lèvre et la mâchoire supérieures;

3° Un *prolongement antéro-supérieur*, se réunissant avec le bourgeon médian à sa partie supérieure pour former la fosse nasale.

L'indépendance primitive de ces deux prolongements du bourgeon maxillaire supérieur est démontrée par le vice de conformation désigné sous le nom de *fissure congénitale de la joue*, et par l'existence d'un sillon intermédiaire visible sur un embryon de trente-cinq jours, ainsi qu'il résulte d'un dessin de M. Coste.

Dès le quarantième jour, la fusion de ces deux prolongements a lieu, le sillon intermédiaire a disparu, et le bourgeon maxillaire supérieur se présente sous la forme d'une masse triangulaire, séparée de la partie intermaxillaire du bourgeon médian par un sillon vertical, et de la partie nasale du même bourgeon par un sillon horizontal.

L'époque à laquelle se fait la réunion des deux prolongements antérieurs du bourgeon maxillaire supérieur, c'est-à-dire avant le

quarantième jour, montre que l'indépendance de ces deux prolongements ne peut persister sans qu'il y ait simultanément un vice de conformation de la bouche. Le sillon qui les sépare, sur un embryon de trente-cinq jours, se termine, en effet, dans cette cavité. Le défaut de réunion de ces deux prolongements s'accompagnera donc forcément de bec-de-lièvre, et nous savons qu'il en a toujours été ainsi.

Ceci admis, voici quelle serait alors l'explication des différents vices de conformation de la face.

1. *Bec-de-lièvre.* — Défaut de réunion du prolongement antérieur et inférieur du bourgeon maxillaire supérieur avec le bourgeon médian ;

2. *Fissure congénitale du nez.* — Défaut de réunion du prolongement antérieur et supérieur du bourgeon maxillaire supérieur avec le bourgeon médian.

3. *Division de la voûte palatine.* — Défaut de réunion entre eux des deux prolongements postérieurs des bourgeons maxillaires supérieurs.

4. *Bec-de-lièvre génien ou commissural.* — Défaut de réunion des bourgeons maxillaires supérieur et inférieur du même côté.

5. *Fissure congénitale génienne.* — Défaut de soudure des deux prolongements antérieurs du bourgeon maxillaire supérieur. Ce vice de conformation s'accompagne toujours de bec-de-lièvre, tandis que les autres peuvent exister isolément.

M. FORGET présente, au nom de M. Gilette, un mémoire imprimé intitulé : *Remarques sur les blessures par armes à feu.*

DISCUSSION

Sur la valeur des différentes méthodes d'extraction de la cataracte.

M. DUPLAY. La discussion pendante au sein de la Société de chirurgie appelle chacun de ses membres à dire ce qu'il a vu et observé au sujet du traitement chirurgical de la cataracte. J'ai été, pour ma part, très-heureux de voir cette importante question portée à la tribune de notre Société, car je ne saurais admettre la prétention de certains spécialistes qui semble nous refuser l'autorité nécessaire pour juger en connaissance de cause les matières afférentes à l'oculistique, et qui, dans un récent éloge d'un opthalmologiste célèbre de Vienne, parle des *empiétements peu justifiés de la chirurgie proprement dite sur le terrain de l'ophthalmologie.*

Le but de cette discussion est de déterminer quel est le meilleur traitement chirurgical de la cataracte. Relativement au choix de la méthode opératoire, la question peut être considérée comme jugée : la méthode de l'extraction est la seule méthode générale, c'est-à-dire la seule qui, outre qu'elle convient à certains cas déterminés, peut encore remplacer avec avantage d'autres méthodes, telles que la discision, alors même que celle-ci pourrait convenir.

La question se réduit donc à ces termes : quel est le meilleur procédé d'extraction de la cataracte?

MM. Giraud-Teulon, Panas, Perron, ont exposé beaucoup mieux que je ne saurais le faire l'historique des deux procédés d'extraction. En laissant de côté les modifications de médiocre importance, je pense que l'on peut réunir en trois groupes ces procédés opératoires. Ce sont : 1° le procédé à grand lambeau; 2° le procédé à incision linéaire périphérique; 3° le procédé à incision linéaire centrale.

1° Le *procédé à grand lambeau*, ou *procédé de Daviel*, est trop connu pour que je pense devoir m'y arrêter. Il a été à peine modifié, et chacun sait par conséquent ce que j'entends désigner sous ce titre.

2° Le *procédé à incision linéaire périphérique*, ou *procédé de De Graefe*, a reçu, au contraire, de très-nombreuses modifications, dont la plupart ont été exposées devant vous par ceux de mes collègues qui m'ont précédé dans cette discussion. Je tiens seulement à établir que le procédé auquel je fais allusion aujourd'hui n'est pas le procédé de De Graefe, que l'incision généralement adoptée par les partisans de cette opération est plus large que l'incision primitive de De Graefe, qu'elle s'étend beaucoup moins sur la sclérotique, et se termine aussi exactement que possible sur les limites de la cornée et de la sclérotique.

Mais quelles que soient les modifications apportées au procédé primitif, que l'incision soit plus ou moins large, qu'elle empiète un peu plus ou un peu moins sur la cornée ou sur la sclérotique, qu'elle soit absolument linéaire ou qu'elle détache, en réalité, un petit lambeau, ce qui, pour moi, caractérise essentiellement ce procédé, c'est : 1° la situation périphérique de l'incision placée vers le limbe cornéal, et 2° la nécessité de l'excision de la portion de l'iris correspondante à l'incision.

3° Le *procédé à incision linéaire centrale*, récemment proposé par MM. Liebreich, Lebrun, Küchler, est celui dont M. Notta nous a entretenus et qui a été le point de départ de cette discussion. Il consiste à placer l'incision plus ou moins près du centre de la cornée, qu'il divise soit transversalement (incision linéaire proprement dite), soit plus ou moins obliquement, de manière à détacher un petit lambeau. Ce procédé est caractérisé : 1° par la situation de l'incision, qui est tout entière placée dans la cornée et passe par le centre ou plus ou moins près du centre de cette membrane; 2° par l'absence d'iridectomie.

C'est entre ces trois principaux procédés d'extraction de la cataracte que nous devons établir un choix.

La valeur d'une opération se juge surtout par les résultats qu'elle fournit. A ce point de vue, le procédé d'extraction à grand lambeau (procédé de Daviel), et le procédé d'extraction linéaire périphérique (procédé de De Graefe) sont seuls comparables, car le procédé à incision linéaire centrale n'a pas été encore pratiqué un nombre de fois suffisant pour entrer en parallèle avec les précédents.

On a plaisanté fort spirituellement à cette tribune les résultats fournis par les statistiques. Je sais bien qu'il y a beaucoup à dire sur elles, et qu'il y a des procédés pour faire toujours de belles statistiques. Néanmoins, si nous étions privés de cette base d'appréciations, je ne sais vraiment plus comment nous pourrions juger de la valeur réelle d'une opération. Aussi, sans accepter les statistiques les yeux fermés, je pense qu'il ne faut pas les repousser de parti pris et que, dans la question présente, elles fournissent de très-précieux enseignements. La plupart de ces statistiques comparées nous ont été présentées par mon collègue M. Panas. Elles sont unanimes pour démontrer que l'opération de De Graefe donne des résultats notablement plus brillants que l'opération de Daviel (10 à 15 p. 100 de succès en plus).

Or, je ferai remarquer que du temps où le procédé de Daviel était à peu près seul employé, les spécialistes avaient le même intérêt à augmenter le chiffre des succès et devaient mettre en usage les mêmes procédés d'amélioration de leurs statistiques. Si donc nous constatons cette augmentation très-notable dans le nombre des succès, il est logique d'en conclure, même pour les adversaires des statistiques, que l'opération de De Graefe est supérieure à celle de Daviel. Il importe encore de noter que les statistiques de tous les pays fournissent les mêmes résultats et parlent de la même manière, si bien qu'on ne saurait voir là de l'engouement national.

Donc, en ne considérant que les résultats bruts, on est forcé de reconnaître que l'opération de De Graefe l'emporte sur celle de Daviel, et je dois dire que cette considération seule m'a déterminé à étudier et plus tard à pratiquer l'extraction de De Graefe.

Mais puisque cette considération du chiffre des succès ne paraît pas suffisante, je vous demande la permission d'examiner comparativement les deux procédés rivaux et de rechercher quels sont les inconvénients et les avantages de chacun d'eux.

On a dit que le procédé de De Graefe est plus difficile que le procédé de Daviel. J'avoue que certains temps de l'extraction linéaire périphérique sont quelquefois délicats ou laborieux; telles sont : la discision de la capsule, la sortie du cristallin; j'avoue que le procédé de De Graefe est une opération peut-être plus complexe que le procédé de Daviel. Mais je demande si cette objection peut avoir quelque valeur au sein de la Société de chirurgie, et si

l'on doit repousser une opération qui donne de meilleurs résultats qu'un autre sous le prétexte que la première est plus difficile que la seconde. A ceux qui mettraient cette objection en avant, il n'y a qu'une réponse : Apprenez à pratiquer cette opération et par les exercices sur le cadavre et sur les animaux, vous aurez bientôt acquis l'habileté suffisante pour vaincre toute difficulté à l'exécuter sur le vivant.

D'ailleurs, le procédé de Daviel est-il facile? Dans mon opinion, cette opération est presque plus délicate que celle de De Graefe, et voici comment : le procédé de Daviel pour donner un bon résultat exige que tous les temps de l'opération s'accomplissent avec une précision pour ainsi dire mathématique, et qu'aucun obstacle ne vienne se jeter à la traverse. La moindre faute commise par l'opérateur, la moindre complication qui survient durant les manœuvres opératoires suffisent souvent à compromettre le succès. Au contraire, l'opération de De Graefe est, si je puis m'exprimer ainsi, une opération plus chirurgicale; elle est plus complexe, cela est vrai, mais elle permet davantage de surmonter les obstacles imprévus, de parer à quelque complication inattendue, sans qu'il en résulte pour cela des conditions plus fâcheuses pour l'issue ultérieure de l'opération. C'est du moins ce qui ressort de mon expérience personnelle.

On a reproché à l'opération de De Graefe de laisser à sa suite une pupille difforme, qui peut même avoir quelque influence fâcheuse au point de vue optique. M. Giraud-Teulon a fait remarquer qu'au point de vue de la difformité, la pupille artificielle étant placée en haut, se trouvait à peu près complétement dissimulée par la paupière supérieure. Notre savant collègue a, de plus, démontré qu'au point de vue optique, la présence de la pupille artificielle pouvait être pour ainsi dire négligée. Donc cette objection doit être considérée comme à peu près nulle. J'ajouterai que l'opération de Daviel ne laisse pas toujours une pupille régulière, que bien souvent l'iris est entraîné vers l'ouverture de la cornée, et contracte des adhérences avec celle-ci, en sorte que la pupille est irrégulière.

Enfin, on a encore accusé le procédé de De Graefe d'exposer au pincement, à l'enclavement de l'iris, surtout au niveau des angles de l'incision. Cet accident, en effet, n'est pas rare; mais, il faut bien le dire, il est presque toujours imputable à l'opérateur lui-même. Lorsque l'excision de l'iris est convenablement faite, que l'on a pris la précaution de sectionner la membrane dans les angles de la plaie, il n'y a pas d'enclavement. D'ailleurs, le procédé de Daviel n'est pas à l'abri d'un accident comparable à celui dont je viens de parler.

J'ai déjà signalé les adhérences de l'iris avec la cornée, dans le point où le lambeau a été taillé. Ces synéchies, qui sont loin d'être rares, ont les mêmes inconvénients que l'enclavement de l'iris dans l'opération de De Graefe. Elles exposent à des iritis persistantes, à des irido-choroïdites, qui ont souvent pour effet de développer un état glaucomateux de l'œil.

Je viens d'examiner les principales objections qui ont été faites au procédé de De Graefe, nous allons voir maintenant quels sont ses avantages comparativement au procédé de Daviel.

(A suivre.)

NÉCROLOGIE

M. le docteur Boulian, médecin principal de 1re classe à l'Hôpital militaire de Versailles.

La Médecine militaire vient de faire une perte aussi douloureuse qu'imprévue en la personne d'un de ses chefs les plus habiles et les plus estimés.

M. le docteur Boulian, médecin principal de 1re classe à l'hôpital militaire de Versailles, officier de la Légion d'honneur, a été enlevé à sa famille, à ses amis, à l'armée, le jour même où, après une carrière des mieux remplies, comptant quarante années de service et vingt-cinq campagnes, il atteignait le moment qui allait l'éloigner, mais non le séparer, de ses collègues et des malades auxquels il avait donné tant de preuves de dévouement.

Le docteur Boulian a succombé le 14 avril à un érysipèle typhoïde contracté dans le service important qu'il dirigeait à l'hôpital militaire. Le nombreux cortége qui l'accompagnait à sa dernière demeure témoignait de l'estime, de l'affection, des regrets qu'il avait su mériter.

On racontait tout bas son savoir, son dévouement, son honorabilité médicale ; on parlait de sa bonté, de sa modestie et de ses goûts artistiques, transmis à sa jeune famille et qui faisaient de son intérieur un de ces sanctuaires, bien rares aujourd'hui, où dès qu'on y avait pénétré on se sentait retenu par les grâces de l'esprit et les charmes du cœur.

On remarquait dans l'assistance MM. les généraux Appert et Hanrion, les officiers de l'état-major de M. le maréchal de Mac-Mahon, M. l'intendant Sanson et plusieurs fonctionnaires de l'intendance, des députations de tous les régiments de l'armée de Versailles, les médecins de tous grades des corps de troupes, beaucoup d'amis, des médecins militaires en retraite. Le personnel de l'hôpital militaire (religieux, médecins, pharmaciens, officiers d'administration) était au complet. Les infirmiers avaient réclamé la faveur de porter eux-même le corps du défunt. Les honneurs funèbres lui ont été rendus par une demi-batterie d'artillerie, commandée par un chef d'escadron.

Les cordons du poêle étaient tenus par M. le colonel commandant la place, M. Jollibert, sous-intendant militaire de 1re classe, M. le docteur Cambay, ex-médecin en chef de l'hôpital militaire et M. le médecin principal Potier-Duplessy, remplaçant M. le médecin en chef Fropo, frappé lui-même par la maladie régnante.

Deux discours ont été prononcés, l'un par M. Potier-Duplessy au nom de M. Fropo, l'autre par M. le docteur Cambay, médecin principal en retraite.

THÈSES

SOUTENUES A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

PENDANT L'ANNÉE 1873.

94. Bouhon. De la fièvre traumatique des nouvelles accouchées.
95. Monod. De l'angiome simple sous-cutané circonscrit (Hævus vasculaire sous-cutané. Angiome lipomateux. Angiome lobulé).
96. Lescœur. Considérations sur la fibrine du sang de l'homme à l'état de santé et de maladie.
97. Fréry. De la gangrène foudroyante.
98. Terrillon. De l'expectoration albumineuse après la thoracentèse.
99. Vieillard. De l'injection minime d'alcool dans les collections séreuses.
100. Pernet. De quelques considérations sur les fractures du métacarpe.
101. Collin. Des corps étrangers du conduit auditif externe, de leur traitement par les injections forcées.
102. Rossigneux. Des affections oculaires qui dépendent de la syphilis.
103. Ducoudray. Étude physiologique et thérapeutique de divers composés de calcium.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Hôpitaux de Paris. — Les candidats admis aux épreuves définitives du concours pour trois places de médecins du bureau central sont, avec les points suivants :

MM. Rigal	56
Duguet	53
Audhoui, Dieulafoy	51
D'Heilly	50
Gingeot, Legroux	49
Gouguenheim	47
Hemey, Rathery	45

— Clientèle à céder à Paris, dans un quartier central ; produit net, de 12 à 15,000 francs.

— Cabinet de dentiste, rue de Lafayette, n° 79, à vendre. — S'adresser, pour les renseignements, à Me Moreau, notaire, rue Vivienne, n° 53.

— M. Chambon tient à la disposition de MM. les médecins du vaccin de génisse les mardis et mercredis, de une heure à quatre heures, rue Chaptal, 20.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Sur les maladies du système nerveux faites à la Salpêtrière, par le professeur Charcot, recueillies et publiées par le docteur Bourneville. — 2e fascicule avec 6 figures dans le texte et 4 planches coloriées. Prix : 3 francs. — Paris, Adrien Delahaye.

Du corps des pharmaciens militaires, son rôle dans les établissements hospitaliers aux armées actives et près de l'administration de la guerre, par le docteur C. Roucher, pharmacien principal de l'armée. Paris, 1873. In-8° de 16 pages. Prix : 75 centimes. — J.-B. Baillière et Fils.

Étude sur l'angiome simple sous-cutané circonscrit (nœvus vasculaire sous-cutané, angiome lipomateux, angiome lobulé), suivie de quelques remarques sur les angiomes circonscrits de l'orbite, par le docteur Charles Monod, aide de clinique chirurgicale à la Faculté de médecine de Paris. — Paris, 1873, in-8° de 86 pages avec deux planches. Prix : 2 fr. 50. — J.-B. Baillière et fils.

Anatomie descriptive et dissection, contenant un Précis d'embryologie, la structure microscopique des organes et celle des tissus, par le docteur Fort, ancien interne des hôpitaux, professeur d'anatomie à l'École pratique. 2e édition, considérablement augmentée. 3 vol. in-12, avec 662 fig. intercalées dans le texte. — Prix : 25 fr. franco.

Des diarrhées chroniques et de leur traitement par les eaux de Plombières, par le docteur Bottentuit, ancien interne des hôpitaux de Paris, chevalier de la Légion d'honneur, etc. — Prix : 2 francs. — Paris, Delahaye.

Le Directeur : Dr E. Le Sourd.

Paris. — Typographie A. Pougin, quai Voltaire, 13.

N° 55. — MARDI 13 MAI 1873. 46e ANNÉE. MARDI 13 MAI 1873. — N° 55.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Bureaux : 57, rue des Saints-Pères, 57
PRÈS L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix d'abonnement doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois

On s'abonne hors de Paris dans les bureaux des Messageries et chez les Libraires. Les lettres non affranchies sont refusées.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui n'en peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS : Trois mois. . 8 fr. 50 c. — Six mois. . . 16 — — Un an. . . . 30 —

POUR L'ÉTRANGER le port en sus suivant les derniers tarifs des Postes.

Paris, le 12 mai 1873.

SÉANCE DE L'ACADÉMIE DES SCIENCES

Dans une note intitulée : *L'usage des débris d'animaux tuberculeux peut-il donner lieu au développement de la phthisie pulmonaire?* M. G. Colin examine expérimentalement l'état de la question et il en retire les solutions suivantes :

« 1° On s'est hâté, dans ces dernières années, d'après des études incomplètes, de déclarer le tubercule inoculable par les voies digestives, et de considérer l'usage de la chair des animaux phthisiques comme susceptible de déterminer l'une des plus graves maladies de l'espèce humaine...

« 2° Les résultats que j'ai constatés sur une trentaine d'animaux sont très-nets, et permettent de conclure que l'ingestion réitérée et en masse de la matière tuberculeuse crue, à ses divers états, celle de la chair, du sang, des mucosités bronchiques provenant de sujets tuberculeux, ne donnent lieu ni à la phthisie pulmonaire, ni à aucune autre tuberculisation viscérale. »

M. Colin se propose d'examiner ultérieurement si l'innocuité de la matière tuberculeuse dans les voies digestives est due à ce que cette matière, comme les venins et les poisons, est peu endosmotique, ou à ce qu'elle est altérée et digérée à la manière des substances azotées ordinaires.

C'est égal, quelle que soit la solution expérimentale de cette question, il nous répugnera toujours de recommander, comme nourriture, l'usage de la matière tuberculeuse. Il est impossible, il est vrai, de ne pas manger quelque peu de cette nourriture peu choisie, car la tuberculisation, même chez les animaux, est un fait assez fréquent; mais, au moins, doit-on distinguer ici l'animal dont les tubercules ont commencé à évoluer et à réagir sur les divers mouvements fonctionnels, de l'animal dont les tubercules n'ont pas encore déterminé dans l'organisme de réaction pathologique.

— *Faits pour servir à l'histoire des microzymas, et des bactéries. Transformation physiologique des bactéries en microzymas, et des microzymas en bactéries, dans le tube digestif du même animal*, tel est le titre d'une nouvelle note adressée par MM. A. Béchamp et A. Estor. Déjà ces honorables expérimentateurs avaient constaté, en élevant des microzymas en dehors de leur milieu habituel et en leur fournissant les matériaux de nutrition nécessaires, que ces proto-organismes pouvaient s'associer deux à deux, ou en plus grand nombre, s'allonger, se transformer en bactéries, avec ou sans noyau, et, réciproquement, reprendre la forme de mycrozymas après s'être montrés sous celle de bactéries. Les expériences de laboratoire qui avaient fourni ces notions pouvaient n'être pas assez concluantes au point de vue physiologique, c'est pourquoi MM. Béchamp et Estor ont cherché à les répéter sur des animaux vivants, dans les conditions les plus normales. A cet effet, ils ont examiné successivement les diverses parties du tube intestinal d'un animal qu'ils avaient sacrifié après lui avoir fait prendre un repas ordinaire.

Ces expériences sont très-nombreuses. En voici les conclusions :

« Si l'on examine le contenu de l'estomac d'un chien en digestion à la suite d'un repas ordinaire (pain, viande, lard), on rencontre, dans la masse, des microzymas libres, mais surtout des microzymas associés de petites bactéries morbides, de grandes bactéries, des bactéridies, etc.

« Le pylore forme comme une barrière derrière laquelle il n'y a plus une seule bactérie ; il n'y a que des microzymas.

« Tout l'intestin grêle ne contient pas normalement une seule bactérie.

« Très-près de la valvule iléo-cœcale, on en voit quelques-unes petites, puis un plus grand nombre.

« Dans le gros intestin, il y en a un nombre infini de toutes les dimensions; mais l'expérience peut être plus fructueuse : si l'animal a, sur un point quelconque de son tube intestinal, une cause d'irritation, les microzymas se développent aussitôt en bactéries. Ces conditions sont réalisées très-fréquemment chez le chien par la présence du ténia. A côté du parasite, il y a toujours des bactéries ; elles peuvent disparaître plus bas pour reparaître dans le gros intestin. »

Cette communication est assurément très-intéressante, et nous ne doutons pas que la question encore si obscure de la septicémie n'en retire quelque utilité ! Pour le moment, nous notons ces deux faits importants : 1° commencement de l'évolution complète des microzymas ; 2° coïncidence de leur transformation avec des milieux déterminés.

D'après ces notions, on serait presque en droit d'affirmer que ce ne sont pas les proto-organismes qui donnent naissance aux milieux septiques ; mais que ces derniers fournissent aux premiers l'occasion favorable de leur développement. C'est ce que

nous faisions remarquer dernièrement à propos des expériences de M. Chauveau sur les animaux qui avaient subi l'opération du bistournage.

HOPITAL DE LA CHARITÉ. — M. Gosselin.

Leçon clinique sur les formes insolites de l'orchite (1).

Messieurs, vous voyez souvent dans nos salles, et vous rencontrerez dans votre pratique des inflammations testiculaires.

Parmi ces inflammations, les plus fréquentes sont celles qui surviennent à l'occasion de la blennorrhagie, et qu'on désigne généralement sous le nom d'orchite blennorrhagique. Vous savez cependant que, bien souvent, l'inflammation dans les cas de blennorrhagie, se limite à l'épididyme, sans que le testicule y prenne ou paraisse y prendre part. C'est pour ce motif que nous nous servons volontiers, avec M. Ricord, du mot épididymite blennorrhagique plutôt que de celui d'orchite.

Ce dernier mot convient pourtant dans certains cas où le testicule est envahi lui même par une inflammation appréciable, dont nous avons à tenir compte en clinique. Mais comme, en pareille circonstance, l'épididyme a toujours été pris d'abord, on peut indiquer la variété par le nom d'orchito-épididymite.

Je vous ai fait remarquer également que, dans la plupart des cas, il y avait vaginalite en même temps qu'épididymite, et que, la vaginalite restant le plus souvent à l'état congestif ou hyperémique, elle se traduisait à nous exclusivement par l'exagération de la sérosité sécrétée et amassée en certaine quantité dans la poche séreuse.

Vous avez pu constater enfin que la marche de ces inflammations était assez lente et nous permettait de les ranger dans la catégorie des subaiguës, que la terminaison par résolution était la règle, mais que cette résolution était toujours retardée au niveau de la queue de l'épididyme, que souvent même elle ne s'y complétait pas, et qu'alors un petit noyau induré persistait avec la disparition du conduit flexueux qui existe en ce point. J'ai appelé l'attention sur cette disparition dans mes travaux sur des oblitérations des voies spermatiques.

Mais si, par son début, ses symptômes et sa terminaison, l'épididymite blennorrhagique présente habituellement des caractères et une forme identiques, elle offre aussi des formes insolites embarrassantes pour ceux qui n'ont pas eu l'occasion de les rencontrer ou d'en entendre parler. Plusieurs de ces formes se trouvent en ce moment dans le service, et je m'empresse de vous les signaler.

I. — *Symptômes de péritonite, au début d'une épididymite blennorrhagique à droite.* — Le jeune homme, qui est couché au n° 41 de la salle Sainte-Vierge depuis quatre jours, se plaignait, le jour de son entrée, de quelques coliques, sans diarrhée, occupant particulièrement la région hypogastrique et le flanc droit. Ces douleurs s'étaient accompagnées de trois vomissements verdâtres, d'inappétence et d'un peu de fièvre.

Le jour où nous avons vu le malade pour la première fois, il avait le pouls à 95 et la peau un peu chaude. Il était sans appétence, et accusait les douleurs dont je viens de parler. La pression était douloureuse, quoique modérément, sur l'hypogastre et dans la région illiaque droite. Il n'y avait pas de ballonnement.

Les symptômes que je constatais étaient ceux d'une péritonite légère. Mais à quoi pouvait-elle tenir? Cette maladie, sous la forme spontanée, est très-rare chez l'homme, et si on l'a vue quelquefois primitive, elle est bien plus souvent consécutive à d'autres lésions. Nous ne pouvions songer ici à une obstruction intestinale; car les voies digestives étaient libres; le malade avait été à la garde-robe presque tous les jours. Nous ne trouvions aucun indice d'une inflammation du cœcum ni de l'appendice cœcal, maladies qui se propagent quelquefois au péritoine, et enfin les symptômes étaient trop faiblement accusés pour que nous ayons pu nous arrêter un instant à l'idée d'une perforation intestinale.

Il s'agissait donc là d'une péritonite spontanée ou consécutive à quelque cause peu ordinaire. En continuant mes investigations, j'appris que ce jeune homme avait depuis trois semaines une blennorrhagie aiguë, et qu'il n'avait pas cessé, depuis le début de cette maladie, d'éprouver des douleurs assez vives en urinant. J'explorai la prostate par le toucher rectal. Cette glande n'était pas tuméfiée; mais, en portant mon doigt au delà de sa base, au niveau du col des vésicules séminales, je fis naître par la pression une souffrance plus prononcée en cet endroit qu'au niveau de la prostate même. Examinant ensuite les testicules, je ne trouvai rien de particulier à gauche. Mais l'épididyme droit, sans être notablement gonflé, était douloureux à la pression. Il n'y avait aucun gonflement sur le trajet du cordon; mais le malade m'indiqua la portion sous-inguinale et inguinale de ce dernier comme étant le foyer principal des douleurs qu'il ressentait dans la région hypogastrique, et qui paraissaient irradier, en s'affaiblissant, de la région inguinale vers les parties circonvoisines.

Je vous fis remarquer alors que le malade me rappelait trois observations de péritonite blennorrhagique qui ont été publiées l'une par M. le docteur Peter dans l'*Union médicale* en 1856, les deux autres dans la *Gazette médicale* en 1856 par Godard. Dans les deux premières, la péritonite s'était accompagnée d'orchite, était passée à l'état aigu et à la suppuration et s'était terminée par la mort. Je pensai que sur notre malade il s'agissait probablement aussi d'une péritonite blennorrhagique, dans laquelle l'inflammation, partie de la vésicule séminale et du canal déférent, s'était, par une anomalie bizarre, propagée au péritoine. Ne sachant pas encore si cette péritonite resterait isolée ou si elle était le prélude d'une épididymite, je pensai qu'il y avait lieu de la traiter énergiquement, pour éviter, s'il était possible, son aggravation, et empêcher la suppuration. Je prescrivis douze sangsues sur le flanc droit, 0,50 c. de calomel, la tisane de gomme et des cataplasmes sur le ventre.

Le lendemain, nous trouvâmes l'abdomen beaucoup moins douloureux; il n'y avait plus eu de vomissements; le pouls était à 80, et la chaleur à peu près normale. Mais il s'était fait un gonflement notable à la queue et sur la moitié inférieure du corps de l'épididyme. Le jour suivant, ce gonflement était encore plus marqué, s'étendait à toute la longueur de l'organe, et s'accompagnait d'un léger épanchement dans la tunique vaginale. En un mot, nous étions en présence d'une épididymite blennorrhagique ordinaire, et tout symptôme de péritonite avait disparu. Il était donc arrivé sur notre malade, comme sur ceux de Godard et Peter, qu'au début, l'inflammation propagée par le canal déférent s'était étendue au péritoine, de la même façon que, dans les cas ordinaires, elle passe du canal de l'épididyme à la séreuse vaginale. Puis la péritonite avait cédé à mesure que l'épididymite s'était établie, et sous ce rapport elle a différé des cas dans

(1) Cette leçon est extraite du deuxième volume de la *Clinique chirurgicale de la Charité*, qui paraîtra prochainement chez J.-B. Baillière et Fils.

lesquels, malgré l'apparition de l'épididymite, la péritonite avait pris le caractère grave dont j'ai parlé.

Aujourd'hui, sixième jour, l'épididymite est en bonne voie, et paraît devoir se terminer d'ici à une quinzaine de jours par résolution.

(*A suivre.*)

REVUE DE LA PRESSE

Molluscum fibrosum chez les enfants. — Le docteur Murray, professeur à l'hôpital de Middlesex, présente à la *Medical surgical Society*, trois enfants atteints d'une affection cutanée à divers degrés. Ces enfants appartiennent à la même famille et sont issus d'un mariage *entre cousins germains*. Les parents jouissent d'une santé parfaite; leurs antécédents sanitaires ne sont entachés d'aucune diathèse soit scrofuleuse, soit syphilitique. Chez eux, le tissu cutané est entièrement exempt de taches ou d'excroissances morbides d'aucune sorte; mais les enfants ont été élevés sous un toit humide et au milieu de la misère.

Voici ce que ces derniers offrent à l'observation :

Diverses tumeurs cutanées à la face, aux oreilles, au cou, aux doigts, aux orteils.

Chez l'aînée, jeune fille de sept ans, existe le fait remarquable de tumeurs du volume d'une orange siégeant au cuir chevelu, à la face, sur le tronc et les extrémités, d'une coloration foncée. Les phalangettes des doigts sont hypertrophiées et ont cinq à six fois la grandeur naturelle. Les gencives, démesurément boursouflées, recouvrant presque entièrement les dents, sont très-dures et n'ont aucune tendance à saigner.

Les deux autres enfants, âgés, l'un de quatre, l'autre de deux ans, présentent, quoique à un moindre degré, les mêmes particularités.

On a fait, pour être soumises au microscope, l'ablation de quelques-unes de ces tumeurs; elles ressemblaient à des cartilages, et le docteur Murray pense qu'on doit les regarder comme des spécimens de *molluscum fibrosum*.

Une discussion scientifique devait inévitablement suivre la présentation de ces trois phénomènes et porter principalement sur l'étiologie de cette affection bizarre. Les uns la rapportent à la consanguinité, les autres ne sont pas de cet avis et considèrent les mauvaises conditions hygiéniques comme en expliquant suffisamment la cause. (*Gaz. heb.*)

Chorée générale. — Hydrate de chloral. — Depuis 1869, M. Bouchut n'admet plus qu'un remède contre la chorée grave, c'est le chloral. Il affirme que ce médicament, *bien préparé* et donné à la dose de 2 à 5 grammes par jour répétée pendant dix et quinze jours de suite, donne toujours un résultat satisfaisant, et, à l'appui de cette assertion, il cite (dans le *Bulletin thérapeutique*), le cas d'une jeune fille de quatorze ans et demi qui entra à l'hôpital des Enfants malades atteinte d'une chorée très-intense causée par un accès de violente colère. Cette jeune fille offrait en même temps des symptômes de chlorose bien manifestes. Après l'avoir vainement soumise aux ferrugineux et aux bains sulfureux, il prescrivit l'hydrate de chloral, à la dose de 3 grammes par jour administrés le matin. Cinq jours plus tard, les mouvements choréiques diminuaient de fréquence et s'atténuaient au milieu de l'anesthésie savamment calculée à laquelle la malade était soumise.

Après vingt-sept jours de traitement, la guérison était complète. La somme de chloral administré avait été de 81 grammes.

(*Journal de méd. et de chir.*).

Des courbes que décrivent les épanchements pleurétiques. — M. le docteur E. Larue vient de publier, sous ce titre, dans le *Journal médical de la Mayenne*, un mémoire dont voici les conclusions :

1° La thoracentèse est surtout applicable aux grands épanchements séreux ; le meilleur de tous les instruments semble être le trocart aspirateur de M. Potain, à pointe cachée pour éviter la piqûre du poumon.

On reconnaîtra ces épanchements séreux à l'aide du déplacement facile de la limite courbe supérieure de leur matité.

Pour y arriver, il suffit d'exercer une percussion superficielle depuis l'angle inférieur de l'omoplate jusqu'à la base de la poitrine, le malade étant couché sur le bord de son lit et laissant dépasser le côté affecté, de manière à rendre la percussion possible. On notera la hauteur de la limite de l'épanchement ; puis on répétera cette exploration, le malade étant assis.

2° Les épanchements fibrineux se reconnaîtront par le même moyen. Leur pronostic est bien plus favorable, car ils indiquent une phlegmasie franche de résorption facile ; ils nécessitent moins souvent l'emploi de la thoracentèse.

3° Le lieu ordinaire d'élection de la ponction, est, le malade étant assis, le huitième espace intercostal, à l'union des deux tiers antérieurs avec le tiers postérieur de la circonférence de la côte, à $0^m,07$ en dehors de la série des apophyses épineuses des vertèbres, à $0^m,05$ au-dessous de l'omoplate.

4° Dans le cas d'enkystement, il faut ponctionner au centre de la courbe qui limite la matité ; là encore la mobilité plus ou moins grande de cette courbe dans les changements de position sera d'une immense ressource pour un diagnostic sûr, qui conduira au traitement.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 9 mai 1873. — Présidence de M. BERNUTZ.

PRÉSENTATION D'APPAREILS

M. GALLARD met sous les yeux de la Société un aspirateur construit sur ses indications, par M. Blanc, fabricant d'instruments de chirurgie.

En imaginant cet appareil, M. Gallard a eu pour but surtout d'abréger l'opération de la thoracentèse et de pouvoir la pratiquer sans interruption, quelle que soit la quantité de liquide à extraire.

L'appareil est très-simple et se compose d'une pompe aspirante et foulante à laquelle s'adaptent deux tubes en caoutchouc, dont l'un est muni de trocarts de différents diamètres.

Ces trocarts sont construits de façon à ne laisser pénétrer dans la poitrine aucune bulle d'air quand on retire le dard. Ils présentent en outre une ouverture sur les parties latérales destinée à faciliter l'écoulement des liquides.

Le vide étant fait dans le corps de pompe, on ferme l'unique robinet de l'appareil qui se trouve à la partie inférieure et bouche toute communication avec le trocart. On fait la ponction ; on tire le dard, mais incomplétement; on ouvre le robinet, et le liquide épanché se précipite dans le tube en caoutchouc et dans le corps de pompe sans qu'il y ait eu aucune communication avec l'air extérieur, puis on fait manœuvrer la pompe.

Cet appareil permet également de faire des injections; il suffit pour cela de repousser un peu le dard dans la canule, de fermer le robinet, de changer les tubes et de mettre le tube en communication avec le trocart à la place de celui par lequel le liquide s'écoulait précédemment au dehors, d'ouvrir le trocart et le robinet et de faire fonctionner la pompe.

Cet appareil analogue, comme on voit, au premier aspirateur de M. Dieulafoy, présente sur lui cet avantage que les robinets y sont supprimés et remplacés par deux soupapes en sens inverse, ce qui rend le manuel opératoire plus simple, plus commode et moins long, et ce qui permet, en outre, de n'avoir aucune interruption dans l'opération.

M. Gallard a expérimenté cet appareil et a pu extraire de la

poitrine d'un pleurétique, 300 grammes de liquide dans un espace de temps relativement fort court.

M. BLACHEZ fait observer que le trocart de M. Potain réalisait déjà le perfectionnement dont vient de parler M. Gallard, et qui consiste à pouvoir retirer le dard sans permettre la communication de la poitrine avec l'air extérieur.

M. POTAIN, parmi les raisons qui lui font préférer l'appareil si simple dont il se sert aux autres aspirateurs, fait valoir l'avantage qu'il présente sur eux de ne pas s'altérer, de ne pas s'abîmer et ne pouvoir jamais être hors de service.

La pompe que vient de présenter M. Gallard a cet inconvénient qu'au bout d'un certain temps, les soupapes ne peuvent plus fonctionner régulièrement. En outre, quand ils ont été employés un certain nombre de fois, ces appareils sont infectés par suite du contact des liquides qu'ils ont servi à extraire, de telle sorte qu'il n'est peut-être pas très-prudent de les employer pour pratiquer des injections dans la poitrine des malades.

M. POTAIN, au nom de M. Isbach, présente un *uréomètre simplifié* et un *baroscope correcteur*, dont le manuel opératoire, par sa rapidité et sa simplicité, semble faciliter considérablement l'uréométrie au point de vue pratique.

Dans la séance du 22 novembre 1872, M. Lorain avait déjà soumis à l'appréciation de la Société un procédé imaginé par M. Yvon, interne en pharmacie, procédé fort ingénieux, mais exigeant un appareil spécial et dans lequel on ne peut manœuvrer que sous le mercure, deux conditions qui font monter le prix de l'appareil de M. Yvon bien au-dessus de celui de M. Isbach.

Voici en quoi consiste cet appareil qui, d'ailleurs, a été inspiré à M. Isbach par l'invention même de M. Yvon :

L'uréomètre est un tube fermé à l'un de ses bouts, d'environ $0^m,38$ de longueur, gradué par dixièmes de centimètre cube ; sa contenance totale est de $0^m,28^{cc}$ à peu près. La graduation est faite ainsi : 10, 20, 30, 250 divisions correspondant à autant de dixièmes de centimètre cube.

Le manuel opératoire est le suivant :

On verse dans ce tube, tenu de la main gauche, 0^m06^{cc} de la solution suivante (réactif brômé) :

Eau filtrée non bouillie.	$1^m,20^{cc}$
Lessive de soude.	$0^m,50$
Brome (en dernier).	$0^m,02$ ou 6 gr.

Ce réactif décomposera l'urée en dégageant l'azote.

Sur ce réactif, qui est au fond du tube, on verse doucement de l'eau jusqu'à la division 140 (moitié du tube), dont le trait prolongé autour du tube sert de point de repère. Après quelques instants de repos, le niveau cesse de s'élever ; alors on lit avec soin, en tenant compte à peu près des fractions de division ; soit : 143,5. On prend note de ce chiffre, en y ajoutant dix qui représente le centimètre cube d'urine qu'on doit analyser ; soit, par conséquent, 153,5.

On mesure le centimètre cube d'urine avec un tube fin gradué, en regardant bien entendu la partie déclive du ménisque concave formé par le liquide, et on le fait tomber dans l'uréomètre en soufflant dans la petite pipette pour bien tout vider. On bouche immédiatement avec le pouce de la main droite, armé d'un doigtier de caoutchouc dont on a coupé l'extrémité. Ainsi obturé, le tube restera toujours dans la main droite et ne sera ouvert que sur le bain d'eau. On renverse alors le tube, en le laissant quelques secondes dans cette position ; le réactif brômé, qui était au fond du tube, traverse, vu sa densité, toute l'eau qui le sépare du pouce ; la réaction commence ; puis, quand la teinte jaune clair est égale partout, on agite vivement le tube dans le sens horizontal. On obtient ainsi une certaine mousse qu'on rassemble en adossant la main droite qui tient le tube contre la poitrine, et en pressant de la main gauche libre sur le fond du tube qui est ainsi horizontal et perpendiculaire à la poitrine ; en balançant le corps, on obtient quelque chose d'analogue au niveau à bulle d'air ; le liquide passe ainsi plusieurs fois d'un bout à l'autre du tube, et, quand il ne reste plus que de grosses bulles, on le redresse, et la réaction est terminée.

On enfonce alors la main droite, qui maintient toujours le tube fermé, dans un bain d'eau, et on retire le pouce. Immédiatement, le liquide baisse dans le tube, pressé qu'il est par le gaz produit. Mais pour que nous ayons un dosage exact, il faut coucher le tube sur l'un des bords de la cuvette ; les niveaux de liquides coïncident alors à peu près en dedans et en dehors du tube ; on bouche de nouveau avec le pouce et on redresse ; l'opération est terminée. Après quelques instants de repos, on rebouche en soufflant horizontalement sur le pouce, et on attend pour lire que le niveau soit devenu fixe.

Si quelques bulles gênaient encore la lecture, on les dissiperait en les touchant avec un agitateur essuyé.

A cette seconde lecture, on trouve par exemple 117 qui, retranché de 153,5, donne 36,5 ; tel est le volume de gaz libre produit dans l'opération.

Pour connaître le poids d'urée, on peut employer deux méthodes :

On peut faire une analyse comparative avec 1^{cc} d'une solution d'urée à 1/100 et diviser le chiffre 36,5 par celui que donnera la solution normale d'urée. On aura ainsi en centigrammes le poids d'urée contenue dans 1^{cc} de l'urine analysée.

Ou bien, on peut suivre *la méthode des tables baroscopiques*, qui dispense des calculs et donne à 5 centigrammes près et pour un litre le poids d'urée cherché.

Le baroscope est un petit tube en fer à cheval ouvert d'un bout, fermé en boule de l'autre. Il contient de l'air et de la vapeur d'eau qui sont séparés de l'extérieur par un long index de liquide non volatil. La branche fermée est graduée de telle sorte que le 760 correspond à ce que serait un gaz à $0°,760^{mm}$ et à la tension de 4^{mm} de la vapeur d'eau à 0°.

La table baroscopique se lit absolument comme une table de multiplication. C'est-à-dire qu'on lit dans la première colonne de gauche le nombre 36,5 qu'on a trouvé comme volume d'azote, puis on cherche en haut de la page le chiffre 740, qu'indiquait par exemple le baroscope au moment de l'expérience, et à la rencontre des deux lignes menées de ces points on trouve $10^{gr},1$ pour un litre de l'urine analysée.

Pour bien mettre le baroscope en équilibre de température avec l'appareil lui-même, on munit la branche à boule d'un bouchon de caoutchouc, qu'elle traverse et dépasse de telle sorte que, bouchant l'uréomètre avec le bouchon ; la boule se trouve dans le tube ; on renverse alors celui-ci et la boule est baignée par le liquide.

M. Isbach fait remarquer, en terminant, que l'hypobromite de soude qu'il emploie donne l'azote non-seulement de l'urée, mais encore de l'acide urique et de la créatine. Ces trois produits n'étant en quelque sorte que des cendres de la combustion animale, il se demande s'il ne vaut pas mieux, en pratique, conserver l'expression de leur ensemble. En tous cas, la proportion étant sensiblement constante, en diminuant de 1/20 le résultat de l'analyse, on a presque exactement le chiffre de l'urée seule.

Si l'urée contient de l'albumine, on sépare préalablement celle-ci en acidifiant un peu et en précipitant ou portant à l'ébullition. Après filtration sur papier, on procède à la recherche uréométrique.

En résumé, cette opération pour laquelle il suffit d'un simple tube gradué, pouvant s'effectuer en moins de cinq minutes, présente, au point de vue pratique, d'incontestables avantages sur les autres procédés.

M. Esbach fait devant la Société l'expérience du dosage de l'urée d'après son procédé.

LECTURE

M. LAILLER lit une note sur les dangers de l'emploi à l'extérieur du *chlorhydrate d'aniline* appliqué sur des plaques de psoriasis.

L'ayant appliqué sur deux malades de son service à l'hôpital Saint-Louis, affectés de psoriasis invétéré contre lesquels toutes les médications locales avaient échoué, il observa chez ces malades des accidents assez graves, et principalement une cyanose très-pronon-

cée. Sur le second malade surtout, une solution au cinquantième a déterminé des phénomènes d'intoxication assez alarmants pour que M. Lailler se soit bien promis de ne jamais recommencer l'expérience, d'autant plus qu'au point de vue thérapeutique il n'a obtenu aucun résultat.

PRÉSENTATION DE MALADE

M. VIDAL présente une jeune femme atteinte d'une cyanose survenue brusquement à la suite d'une émotion.

M. CHAMPOUILLON a pu observer pendant un grand nombre d'années une dame qui avait été atteinte d'une cyanose à la suite d'une violente attaque de choléra. Cette cyanose augmentait à la suite de la moindre émotion. Cette femme a succombé fort âgée à une affection cérébrale.

COMMUNICATION

M. BLACHEZ appelle l'attention de la Société sur le fait suivant : Il avait ordonné des pastilles de kermès à un malade atteint de bronchite. Un matin, au moment où il arrivait chez ce malade, celui-ci s'empressa de lui montrer sur la face dorsale de la langue une ulcération assez large d'au moins 0m,001 ou 0m,002 de profondeur, ayant mis à nu les papilles, à bords presque taillés à pic et déterminant une violente cuisson.

Ce malade lui apprit en même temps que la veille au soir, au moment de s'endormir, il avait mis dans sa bouche une pastille de kermès, et qu'il s'était réveillé avec cette pastille non fondue et encore sur la langue. M. Blachez fit faire l'analyse de ces pastilles, on n'y trouva rien de particulier; en ayant appliqué sur la peau d'une grenouille, il constata au-dessous de la pastille une exsudation très-abondante. Il ne met donc pas en doute que cet accident est bien dû au séjour prolongé sur la langue de cette pastille de kermès. Comment ce fait peut-il s'expliquer? L'action de la salive ne peut être invoquée ici puisqu'elle est parfaitement neutre. Le kermès est, comme on sait, un oxysulfure d'antimoine hydraté associé, en pastilles, à diverses substances dont l'action ne saurait avoir eu aucune influence dans ce cas. Se serait-il formé du tartre stibié! Mais comment, par quelle réaction, c'est ce dont M. Blachez demanda l'explication à M. Wurtz, qui pense qu'il s'agit là d'une action toute locale du kermès.

Quoi qu'il en soit, la conclusion pratique à tirer de ce fait est qu'il faut éviter de laisser le kermès en contact prolongé avec les muqueuses.

M. BERNUTZ fait observer que le kermès est parfois impur et contient de l'émétique.

La séance est levée à cinq heures.

VARIÉTÉS

Le service médical dans l'armée russe.

L'organisation du service médical dans l'armée allemande a fait l'objet d'intéressants articles publiés par la *Revue militaire de l'étranger*. Sur cette question, le *Bulletin de la réunion des officiers* a reproduit le règlement du 4 octobre 1872, relatif au service des hôpitaux prussiens où est consacré le principe de « l'autonomie des médecins militaires ». La Prusse, dit le dernier numéro du *Bulletin*, a été amenée à accorder l'autonomie aux médecins de son armée en étudiant le fonctionnement du service médical pendant la guerre de la sécession, où de véritables prodiges ont été réalisés par les médecins livrés à leurs propres forces ; elle s'est fondée sur les résultats de la campagne de 1866 et de celle de 1870 pour fortifier et compléter cette autonomie.

Le *Bulletin*, examinant l'organisation actuelle du service médical en Russie, dit que l'exemple de la Prusse y a été suivi, quoique d'une façon moins complète, et il donne l'analyse d'un mémoire publié sur ce sujet, à laquelle nous empruntons les passages suivants :

Le service médical est centralisé en Russie dans une section du ministère de la guerre, qui a à sa tête le médecin en chef de la direction médicale militaire ; de lui relèvent en temps de paix les médecins inspecteurs des cercles militaires.

En temps de guerre, les chefs médicaux résidant au ministère ne le quittent pas et gardent la haute direction du service, mais on nomme un inspecteur médical de l'armée active qui commande à tous les médecins de l'armée active.

Chaque corps d'armée a, comme en Prusse, son médecin en chef ; il en est de même de chaque division ; et ces médecins reçoivent des ordres, dans les circonstances ordinaires, de leurs supérieurs médicaux ; dans les circonstances extraordinaires, des chefs militaires près desquels ils résident.

Le médecin divisionnaire est chef des lazarets divisionnaires mobiles. Il ne quitte cette dernière fonction que si deux lazarets divisionnaires opèrent leur fusion pour constituer un hôpital temporaire ; il peut alors être désigné pour commander l'hôpital temporaire ainsi formé.

En campagne, les malades ou blessés sont reçus dans cinq genres d'établissements hospitaliers, qui sont : les lazarets militaires, les lazarets divisionnaires mobiles, les hôpitaux mobiles, les hôpitaux temporaires, les hôpitaux sédentaires permanents, situés dans le rayon d'action de l'armée.

Lazarets militaires. — Lorsqu'on met l'armée sur pied de guerre, les lazarets militaires fournissent le matériel nécessaire pour la formation des lazarets divisionnaires mobiles, gardent pour eux le strict nécessaire et laissent le reste en magasin.

Leur rôle est de donner les premiers soins aux malades pendant les routes et de les transporter dans un hôpital ou un lazaret divisionnaire. Pendant un siége, dans un camp permanent, dans un détachement, ils peuvent, d'après les ordres du commandant en chef, se transformer en hôpitaux temporaires.

Lazarets divisionnaires mobiles. — Ces lazarets, formés par la fusion de plusieurs lazarets militaires, ont pour mission : 1° de soigner les malades pendant les opérations militaires, de les transporter dans les hôpitaux temporaires ou permanents ; 2° de donner les premiers soins aux blessés et de les évacuer au moment où le comporteront leur état et les phases de la guerre ; 3° quand la division est stationnaire, de transporter les malades et les blessés d'un établissement sanitaire dans un autre.

Chacun de ces lazarets a six places d'officiers et cent soixante places pour les hommes de troupe. Il loge ses malades sous des tentes ou des maisons réquisitionnées. Les tentes sont à double toile, comme les tentes américaines ; le sol est recouvert d'un tapis de drap, et des brancards à pied en fer servent de lits.

Le train de ces lazarets comprend des voitures pour le chargement de tentes, du matériel médical, des vivres, etc., et des voitures destinées aux malades et aux blessés. Dans un moment de presse, les voitures portant le matériel peuvent être employées pour l'évacuation des blessés.

Les voitures qui servent d'ordinaire en Russie pour le transport des malades sont basses, à quatre roues, et assez longues (*lignoika*) ; on y place les brancards sur lesquels reposent les malades. On a, pour les blessés les plus graves, des brancards à ressorts qu'on charge sur des voitures plus grandes. Les voitures qui portent les objet pharmaceutiques, les appareils et les instruments de chirurgie, sont généralement à deux roues. Quand les voitures ne peuvent être employées, on se sert de mulets.

Le lazaret est sous le commandement absolu du médecin en chef de la division, qui a sous ses ordres tout le personnel, tant médical qu'administratif. Les médecins traitants sont fournis par les régiments ; chaque régiment en envoie un, et quatre infirmiers. On choisit dans la division un aide (*feldscherer*) pharmacien.

Le personnel complet du lazaret comprend :

Comme personnel médical : un médecin ordinaire, quatre médecins traitants de 1re classe, quatre médecins de 2e classe, un pharmacien, huit infirmiers (*feldscherer*) de 1re classe, huit infirmiers (*feldscherer*) de 2e classe, un infirmier (*feldscherer*) pharmacien ; au total, vingt-sept personnes.

Ajoutons : le personnel administratif, sept personnes ; vingt-deux ouvriers, deux cent dix brancardiers, cinquante ordonnances et infirmiers auxiliaires, cent quinze hommes du train ; en total, quatre cent dix-sept hommes de troupe et seize officiers.

Le lazaret a avec lui deux cent quinze chevaux de trait et huit chevaux haut la main. Les médecins sont montés.

On le voit, le lazaret de division constitue un tout homogène, pouvant se suffire entièrement à lui-même, et étant entièrement dans la main du médecin en chef de la division.

Hôpitaux mobiles. — Les hôpitaux mobiles sont formés, lorsque le commandant en chef le juge utile, par la réunion de deux ou de plusieurs lazarets divisionnaires. Leur formation est donc subordonnée aux circonstances, et leurs fonctions sont les mêmes que celles des lazarets de division.

Ils sont commandés par un des médecins divisionnaires désigné par l'inspecteur médical de l'armée.

Hôpitaux temporaires. — Les hôpitaux temporaires suivent l'armée. Leur nombre est déterminé d'après l'effectif des troupes actives, à raison d'une place pour huit hommes. Il faut soustraire cependant des places à donner dans les hôpitaux temporaires le chiffre de celles qui sont fournies par les hôpitaux permanents. Le ministre de la guerre s'entend avec le médecin en chef pour déterminer le nombre des hôpitaux temporaires. Chacun doit contenir trente places d'officiers et six cents places d'hommes de troupe.

L'abri que ces hôpitaux offrent aux malades est la baraque, et les médecins russes, d'accord en cela avec les données les plus récentes de l'hygiène, préconisent la supériorité de l'hôpital sous baraque sur le grand hôpital en pierre. Ils expérimentent en ce moment même plusieurs systèmes de baraquements pour malades.

En règle générale, les hôpitaux temporaires s'administrent comme les hôpitaux permanents ; mais si des circonstances spéciales empêchent qu'il en soit ainsi, le médecin en chef et l'administrateur en chef décident de leur propre autorité le mode d'administration à employer, et en rendent compte, chacun isolément, à leurs supérieurs hiérarchiques.

Ces établissements, placés sur plusieurs lignes, sont reliés entre eux par des transports réguliers, et si besoin en est, on établit dans leur intervalle des dépôts, sorte de relais où les malades voyageant peuvent passer la nuit.

Le personnel des hôpitaux temporaires comprend : 1° un commandant en chef ; 2° le personnel médical : un médecin en chef, trois médecins traitants de première classe ; quatre médecins de deuxième classe, six infirmiers de première classe, douze infirmiers de deuxième classe, un pharmacien en chef, trois aides-pharmaciens, trois infirmiers pharmaciens de première classe ; 3° le personnel administratif ; 4° les surveillants des salles ; 5° le service de discipline ; 6° les ouvriers ; 7° le train. En tout : 22 officiers, 285 sous-officiers et soldats.

Il y a 27 voitures, 108 chevaux de trait, 6 chevaux haut la main.

L'hôpital temporaire forme donc, comme le lazaret divisionnaire mobile, une unité qui trouve en elle-même tous ses moyens d'existence et d'action. Il est commandé par un commandant militaire, ainsi que cela avait lieu en Prusse, avant le 12 octobre 1872, pour les hôpitaux en temps de paix. L'Italie a déjà imité la Prusse, en détruisant cette anomalie par un décret du 17 novembre 1872, et il semble probable que la Russie, qui, comme l'Italie, s'inspire de l'exemple et de l'expérience des Allemands, ne tardera pas à donner aux médecins le commandement de tous les établissements sanitaires.

Hôpitaux sédentaires permanents. — Avant la guerre, le ministre désigne les hôpitaux qui seront à la disposition du médecin en chef de l'armée. Les circonstances particulières déterminent dans quelle proportion on devra utiliser les établissements hospitaliers civils et militaires situés dans le rayon de l'action de l'armée ou en arrière de celle-ci.

Ce qui étonne tout d'abord à la lecture des tableaux indiquant le personnel des lazarets des divisions et des hôpitaux temporaires, c'est le chiffre considérable des employés de ces établissements, surtout lorsqu'on le compare à celui que nous avons l'habitude de voir dans nos ambulances. Les Allemands ont des effectifs de médecins, d'infirmiers et de brancardiers bien plus élevés que les nôtres, mais qui diffèrent beaucoup de ceux des Russes. Or le service sanitaire allemand a fonctionné dans d'assez bonnes conditions pour qu'on puisse regarder comme répondant à tous les besoins le nombre des hommes qui ont été attachés aux ambulances.

THÈSES

SOUTENUES A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

PENDANT L'ANNÉE 1873.

104. Reyes y Zamora. De la stupeur simple et de la stupeur mélancolique.

105. Roux. Sur quelques points de diagnostic des rétrécissements spasmodiques de l'œsophage avec ou sans lésion et de l'intervention du traitement par le bromure de potassium pour éclairer ce diagnostic.

106. Vercoutre. Étude sur les corps libres intra-périnéaux.

107. Vernial. Du cancer primitif de la vessie.

108. Franquevllle. Des accidents causés en accouchements par l'ergot de seigle.

109. Neumann. Essai sur le cancer du rein.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Par décret du Président de la République, en date du 8 mai 1873, ont été promus :

Au grade de médecin principal de 1re classe : — M. Astié (Jean-Augustin), médecin principal de 2e classe à l'hôpital militaire de Bordeaux, en remplacement de M. Boulian, décédé.

Au grade de médecin principal de 2e classe : — M. Viry (Jean-Antoine), médecin-major de 1re classe à l'hôpital militaire de Rambouillet, en remplacement de M. Folie-Desjardins, décédé. — M. David de Lestrade (Léonard), médecin-major de 1re classe à l'hôpital militaire de Marseille, en remplacement de M. Astié, promu.

Au grade de médecin-major de 1re classe :—(Ancienneté). M. Champenois (Victor-Achille), médecin-major de 2e classe au 2e bataillon de chasseurs à pied, en remplacement de M. Raoult-Deslongchamps, promu. — (Choix). M. Kopf (Félix), médecin-major de 2e classe au 3e régiment du génie, en remplacement de M. Rozan, promu. — (Ancienneté). M. Deschuttelaëre (Vinoc-Benoît-Joseph), médecin-major de 2e classe au 1er bataillon de chasseurs à pied, en remplacement de M. Mutel, promu. — (Choix). M. Fossard (Pierre-Augustin-Edmond), médecin-major de 2e classe au parc de construction des équipages militaires, en remplacement de M. Poppleton, retraité. — (Ancienneté). M. Bal (Pierre-Prosper), médecin-major de 2e classe au 122e régiment d'infanterie, en remplacement de M. Maurel de Lapomarède, retraité. — (Choix). M. Glatigny (Camille-Philibert), médecin-major de 2e classe au 2e régiment du génie, en remplacement de M. Viry, promu. — (Ancienneté). M. Bachon (Alexandre-Pierre-Paul), médecin-major de 2e classe au 60e régiment d'infanterie, en remplacement de M. David de Lestrade, promu.

— L'Académie de médecine va avoir à élire demain un de ses membres pour la représenter au Conseil supérieur de l'instruction publique. Plusieurs noms ont été mis en avant dans le comité secret de mardi dernier. Bien que nous ne soyons pas dans les secrets des dieux, nous croyons cependant être assez bien informés pour pouvoir affirmer que parmi les candidats proposés, — tous aussi honorables assurément les uns que les autres, — celui qui paraît avoir le plus de chances de réunir la majorité, est l'un des vétérans de la Faculté de médecine de Paris.

Nous nous sommes demandé pourquoi un professeur de la Faculté, lorsqu'un de ses collègues doit déjà y représenter le corps médical enseignant? Nous apprenons, au moment de mettre sous presse, que notre éminent confrère, M. Bouisson, accepterait volontiers cette mission. Si l'on n'a pas oublié que c'est à l'initiative de l'honorable représentant de l'Hérault à l'Assemblée nationale que l'Académie doit d'être représentée à l'avenir dans le conseil supérieur, ne paraîtrait-il pas juste de sa part de reporter sur lui les suffrages?

— Le *Journal du Havre* emprunte les renseignements suivants à un mémoire lu à la Société d'études diverses par M. le docteur Lecadre, vice-président du conseil d'hygiène et de salubrité publique :

Comme chiffre de population, le Havre vient en dixième ligne parmi les villes de France; au dernier recensement, le Havre comptait 86,825 habitants. Pour l'accroissement de la population, notre ville occupe la quatrième place.

Cet accroissement de population ne peut être, malheureusement, attribué au nombre moyen plus grand des naissances ni à la diminution de celui des décès, puisque depuis 1866 jusqu'en 1872, deux années seulement, 1867 et 1872, ont présenté un excédant des naissances sur les décès. Il en est donc du Havre comme d'autres villes commerciales et d'autres cités industrielles, dont la population augmente par suite de l'immigration résultant d'une plus grande extension du commerce et d'un plus grand développement industriel : Marseille gagne, ainsi, 12,733 habitants, le Havre 11,925, Reims 11,260, Roubaix 10,896. Et, à côté, les villes et les départements dont le commerce ou l'industrie sont sans grande importance perdent en population.

La diminution est, pour la Manche, de 29,123 habitants; pour la Dordogne, de 22,532; pour le Calvados, de 20,897; pour le Finistère, de 19,522; pour les Côtes-du-Nord, de 18,915; pour la Mayenne, de 17,218; pour la Meuse, de 16,928; pour l'Eure, de 16,593.

Les naissances, en 1872, au Havre, ont été :

Du sexe masculin, de	1.426
Du sexe féminin, de	1.436
Ensemble	2.862

Les mariages ont été, en 1872, au nombre de 928, soit un mariage par 93.57 habitants; en 1871, on n'avait compté qu'un mariage par 102.42 habitants.

Le chiffre des décès a été de 1,452 hommes et 1,260 femmes : sur ce chiffre ne se trouvent compris que 8 décès de militaires sur une garnison de 1,600 hommes.

— La prochaine réunion de la Société de thérapeutique aura lieu mercredi prochain, 14 mai, à 4 heures précises.

Ordre du jour. — M. Dally : Traitement de l'atrophie musculaire par la gymnastique. — M. Labbée : De l'action du mercure sur le foie. — M. d'Ornellas : sur l'action physiologique de l'émétine. — M. Beaumetz : De l'action physiologique et thérapeutique du chlorhydrate d'ammoniaque comparée à l'action du chlorhydrate de triméthylamine.

— A céder, bonne clientèle, à cinq heures de Paris.—S'adresser à M. le docteur Lescure, 49, rue des Abbesses, Montmartre.

— M. Chambon tient à la disposition de MM. les médecins du vaccin de génisse les mardis et mercredis, de une heure à quatre heures, rue Chaptal, 20.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

L'Étudiant micrographe, traité pratique du microscope et des préparations, par ARTHUR CHEVALIER, O. ✵, 1 vol. de 600 pages, 600 figures : 7 fr. 50. — Delahaye, place de l'École-de-Médecine. — Catalogue illustré des microscopes, gratis, chez Arthur Chevalier, Palais-Royal.

Des diarrhées chroniques et de leur traitement par les eaux de Plombières, par le docteur BOTTENTUIT, ancien interne des hôpitaux de Paris, chevalier de la Légion d'honneur, etc. — Prix : 2 francs. — Paris, Delahaye.

Sur les maladies du système nerveux faites à la Salpêtrière par le professeur CHARCOT, recueillies et publiées par le docteur Bourneville. — 2e fascicule avec 6 figures dans le texte et 4 planches coloriées. Prix : 3 francs. — Paris, Adrien Delahaye.

Le Directeur : Dr E. LE SOURD.

Paris. — Typographie A. POUGIN, quai Voltaire, 13.

Eaux minérales de Vals acidules.

Gazeuses, Bicarbonatées, Sodiques, analysées par. O. Henri.

Thermalit 13°	Saint-Jean	Rigolette	Précieuse	Désirée	Magdeleine
Acide carbonique libre...	1 425	2.095	2.218	2.145	2.050
Bicarbonate de soude....	1.480	5.800	5.940	6.040	6.280
— de potasse...	0.040	0.263	0.230	0.263	0.255
— de chaux....	0.310	0.259	0.630	0.571	0.520
— de magnésie.	0.120		0.750	0.900	0.672
— fer et mang.	0.006	0.024	0.010	0.010	0.029
Chlorure de sodium......	0.060	1.200	1.080	1.100	0.169
Sulfate de soude et chaux.	0.054	0.220	1.185	0.200	0.235
Silicate et silice, alumine..	0.080	0.060	0.060	0.058	0.097
Iodure alcal. arsenic lit...	indice	traces	indice	indice	traces
	2.151	7.826	8.885	9.142	9.248

Ces eaux sont *très-agréables* à boire à table, pures ou coupées avec du vin. Un excès d'acide carbonique et la proportion heureuse des bicarbonates calciques-magnésiens en font, malgré la plus riche minéralisation qui soit connue en France, des eaux *légères, douces,* essentiellement *digestives.* Dose ordinaire, une bouteille par jour. (*Indiquer autant que possible la source que l'on entend prescrire.*) *Emplois spéciaux* : SAINT-JEAN, maladie des organes digestifs ; — PRECIEUSE, maladies de l'appareil biliaire ; — DESIREE, maladies de l'appareil urinaire ; — RIGOLETTE, chlorose, anémie ; — MAGDELEINE, maladies de l'appareil sexuel.

SOURCE FERRO-ARSENICALE DE LA DOMINIQUE

Acide sulfurique libre...................		1.33
Silicate acide; Arséniate »; Phosphate »; Sulfate »	sesqui-oxyde de fer	0.44
— de chaux..............................		
Chlorure de sodium......................		
Matières organiques......................		

Cette eau est arsenicale; elle n'a aucune analogie avec les précédentes. Fièvres intermittentes, cachexies, dyspnée, maladies de la peau, scrofule, maladies organiques, etc.

Les eaux de ces sources se transportent et se conservent sans altération ; elles se trouvent dans les principales pharmacies de France, au prix de 8,80 c. la bouteille en verre noir, revêtue d'une étiquette et coiffée d'une capsule en étain indiquant la source où elle a été puisée.

FER QUEVENNE

Approuvé par l'Académie de médecine. Autorisé par circulaire spéciale du Ministre.

Extrait de l'*Annuaire de thérapeutique* de 1870, p. 161 :

« La préparation qui se prête le mieux à toutes « les indications est le FER QUEVENNE. 1 ou 2 dé- « cigrammes (une ou deux mesures) pris au prin- « cipal repas, dans la première cuillerée de soupe, « constituent le mode d'emploi des ferrugineux le « plus inoffensif et le plus sûr. » — *Bouchardat.*

Le succès constant de ce produit explique les nombreuses imitations et contrefaçons dont il est l'objet, et qui cachent sous des étiquettes trompeuses des produits inférieurs et d'une efficacité douteuse. Pour éviter ces fraudes, exiger :

1° *La marque de fabrique ;*

2° Le *cachet Quevenne* aux deux extrémités du flacon ;

3° Le nom *Emile Genevoix*, dépositaire général à Paris, 14, rue des Beaux-Arts.

Prix du flacon, avec la petite mesure, 3 fr. 50.

EAUX THERMALES SILICATÉES

De Sail-les-Bains (Loire)

Chemin de fer du Bourbonnais, station de Saint-Martin-d'Estreaux.

OUVERTURE LE 15 MAI

La silice et les silicates sont des médicaments nouveaux éminemment *dépuratifs, anti-infectieux et réparateurs.*

SAIL est le seul établissement hydro-minéral soit de France soit d'Allemagne où on traite notoirement par la silice et les silicates.

Vices du sang, dartres, scrofules, maladies de matrice, stérilité, goutte, rhumatisme, estomac, vessie, action sédative sur le système nerveux.

SIROP FERRUGINEUX

D'ÉCORCES D'ORANGES ET DE QUASSIA AMARA AU PROTOIODURE DE FER

Préparé par J.-P. LAROZE, pharmacien, 2, *rue des Lions-Saint-Paul, à Paris.*

Le quassia amara, spécial contre les malaises de nature intermittente, est employé avec succès chez les femmes et les jeunes filles au moment de leur formation. Le fer, associé au Sirop mixte d'écorces d'oranges et de quassia, est le plus sûr reconstituant des tempéraments affaiblis avec dyspepsie. Cette union est d'autant plus rationnelle que le sirop d'écorces d'oranges, employé seul pour stimuler l'appétit et régulariser les fonctions abdominales, neutralise les effets fâcheux (pesanteurs de tête, constipation, douleurs épigastriques) des ferrugineux et des iodures, alors qu'il facilite leur absorption. Dissous dans ce sirop, l'iodure ferreux est pris et bien supporté, étant à l'état pur le plus assimilable ; et, dans les pâles couleurs, les pertes blanches, l'anémie, les affections scrofuleuses et le rachitisme, le traitement peut être prolongé. Ce Sirop cumule l'*action antipériodique* du quassia amara, l'*action tonique* du fer et l'*action diffusible* de l'écorce d'orange.

Dépôt à Paris, 26, rue-Neuve-des-Petits-Champs.

EXPOSITION DE 1867

La seule et unique Médaille pour la Pepsine, en récompense de la supériorité de fabrication constatée après expériences faites par les membres du Jury de l'Exposition 1867, MM. FELHING (de Stuttgart), FRITSCHE (de Saint-Pétersbourg), a été accordée exclusivement à la

Pepsine de Boudault, seul fabricant et fournisseur de la Pepsine dans les hôpitaux de Paris depuis 1854.

Quinze années de fabrication supérieure.

Elle est employée dans les *dyspepsies légères et rebelles, gastrites, gastralgies, dans les vomissements incoercibles de la grossesse, la lienterie des enfants, et autres affections des organes digestifs*, sous forme de vin, Elixir, Prises, Pastilles et Dragées. *Se méfier des contrefaçons.*

Pharmacie HOTTOT, 24, rue des Lombards, Paris.

EPILEPSIE

HYSTÉRIE — NEVROSES

Le SIROP DE HENRY MURE, **au bromure de potassium** (exempt d'iodure), dont l'usage est aujourd'hui universellement répandu, a déterminé un nombre considérable de guérisons publiées dans les recueils scientifiques.

Chaque cuillerée de SIROP DE HENRY MURE contient 2 grammes de **bromure de potassium** d'une pureté chimique irréprochable.

PRIX DU FLACON : 5 francs.

Vente au détail. — A Paris, 16, rue de Richelieu, pharmacie LEBROU.

Vente en gros. — S'adresser à M. HENRY MURE, pharmacien, à Pont-Saint-Esprit (Gard).

PILULES DE HOGG

1° *Pilules nutrimentives à la pepsine acidifiée*, dyspepsie, digestion difficile, diarrhée, vomissements, etc.

2° *Pilules à la pepsine unie au fer réduit par l'hydrogène*, en vue des maladies chroniques et des affections qui en dépendent (pertes blanches, pâles couleurs, menstruation difficile), et de fortifier les tempéraments débilités.

3° *Pilules à la pepsine unie au proto-iodure ferreux inaltérable*, en vue des maladies scrofuleuses, lymphatiques et syphilitiques, la phthisie, la cachexie chlorotique et les affections atoniques générales de l'économie.

On emploie la pepsine Boudault dans ces trois préparations.

Ces pilules ne se vendent qu'en flacons triangulaires chez HOGG, pharmacien-chimiste, rue Castiglione, 2, à Paris, et dans toutes les pharmacies. — Envoi *franco* par la poste.

PAPIER RIGOLLOT

POUR SINAPISMES

Adopté par les Hôpitaux de Paris, les Ambulances et Hôpitaux militaires, et par les Marines française et anglaise.

26, rue Vieille-du-Temple, à Paris, et dans toutes les pharmacies.

PILULES HÉMATIQUES DUROY

A l'extrait de sang de bœuf. — Tonique reconstituant complet

Anémies, affaiblissements, convalescences, etc. — 4 fr. le flacon de 100 pilules dragéifiées inaltérables. J.-L.-P. DUROY, pharm., lauréat de l'Institut, 10, rue du faub. Montmartre, Paris, et dans les pharm.

PANCRÉATINE DEFRESNE

ET LES PRODUITS QUI EN DÉRIVENT

EMPLOYÉS DANS LES HOPITAUX DE PARIS

(Voir le Mémoire présenté à l'Académie de médecine.)

La **Pancréatine Defresne** perd un tiers de sa force dans l'estomac, mais continue son action dans le duodenum en présence de la bile alcaline. Elle rend assimilable, 15 fois son poids de corps gras ; elle digère 50 fois son poids de fibrine ; 140 gr. d'empois ou 8,90 d'amidon.

ELLE RÉUSSIT BIEN DANS LES

DYSPEPSIES, GASTRITES, GASTRALGIES ET AUTRES AFFECTIONS DES ORGANES DIGESTIFS.

L'HUILE DE FOIE DE MORUE DEFRESNE

émulsionnée par la **Pancréatine**, est inappréciable dans les maladies de poitrine.

La Pancréatine, l'Huile de foie de morue pancréatique, l'Émulsion pancréatique, les Pilules, le Vin et l'Élixir pancréatiques, se trouvent à la pharmacie DEFRESNE, rue des Lombards, 2 et 4, et dans toutes les autres pharmacies. — ON Y TROUVE AUSSI LE

GOUDRON DEFRESNE

Liqueur préparée physiologiquement à l'aide de l'acide cholique et ayant tout l'arome et toutes les propriétés du goudron.

VIN ET SIROP AROUD AU QUINA

ET A TOUS LES PRINCIPES NUTRITIFS SOLUBLES DE LA VIANDE

Médicament aliment d'une supériorité incontestable sur tous les vins de quina et sur tous les toni-nutritifs connus, renfermant tous les principes solubles des plus riches écorces de quina et de la viande, représentant, par 30 gr., 3 gr. de quina et 27 gr. de viande. — *A la même base et à la même dose :* VIN ET SIROP FERRUGINEUX AROUD SIROP CONCENTRÉ AROUD. VIN AROUD au Malaga. BONBONS, PATES, PASTILLES AROUD. — Dépôt, Lyon, pharmacie AROUD, 4, rue Lanterne.

N° 56. — JEUDI 15 MAI 1873. 46e ANNÉE. JEUDI 15 MAI 1873. — N° 56.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Bureaux : 57, rue des Saints-Pères, 57
PRÈS L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix d'abonnement doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

On s'abonne hors de Paris dans les bureaux des Messageries et chez les Libraires. Les lettres non affranchies sont refusées.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui n'en peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS: Trois mois. . 8 fr. 50 c. Six mois. . . 16 — Un an. . . . 30 —

POUR L'ÉTRANGER le port en sus suivant les derniers tarifs des Postes.

Paris, le 14 mai 1873.

SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

La séance a été consacrée tout entière à des élections, élection d'un membre de l'Académie devant faire partie du conseil supérieur de l'instruction publique et élection de deux membres correspondants étrangers, pour les divisions de médecine vétérinaire et de physique, chimie médicale et pharmacie.

Dans le comité secret de mardi dernier, les noms de MM. Bouillaud, Barth, Larrey, avaient été mis en avant par le bureau, à titre de simple avis — ce qui, par parenthèse, ne paraît pas avoir été du goût de tous les membres de l'Académie. Quelques objections ont même été faites, non pas aux personnes, mais à la qualité de l'une d'entre elles notamment. Enfin, depuis, une candidature nouvelle s'est produite, celle de M. Bouisson, mais trop tardivement sans doute pour avoir pu être prise en suffisante considération.

Bref, après un premier scrutin dans lequel MM. Barth et Bouillaud ont groupé le plus grand nombre de voix, sans qu'aucun d'eux ait réuni la majorité, un second scrutin a donné la majorité à M. Barth.

M. Barth, en remerciant l'Académie de ses suffrages, a pris l'engagement de faire tous ses efforts pour la représenter le plus dignement possible auprès du conseil. Personne, assurément, ne suspectera la sincérité de cet engagement.

Cette élection avait déjà absorbé une assez bonne partie de la séance, le reste a été employé à l'élection des deux correspondants étrangers, MM. Ercolani et Agassiz; deux noms, ce dernier surtout, chers à la science. En donnant l'unanimité de ses suffrages à M. Agassiz, l'Académie n'a fait que payer une dette tardive au savant éminent que la France regrettera toujours de n'avoir pas su fixer chez elle.

A mardi prochain, sans doute, la reprise des travaux interrompus par cette séance de scrutins.

Dr B...

HOPITAL DE LA CHARITÉ. — M. GOSSELIN.

Leçon clinique sur les formes insolites de l'orchite (1).

II. *Inflammation blennorrhagique subaiguë limitée au canal déférent.* — Je vous signale de temps en temps la coïncidence, avec l'épididymite blennorrhagique franche, d'un gonflement allongé, pâteux, douloureux à la pression et spontanément, qui, commençant à la partie supérieure des testicules, se continue jusqu'au niveau et au delà de l'anneau inguinal. Il est impossible de distinguer dans cette masse comme phlegmoneuse, les diverses parties du cordon spermatique, et en particulier le canal déférent. Je vous explique ce gonflement par une phlegmasie du tissu cellulaire du cordon, laquelle paraît s'être propagée du canal déférent vers lui. Nous appelons *funite* cette variété d'inflammation d'origine blennorrhagique, et vous vous rappelez que la funite se termine habituellement par résolution en même temps que l'épididymite correspondante.

Je vous montre aussi quelquefois, et toujours accompagnant l'épididymite, un cordon allongé, dur, douloureux, offrant l'analogie, qu'a signalée M. Ricord, avec une baguette de fusil; ce gonflement n'empêche pas de sentir les autres parties du cordon qui sont libres, et ont conservé leur volume habituel. Il est bien évidemment formé par le canal déférent.

Ce qui est tout à fait insolite, c'est le gonflement d'origine blennorrhagique, limité au canal déférent, et avec intégrité parfaite de l'épididyme. Nous en avons en ce moment un exemple dans le service.

Au n° 31 de la salle Sainte-Vierge, est couché le nommé T..., âgé de vingt-cinq ans, mécanicien. Cet homme a déjà eu, à l'âge de dix-huit ans, un écoulement uréthral insignifiant, qui a duré un mois sans offrir de complication.

Aujourd'hui, il nous présente un exemple assez rare de propagation d'une inflammation uréthrale au canal déférent.

Il nous raconte que, dans la première quinzaine de janvier, il contracta un écoulement assez intense qui dura deux mois, et pour lequel il se traita uniquement par des injections au sous-nitrate de bismuth.

Pendant tout le cours de sa blennorrhagie, il ne ressentit rien du côté des testicules. L'écoulement avait beaucoup diminué, et le malade se croyait tout à fait guéri, quand tout à coup, il y a douze jours (c'était le 11 mai), il fit, au milieu de son travail, un effort considérable pour sauter d'un mur de huit à dix pieds de haut.

(1) Suite. — Voir le numéro du 13 mai 1873.

A cette époque, je le répète, l'écoulement, au dire du malade, avait complétement disparu.

Cependant, le 13, deux jours après l'effort, il s'aperçut que le côté gauche du scrotum était douloureux ; il y porta la main, et sentit un cordon dur. Malgré cela, il continua son travail.

Mais le lendemain il a été forcé de s'arrêter, et, depuis, il n'a plus travaillé.

Il est resté chez lui, sans faire de traitement, marchant peu et portant un suspensoir.

La tumeur a atteint de suite son plus grand volume, et depuis son apparition elle semble plutôt diminuer. Elle était bien moins douloureuse quand le malade gardait le repos absolu que quand il marchait.

Quelques jours après l'apparition du gros cordon, notre malade a vu son écoulement uréthral reparaître, bien qu'il affirme de la manière la plus énergique ne s'être pas exposé, dans ces derniers temps, à contracter une nouvelle blennorrhagie.

Le 20 mai, le malade ne pouvant marcher sans souffrir, se décide à entrer à l'hôpital.

A la visite du 21, nous constatons d'abord un écoulement uréthral peu prononcé, mais incontestable. Ce qui frappe surtout, c'est un gonflement allongé, dur, arrondi, douloureux, partant du niveau de la partie supérieure et postérieure du testicule, et se continuant du bas en haut sous forme d'un cordon gros comme le petit doigt, en baguette de fusil, jusque par-delà l'anneau inguinal externe, et qu'on peut suivre avec le doigt jusqu'à l'orifice supérieur du canal inguinal.

Quelle est la nature de ce gonflement ?

Sa date récente, son caractère douloureux, son volume qui est considérable pour une maladie de huit jours, écartent de suite l'idée de tubercules, et de toute autre affection à marche chronique.

C'est donc une maladie inflammatoire. Mais laquelle ?

Au premier abord, on pourrait croire qu'on a affaire à une épididymite suite de blennorrhée ; mais avec un peu d'attention, on reconnaît que cette tuméfaction est indépendante de la tête de l'épididyme.

Le diagnostic est donc : inflammation subaiguë blennorrhagique du canal déférent, avec gonflement considérable, dont le siége principal est probablement l'enveloppe celluleuse de ce conduit.

Quant à la marche et à la terminaison, elles seront probablement les mêmes que celles de l'épididymite, c'est-à-dire que, dans quelques jours, le mouvement résolutif commencera, que la suppuration n'aura pas lieu, et que le malade guérira sans conserver l'oblitération semblable à celle qui arrive quelquefois à la suite de l'épididymite.

Le traitement, du reste, sera le même que pour cette dernière, et consistera dans le repos, l'emploi des cataplasmes et des purgatifs. Si la résolution tardait à se faire, j'aurais recours aux badigeonnages avec le collodion, ou à un vésicatoire volant.

III. *Epididymite blennorrhagique de forme névralgique au début.* — Messieurs, je vous ai fait souvent observer que l'épididymite blennorrhagique vulgaire était subaiguë, qu'en conséquence les douleurs étaient modérées, qu'elles se produisaient surtout pendant la marche ou par la pression, et qu'elles étaient presque nulles à l'état de repos.

Voici un malade chez lequel les choses se passent autrement. Il a une blennorrhagie (c'est la première) depuis trois semaines ; il l'a traitée par des injections au sulfate de zinc, et il a été pris, il y a deux jours, de gonflement et de douleurs dans le testicule gauche.

Avant-hier, jour où nous l'avons vu pour la première fois, vous avez été frappés des violentes souffrances qu'il accusait. Il n'avait pas dormi de la nuit, était pâle et défait, s'agitait, poussait des cris plaintifs, accusait des élancements et un sentiment de pression horriblement douloureuse, tant dans le testicule gauche que sur le trajet du cordon. Les douleurs n'occupaient pas tout l'abdomen, lequel d'ailleurs n'était pas sensible à la pression ; il n'y avait pas de vomissements ; rien enfin n'indiquait une péritonite.

L'épididyme offrait un gonflement allongé et dur, mais de moyen volume ; il n'y avait pas d'épanchement notable dans la tunique vaginale, pas de rougeur à la peau du scrotum, pas d'empâtement du tissu cellulaire sous-cutané, pas de gonflement du testicule, pas de fièvre.

Ce qui dominait, c'était une douleur violente, avec peu de gonflement et toutes les apparences d'une phlegmasie modérée. Ces douleurs s'étaient montrées la veille, peu d'heures après l'entrée du malade dans nos salles.

En voyant ce symptôme si fortement accusé, la première pensée était celle d'une orchite parenchymateuse, développée rapidement, avec étranglement de la substance séminifère par la tunique albuginée. Mais outre que l'orchite proprement dite est rare dans le cours d'une blennorrhagie, elle ne prend pas, dans les cas où elle a lieu, une forme assez aiguë pour être aussi douloureuse.

D'un autre côté, il était facile de reconnaître que, chez ce jeune homme, le testicule n'était pas sensiblement gonflé, et que l'inflammation était, comme d'ordinaire, limitée à l'épididyme. Rien enfin ne paraissait indiquer la terminaison par suppuration, qui est la tendance de l'orchite parenchymateuse, dans les cas où elle est aussi douloureuse dès son début. L'absence de fièvre éloignait encore cette idée.

Je vous ai prévenus, dès lors, qu'il s'agissait de cette variété d'épididymite, dans laquelle, sans que la phlegmasie fût en réalité très-considérable, la douleur prenait exceptionnellement une intensité inexplicable. Je vous ai dit qu'il s'agissait là d'une prédisposition ou aptitude particulière du sujet, prédisposition en vertu de laquelle les nerfs partant de l'organe enflammé devenaient le siége d'un état douloureux. J'ai comparé cet état à celui des nerfs de la cinquième paire, dans les crises douloureuses de la carie dentaire. Je vous ai dit enfin que c'était là ce que j'appelle *la forme névralgique* de l'épididymite, et que, si mon opinion était fondée, nous verrions la souffrance disparaître assez promptement sous l'influence des narcotiques bien employés, et la maladie suivre son cours habituel, sans se terminer par suppuration.

J'étais autorisé à émettre cette opinion par le souvenir de trois faits du même genre, que je vous rappellerai en peu de mots.

En 1846, alors que j'étais chargé par intérim du service chirurgical de l'hôpital des Cliniques, on me fait mander un jour, dans l'après-midi, pour voir un jeune homme qui était soigné, depuis une quinzaine, pour une épididymite blennorrhagique subaiguë. La maladie était en voie de résolution, et semblait devoir être bientôt guérie, lorsque tout à coup, sans cause appréciable, peut-être à la suite d'une masturbation inavouée, le malade sentit reparaître un gonflement de l'épididyme avec des douleurs abdominales. C'était une de ces poussées nouvelles au déclin de la phlegmasie, comme on en observe quelquefois.

Seulement cette poussée était beaucoup plus douloureuse que la première atteinte. Le patient criait, se tordait, demandait avec instance à être soulagé. C'était la première fois que je voyais des accidents semblables, et j'avoue que ma pensée fut celle d'une péritonite. Je fis donc appliquer vingt sangsues et prendre, par cuillerées, une portion fortement opiacée. Le lendemain, les douleurs persistaient avec la même intensité, et le gonflement de l'épididyme était redevenu ce qu'il était lors de la première atteinte. Je m'en tins aux cataplasmes et aux opiacés. Mais la crise douloureuse dura quarante-huit heures, après lesquelles il demeura constant que ce malade n'avait ni péritonite, ni orchite parenchymateuse, et que les souffrances devaient être attribuées à une sensibilité insolite et de forme névralgique coïncidant avec le début d'une épididymite itérative. Je me promis, dès lors, si un cas pareil se présentait, de le traiter exclusivement par les narcotiques, et de laisser de côté les antiphlogistiques.

Quatre ans plus tard, je fus appelé en toute hâte pour un jeune homme de la ville, qui poussait des cris déchirants et se tordait dans son lit, par suite de douleurs coïncidant avec un gonflement commençant de l'épididyme droit. Il avait une blennorrhagie datant de trente jours, et se trouvait bien évidemment au début d'une épididymite. Comme il n'y avait pas de fièvre ni de douleurs à la pression du ventre, ni de vomissements, je rejetai l'idée d'une péritonite. Je trouvai une distension notable de la tunique vaginale par de la sérosité, et pensant que les douleurs tenaient peut-être à cette distension, je me hâtai de faire, avec une lancette, la ponction conseillée par Velpeau. Je constatai, après l'évacuation du liquide, que le testicule n'était pas gonflé, et qu'en conséquence la douleur ne devait pas être attribuée à une orchite parenchymateuse.

Je prescrivis un liniment au chloroforme, j'appliquai moi-même sur le trajet du cordon, où la douleur était très-vivement accusée, des rondelles d'amadou imbibées de chloroforme, que je laissai deux à trois minutes en place. Je prescrivis enfin dix centigrammes d'extrait gommeux d'opium en dix pilules à prendre d'heure en heure. Le soir, le calme était revenu, et le lendemain nous étions en présence d'une épididymite ordinaire, qui ne présenta plus rien de particulier dans sa marche.

Quelques années plus tard, en 1860, je fus appelé pour un jeune homme qui était exactement dans le même cas que les précédents, sous le rapport de l'intensité de la crise douloureuse. On avait fait la veille une application de sangsues, qui avait été l'occasion d'une hémorrhagie abondante ; car on n'avait pas su arrêter le sang par la compression digitale, ou bien par la cautérisation avec des gouttes de bougie coulante, et il était arrivé ce qui, vous devez le savoir, arrive facilement aux jeunes sujets : le sang avait coulé en trop grande quantité, et le malade en était devenu anémique. Je reconnus immédiatement qu'il ne s'agissait encore ni d'une péritonite, ni d'une orchite parenchymateuse, mais que nous étions en présence de douleurs à forme névralgique, et j'eus recours à une injection de quinze gouttes de solution de chlorhydrate de morphine au centième par la méthode hypodermique. Le malade fut promptement soulagé. Une injection semblable fut faite le lendemain, et à partir de ce moment la douleur disparut, et l'épididymite reprit sa marche ordinaire.

Pour notre sujet actuel, je n'ai pas prescrit de sangsues. En effet, je craignais que l'émission sanguine, surtout si elle passait, comme chez le dernier malade dont je vous ai parlé, à l'état d'hémorrhagie, n'augmentât, par l'effet même de l'anémie consécutive, la prédisposition névralgique. D'ailleurs, je savais par expérience que ces douleurs cèdent facilement aux narcotiques bien employés. J'ai donc fait de suite, avec la seringue de Pravaz modifiée, l'injection hypodermique de quinze gouttes de la solution morphinée à un centigramme par gramme ; j'ai recommandé d'en faire une deuxième le soir, si la douleur n'était pas amoindrie, et j'ai prescrit dix centigrammes d'opium en quatre pilules à prendre de trois en trois heures. En même temps des frictions ont été faites sur l'aine et la paroi abdominale avec le liniment au chloroforme. Vous savez que les douleurs, amoindries le lendemain, sont aujourd'hui tout à fait calmées, et que l'épididymite a repris ses caractères habituels.

(*A suivre.*)

HOPITAL DU MIDI. — M. Charles Mauriac.

Étude clinique sur l'influence curative de l'érysipèle dans la syphilis (1).

XIV

L'action morbide érysipélateuse agit-elle sur les plaques muqueuses à la manière des inflammations substitutives que nous provoquons avec des substances irritantes et caustiques? Si cette action restait limitée et ne dépassait pas la sphère des déterminations locales de l'érysipèle, on pourrait le croire. Il existe, en effet, une grande analogie entre les processus irritatifs provoqués et les processus irritatifs spontanés. Mais combien ces derniers, quand ils ont leur origine dans une réaction salutaire de l'organisme, sont plus profonds, plus compréhensifs, plus convergents vers le même but et inspirés, si on peut se servir d'une pareille expression, par un sentiment plus vif et plus net de la situation ! Avec nos caustiques, nous restons souvent en deçà ou nous allons inutilement au delà de la distance spécifique du produit morbide. Nous faisons trop ou pas assez. Ne craignez pas qu'il en soit ainsi avec les irritations spontanément curatives que conçoit et qu'exécute l'organisme.

On aurait tort cependant de ne voir dans l'érysipèle, au point de vue qui nous occupe, qu'une sorte d'inflammation purement substitutive. Il y a certainement autre chose ; et la preuve, c'est que son influence curative s'exerce à distance sur des lésions syphilitiques que leur siége soustrait à l'action directe du processus anatomo-pathologique de la phlogose locale. Ainsi on a vu dans l'observation précédente, que les plaques muqueuses de la gorge et celles du larynx ont été guéries en même temps que celles des lèvres et de la muqueuse buccale, si bien que tous les troubles de la déglutition, et surtout ceux de la phonation qui étaient si prononcés, ont complétement disparu dès que la convalescence de la maladie accidentelle a commencé. C'est aussi ce qui a eu lieu pour les plaques syphilitiques et les pustules d'impétigo qui avaient envahi le conduit auditif externe des deux côtés.

On m'objectera peut-être que la gorge, le larynx, les oreilles, les paupières, en un mot toutes les parties constituantes de la tête et du cou sont bien voisines de l'action morbide, dans l'érysipèle de la face, et qu'elles en doivent forcément ressentir plus ou moins l'influence. Je ne le nie pas, et peut-être faut-il tenir compte des effets de cette proximité.

Mais je crois aussi que l'état général fébrile, l'effort du mouvement réactionnel, la secousse qu'éprouve l'organisme, la nouvelle direction imprimée à ses forces vives par l'imminence d'un danger immédiat, etc. ; qu'enfin l'ensemble des conditions

(1) Suite. — Voir les numéros des 3, 8, 15-17, 29 avril et 6 mai 1873.

vitales et organiques de la maladie aiguë, sont de nature à faire cesser un travail morbide local né au milieu de circonstances pathogéniques tout à fait différentes. Je ne soutiens pas que les choses doivent toujours se passer de la sorte ; je dis que, dans les cas qui servent de base à ce travail, et en particulier dans le précédent, l'érysipèle a guéri des manifestations syphilitiques cutanées très-éloignées du foyer érysipélateux, et que, par conséquent, il n'a pu les atteindre qu'indirectement par l'état pyrétique et toutes les opérations organiques qui l'accompagnent, et non point par un processus anatomo-pathologique substitutif.

Quoi qu'il en soit de cette manière de voir, il reste établi que chez un malade gravement atteint d'une syphilis en pleine activité, un érysipèle infectieux, loin d'aggraver la situation, l'a singulièrement améliorée à tous égards, puisque : 1° l'état général, sérieusement compromis par la maladie constitutionnelle, a été plus satisfaisant avant qu'après la maladie aiguë ; 2° toutes les manifestations syphilitiques situées soit au centre même du foyer érysipélateux, soit à une petite distance, soit tout à fait en dehors de lui et à une grande distance, ont été guéries avec une promptitude qu'on ne pourrait jamais obtenir avec le traitement spécifique et les médications locales.

XV

Chez les individus qui contractent la syphilis, l'organisme peut avoir été ou être encore sous l'influence d'une maladie constitutionnelle, telle que la scrofule, la dartre, l'arthritis. De la coexistence ou de la combinaison de ces états morbides généraux résultent des effets multiples sur lesquels nous avons plus d'hypothèses que de notions précises. Je ne veux point m'en occuper ici, et je n'en parlerai qu'incidemment à propos d'un fait de scrofulo-syphilis, où l'influence curative d'un érysipèle intercurrent s'est manifestée sous un nouvel aspect.

Obs. III. — D... (Georges), âgé de trente ans, maçon, quoique vigoureusement constitué et d'une bonne santé habituelle, eut, à l'âge de dix ans, un abcès ossifluent vers la partie moyenne du bras gauche et une arthrite scrofuleuse du coude correspondant, suivie d'ankylose, d'atrophie musculaire, etc. A quinze ans, d'autres accidents de même nature se localisèrent sur les yeux et la glande sous-maxillaire. Il reste encore des traces significatives de toutes ces lésions. Mais, depuis, le malade s'est toujours bien porté et n'a pas eu d'autre attaque de la maladie constitutionnelle.

Le 14 juillet 1872, après une continence de dix-huit mois, il eut commerce avec une coureuse, et deux jours après il apparut un chancre sur le côté gauche du sillon. Huit jours plus tard, un nouveau chancre se déclara sur le gland, au voisinage du méat. Au bout de trois semaines, ces deux chancres se compliquèrent d'un bubon inflammatoire dans chaque aine. Les bubons suppurèrent et furent guéris en trois semaines. Ils ont laissé deux cicatrices de 0m06 ou 0m07 de longueur. Aucun traitement spécifique ne fut institué.

Vers le 10 septembre 1872, c'est-à-dire deux mois environ après l'apparition des chancres, le prépuce se tuméfia, devint rouge, douloureux, et se couvrit, ainsi que le fourreau, de plaques muqueuses confluentes. Presque en même temps, mal de gorge très-léger et gonflement considérable des glandes cervico-maxillaires.

Cette adénopathie, provoquée par la syphilis, devint rapidement scrofuleuse, c'est-à-dire qu'elle se convertit en abcès froids qui, après être restés longtemps stationnaires, finirent par s'ouvrir au bout de deux mois et suppurèrent abondamment.

Les glandes ulcérées ont laissé des cicatrices profondes, irrégulières, larges ou linéaires, dont une est située à la partie postérieure du cou, dans la région occipito-cervicale. Quelques-unes de ces glandes suppurent encore.

Quant à la syphilis, elle s'accentua de plus en plus chez ce malade, d'abord vers le troisième mois du chancre, par des douleurs dans tous les membres, par des plaques muqueuses génito-périnéales, puis par une éruption confluente de petites papules sèches.

XVI

Avant d'aller plus loin, il importe de faire remarquer que la syphilis a débuté dans ce cas d'une façon tout à fait insolite par deux chancres mous compliqués de bubons suppurés. L'incubation de l'accident primitif n'a été que de deux jours. Eh bien, malgré l'ensemble de circonstances si favorables au pronostic, l'intoxication syphilitique a eu lieu. Ce fait rentre dans la catégorie de ceux que mon ami et collègue, M. E. Vidal (1), a communiqués dernièrement à la Société médicale, et qu'il a fait suivre de commentaires d'un haut intérêt pratique. Les lois qui semblent le plus solidement établies en matière de syphilis sont sujettes à bien des exceptions. Il ne faut pas prendre ce mot *loi* dans son sens rigoureux, mais lui donner au contraire beaucoup d'élasticité pour le rendre acceptable. Que dire de ceux qui le renforcent des épithètes d'absolue, d'irréfragable, d'univoque, etc. ?

La syphilis, dans le cas qui nous occupe, a eu pour premier effet, après s'être manifestée par quelques-uns de ces accidents les plus précoces, de réveiller la diathèse scrofuleuse qui n'avait donné aucun signe de vie depuis quinze ans. Ce fait n'est pas rare. Il a été observé depuis longtemps. L'excitation à reparaître qu'une maladie constitutionnelle en activité exerce sur une autre qui est à l'état latent ou en repos n'avait pas échappé au génie si profondément observateur de Hunter. Il l'attribue à la syphilis par rapport à la scrofule. Mais il envisage aussi dans son ensemble la question du conflit de toutes les maladies entre elles, qu'elles soient aiguës ou chroniques, générales ou locales, spontanées ou provoquées, accidentelles ou constitutionnelles, transitoires ou permanentes. « Je crois, dit-il, avoir observé des cas où la disposition syphilitique, formée antérieurement, a été transformée en action par une affection fébrile. De même que la plupart des autres maladies pour lesquelles il existe une susceptibilité ou une disposition, la syphilis constitutionnelle peut être développée par un trouble quelconque de la constitution. Les scrofules, la goutte et le rhumatisme sont souvent mis en action de cette manière » (2). Parlant à un point de vue plus général, il dit ailleurs : « Une disposition d'une certaine espèce peut exister dans une partie ou dans la totalité du corps vivant en même temps qu'une action d'une autre espèce s'accomplit, et quand cette action cesse, la disposition qui dormait, qu'on me passe l'expression, se transforme à son tour en action » (3). On voit, par l'observation précédente, que cette manière de voir de Hunter n'est pas rigoureusement exacte, ou du moins elle ne s'applique pas à tous les cas. Ainsi, chez notre malade, la disposition scrofuleuse qui dormait depuis quinze

(1) E. Vidal : *Contribution à l'étude de la syphilis constitutionnelle ayant pour accident initial le chancre mou.* Paris, 1873.

(2) Hunter, Œuvres complètes, traduction de Richelot, *Syphilis constitutionnelle*, t. II, p. 539.

(3) Hunter, *Leçons sur les principes de la chirurgie*, p. 358, t. Ier.

ans s'est manifestée, non pas quand la syphilis qui a été sa cause excitante a cessé, mais au contraire dans le moment qu'elle s'est traduite par ses premières déterminations locales, c'est-à-dire, non pas à la fin, mais au début de son évolution.

(*A suivre.*) CHARLES MAURIAC.

IMPERFORATION DE L'HYMEN

Par le docteur PIROTAIS, ancien interne lauréat de la Faculté de Strasbourg.

Mlle X..., de Tremblay, vient chez la femme d'un ancien confrère pour y recevoir mes soins. Agée de vingt et un ans, elle est ischémique et lymphatique. Depuis quatre ans, elle suit un traitement tonique qui aggrave son état plus qu'il ne l'améliore. Elle n'a jamais été menstruée; les soins des confrères ont tous cependant été dirigés dans ce but.

Elle nous raconte qu'elle éprouve chaque mois de vives douleurs dans l'abdomen, aux lombes et aux parties génitales, depuis quatre ans; qu'alors, la miction est difficile, le ventre endolori, dur et volumineux, surtout dans la fosse iliaque droite. A l'examen, cette jeune fille présente, en effet, une tumeur arrondie, bien circonscrite, douloureuse, rénitente et s'aplatissant à la pression. Les liniments calmants et les émollients sont plus douloureux qu'efficaces. Quelle est la nature de la tumeur? Elle est hématique? Mais est-ce un kyste ovarique, un hématocèle rétro-utérin ou un hématome produit par imperforation?

Je trouve qu'elle a assez pris de ferrugineux pour être examinée complétement. Par pudeur, refus obstiné.

Le 7 janvier, je suis de nouveau appelé. Elle est en proie aux plus vives douleurs, elles irradient des lombes dans l'abdomen. Les traits sont crispés; l'anxiété extrême. J'insiste et j'explore... Les grandes lèvres sont entr'ouvertes; une saillie convexe y proémine; distension du ventre. La tumeur s'élève au-dessus de l'ombilic, fluctuante et bien limitée, ayant pour compagnes la vessie pleine et la matrice faisant saillie à gauche. Strangurie et douleurs atroces. J'incise l'hymen dans une étendue de 0m,03, et le liquide sanguin, véritable boue splénique, s'écoule en nappe. La quantité peut être évaluée à *six litres*.

Le vaste hématome droit disparaît; la vessie se vide involontairement pendant l'écoulement; l'utérus reprend son volume.

Le 8, la jeune opérée va bien. Appétit et sommeil; pas de fièvre. L'écoulement continue.

Le 9, amélioration croissante. Injections émollientes qu'elle fait les jours suivants.

Le 15, le liquide est épais et purulent. Je pratique une trop forte injection, qui est suivie, une heure après, de violentes coliques et de vomissements. Je prescris une potion à 2 grammes de chloroforme et 55 grammes de sirop thébaïque.

Le 16, la malade n'a pas dormi, malgré la dose; mais elle va mieux; je cesse, par prudence, toute injection.

Les 17, 18, 19, état satisfaisant.

Le 25, retour dans sa famille.

Le 20 mars, elle vient me voir. Elle a pris de l'embonpoint. Ses règles sont venues normalement...

Cette observation prouve combien le médecin doit explorer et insister près du malade pour connaître exactement la nature de la lésion la plus simple en apparence. Mlle X... a souffert quatre ans; ses jours ont été en danger pour une affection d'un si facile diagnostic.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 13 mai 1873. — Présidence de M. DEPAUL.

CORRESPONDANCE

M. le ministre de l'agriculture et du commerce transmet : 1° les comptes rendus des maladies épidémiques qui ont régné, pendant l'année 1872, dans les départements des Basses-Pyrénées, de Tarn-et-Garonne, du Tarn, du Morbihan. (Comm. des épidémies); — 2° les rapports de M. le docteur Huguet sur le service médical des eaux minérales de Chatel-Guyon; de MM. les médecins inspecteurs des eaux minérales du département des Landes; de M. le docteur Voulet, sur le service médical des eaux minérales de Bondonyre. (Comm. des eaux minérales.)

CORRESPONDANCE NON OFFICIELLE

Elle comprend : 1° les lettres de candidature de MM. les docteurs Jaccoud et Villemin, qui se présentent comme candidats à la place déclarée vacante dans la section de pathologie médicale (renvoi à la section); — 2° une note de M. Debeaux, pharmacien-major de 1re classe, sur les algues marines du littoral des environs de Bastia (Corse). (Comm. MM. Chatin et Boudet); — 3° une lettre de M. Nativelle, accompagnant l'envoi de l'échantillon de digitaline cristallisée qu'il destine à l'Exposition de Vienne.

PRÉSENTATION

M. GAVARRET, au nom de M. le docteur Paul Labarthe, présente un volume ayant pour titre : *Les eaux minérales et les bains de mer de la France*. Nouveau guide pratique du médecin et du baigneur, précédé d'un parallèle entre les eaux de France et d'Allemagne, par le professeur Gubler.

ÉLECTIONS

L'ordre du jour appelle l'élection d'un membre de l'Académie devant faire partie du Conseil supérieur de l'instruction publique. L'Académie, avant de procéder au scrutin, se forme en comité secret.

Au bout d'une demi-heure, les portes sont rouvertes au public, et il est procédé au scrutin par appel nominal.

En voici les résultats :

Au 1er tour, votants 82; majorité 42 :

M. Barth obtient	36	suffrages.
M. Bouillaud	29	—
M. Bouisson	6	—
M. Bussy	6	—
M. Chauffard	2	—
M. Larrey	1	—
M. Depaul	1	—
M. Guérard	1	—

Aucun des candidats n'ayant obtenu la majorité, l'Académie procède à un second tour.

Au second tour, 79 votants, majorité 40 :

M. Barth obtient	50	suffrages.
M. Bouillaud	29	—
M. Depaul	1	—

En conséquence, M. le président proclame M. Barth élu.

M. BARTH remercie cordialement l'Académie de l'honneur qu'elle vient de lui faire, et s'efforcera de la représenter dignement.

— L'Académie procède ensuite à deux scrutins successifs pour l'élection de deux correspondants étrangers : l'un dans la 3e division, médecine vétérinaire; l'autre dans la 4e division, physique et chimie médicales, pharmacie, etc.

Pour la première place (médecine vétérinaire), les candidats présentés sont :

En 1re ligne, M. Ercolani (de Bologne);
En 2e ligne, M. Roll (de Vienne);
En 3e ligne, M. Thiernesse (de Bruxelles).

47 votants, majorité 24 :

M. Ercolani obtient	43	suffrages.
M. De Vry	1	—

M. Ercolani ayant réuni la majorité des suffrages est proclamé élu.

Pour la deuxième place (physique et chimie médicales), la commission a présenté :

En 1re ligne, M. Agassiz (de New-Cambridge) ;

En 2e ligne, *ex æquo*, MM. De Vry (de la Haye), et John Elliot Howard (de Londres).

42 votants, majorité 22.

M. Agassiz obtient l'unanimité des suffrages et est proclamé élu.

A quatre heures et demie, la séance est levée.

VARIÉTÉS

Pathologie et clinique chirurgicales.

Par le docteur J. A. Fort, 2e édition (1).

On a dit que la clarté, l'ordre, la méthode dans l'exposition didactique étaient des qualités, — nous ne dirons pas exclusivement, — mais principalement françaises. Si, sous beaucoup d'autres points de vue, notre supériorité est contestable, sachons nous contenter de celle-là et constatons-la du moins sans scrupule toutes les fois que l'occasion s'en présente.

Peu d'écrivains et de professeurs possèdent ces qualités à un plus haut degré que l'auteur de l'ouvrage dont nous annonçons une deuxième édition. Nous invoquerions, s'il en était besoin, le témoignage des nombreux élèves qui ont suivi l'enseignement libre de M. Fort, ou qui ont été initiés aux premiers éléments de l'anatomie et de la chirurgie par la lecture de ses divers ouvrages.

La nouvelle édition de la *Pathologie et Clinique chirurgicales*, qui a presque pris les proportions d'un véritable traité, réunit à un haut degré toutes ces qualités. Rien de plus clair, rien de plus logique et de plus méthodique que cette manière de faire précéder la description de chaque maladie d'un *examen du malade*, c'est-à-dire d'une instruction sur l'étude des troubles fonctionnels qui s'y rattachent et sur les divers modes de constatation des différents ordres de symptômes physiques ou autres que présente le malade.

De nombreuses figures (542), réparties dans le texte, en facilitent considérablement l'intelligence. C'est surtout dans la partie de ce livre consacrée à la médecine opératoire que les figures sont utiles en mettant sous les yeux des lecteurs la position des mains de l'opérateur, celle des aides, le jeu de l'instrument, la direction des incisions, etc. Chaque opération est décrite de telle manière qu'il semble qu'on suit la main qui l'exécute.

Comme dans la première édition, M. Fort, pour quelques-unes des branches spéciales de la chirurgie qui réclament une étude toute particulière, a fait appel au concours de plusieurs spécialistes autorisés. C'est ainsi que le chapitre des maladies des yeux a été revu par M. le docteur Camuset ; celui des maladies des oreilles, par M. Menière ; celui des maladies des dents, par M. Magitot, et celui des maladies des voies urinaires par un spécialiste également connu.

S'agit-il de décrire un état pathologique, d'exposer une méthode ou un procédé opératoire, le style clair et concis de M. Fort ne laisse rien à désirer. Tout y est et il n'y a que ce qu'il faut. S'agit-il d'aborder un de ces points obscurs, de ces questions de pathologie qui, depuis les origines de la chirurgie, sont l'objet d'interprétations diverses et d'interminables discussions entre chirurgiens, M. Fort le fait avec une grande réserve et une grande sagesse de jugement. Telle est, en particulier, la question si ardue et si controversée de l'infection purulente, qui se présente naturellement dès les premières pages du premier volume. On trouve, en effet, dans le chapitre consacré à cette question, un exposé rapide et cependant assez explicite des principales opinions en présence, se terminant par un jugement réservé, un peu éclectique, et qui par là même nous parait s'approcher plus près de la vérité que chacune des doctrines exclusives qui ont été mises en avant.

On trouve, à la fin de l'ouvrage, un Appendice contenant la médecine opératoire, les bandages et les embaumements, avec un grand nombre de figures, ce qui est une innovation pour un ouvrage de ce genre.

Quelques personnes ont reproché à M. Fort d'avoir fait un ouvrage incomplet. Cette critique n'est pas fondée. Si l'on se place au point de vue du public pour lequel il a été conçu et exécuté, on trouve deux volumes dans lesquels la chirurgie est complétement traitée, regardant tout, et il n'y a rien de trop. Cet ouvrage n'est pas fait pour ceux qui savent, mais, au contraire, pour ceux qui veulent apprendre ; il est simplement, méthodiquement écrit, et il a l'avantage de renfermer une description assez complète de toutes les maladies. Il aura assurément le même succès que les autres ouvrages de M. Fort.

En résumé, la *Pathologie et Clinique chirurgicales* est un ouvrage didactique élémentaire à l'usage des élèves qui ont besoin d'être initiés aux principes de la chirurgie. Il sera certainement consulté avec fruit par les praticiens eux-mêmes, soit qu'ils aient besoin de se rappeler quelques caractères pathologiques ou quelques détails de médecine opératoire, soit qu'ils veuillent se renseigner sur un point nouveau de pathologie ou sur une innovation chirurgicale quelconque.

(1) 2 volumes in-8°, 542 figures, 25 fr. Paris, 1873, Adrien Delahaye.

THÈSES

SOUTENUES A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

PENDANT L'ANNÉE 1873.

110. Livon. Du traitement des polypes laryngiens.

111. Ledoux. De la congestion pulmonaire comme complication de l'étranglement herniaire.

112. Prouff. Sur une forme d'atrophie papillaire observée chez plusieurs membres d'une même famille.

113. Giquel. Étude sur l'action physiologique de l'atropine.

114. David. Étude sur les effets physiologiques et les applications thérapeutiques du bromure de potassium.

115. Troyon. Quelques mots sur l'alcoolisme.

116. Marchand. Étude sur l'extirpation de l'extrémité inférieure du rectum.

117. Labadie-Lagrave. Des complications cardiaques du croup et de la diphthérie.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Par décret en date du 9 mai 1873, ont été promus ou nommés dans l'ordre de la Légion d'honneur :

Au grade d'officier : M. le docteur Bazin, médecin de l'hôpital Saint-Louis, 37 ans de services publics ; auteur de publications remarquées.

Au grade de chevalier : MM. le docteur Cambay, médecin à Paris ; 35 ans de services gratuits, chirurgien de deux ambulances dont l'une avait été établie à ses frais ; — le docteur Grange, médecin à Paris ; chirurgien chef de cinq ambulances pendant le siége ; 15 ans de services dans les bureaux de bienfaisance ; — le docteur Fraigniaud, médecin à Paris ; s'est particulièrement distingué, pendant l'insurrection, en protégeant les vicaires de Saint-Merry, arrêtés par la Commune, et en s'opposant au pillage de l'église ; — le docteur Chéron, médecin de l'hôpital Saint-Lazare, à Paris, médecin chirurgien des deux grandes ambulances des rues de Londres et Saint-Arnaud pendant le siége ; nombreux travaux scientifiques ; — le docteur Lecoq (Edvir), médecin à Paris ; services dévoués dans les ambulanees ; — le docteur Besnier (Jules-Pierre), médecin à Paris ; services rendus dans les ambulances aux armées du Rhin et du Nord ; — le docteur Coffin, médecin à Paris ; 30 ans d'exercice ; services dévoués pendant le siége et l'insurrection de Paris ; — le docteur Touzé (Alphonse), médecin à Paris ; services dévoués dans les ambulances pendant les deux siéges de Paris ; —

Guignard, directeur de l'asile public d'aliénés de Marseille; 25 ans de services; a rempli avec un grand dévouement les fonctions d'intendant militaire pendant la guerre; — le docteur Demous, médecin de l'hôpital de Bordeaux; a rendu des services signalés comme médecin de l'ambulance volante girondine; — le docteur Gautier, médecin aux Avenières (Isère); services dévoués et remarqués; a assisté à plusieurs combats où il a soigné les blessés sous le feu de l'ennemi; — le docteur Devade, médecin à Gien (Loiret); soins dévoués donnés aux blessés de l'armée de la Loire, notamment à la bataille de Beaune-la-Rollande; — le docteur Delsol, médecin à Bièvre (Seine-et-Oise); médecin en chef de l'ambulance de cette commune; services distingués et dévoués; — le docteur Liébaud, médecin en chef de l'hôpital civil et militaire de Saint-Germain-en-Laye (Seine-et-Oise); services exceptionnels pendant la guerre.

— *Policlinique d'accouchements.* — MM. les étudiants en médecine qui désireraient assister à un accouchement (n° 2) attendu dans la quinzaine, à partir du 1er juin 1873, sont priés de s'inscrire entre midi et deux heures chez le docteur Stopin, 38, rue Gay-Lussac. — Les cinq premiers inscrits pourront seuls aider le médecin-accoucheur.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Des complications cardiaques du croup et de la diphthérie, et en particulier de l'endocardite secondaire diphthéritique, par le docteur Labadie-Lagrave. Paris, 1873. Grand in-8° de 122 pages avec tracés thermométriques et une planche en chromo-lithographie. — Prix : 3 fr. 50. — F. Savy.

De l'origine et de la propagation des Sociétés de tempérance. Paris, 1873. In-8° de 23 pages. — Prix : 1 franc. — F. Savy.

Résumé d'anatomie, par le docteur Fort. — 1 vol. in-32 de 500 pages, avec figures. — Prix : 5 fr.

Des diarrhées chroniques et de leur traitement par les eaux de Plombières, par le docteur Bottentuit, ancien interne des hôpitaux de Paris, chevalier de la Légion d'honneur, etc. — Prix : 2 francs. — Paris, Delahaye.

Le Directeur : Dr E. Le Sourd.

Paris. — Typographie A. Pougin, quai Voltaire, 13.

N° 57. — SAMEDI 17 MAI 1873. 46e ANNÉE. SAMEDI 17 MAI 1873. — N° 57.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Bureaux : 57, rue des Saints-Pères, 57
PRÈS L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix d'abonnement
doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

On s'abonne hors de Paris
dans les bureaux des Messageries et chez les Libraires
Les lettres non affranchies sont refusées.

AU CORPS MÉDICAL. Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui n'en peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS : Trois mois. . 8 fr. 50 c. Six mois. . . 16 — Un an. . . . 30 —

POUR L'ÉTRANGER le port en sus suivant les derniers tarifs des Postes.

REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE

Maladies régnantes.

Nous avons un arriéré à solder avec les deux derniers rapports sur les maladies régnantes de la Société médicale des hôpitaux, le rapport sur le quatrième semestre de 1872 et celui du premier trimestre de la présente année, remarquables tous deux par le faible degré de mortalité qu'ils accusent pour cette période semestrielle.

En rapport avec la constitution atmosphérique des trois derniers mois de 1872, remarquable par l'élévation exceptionnelle et constante du degré thermométrique, par l'abaissement de la pression atmosphérique, la permanence des pluies, l'intensité de l'état hygrométrique et par la prédominance des vents du nord et de l'ouest, la constitution médicale a conservé les caractères de bénignité générale, déjà signalés pour les périodes précédentes. La mortalité générale des hôpitaux a constamment été inférieure à celle de chacun des mois correspondants des années précédentes. Les affections éruptives ont disparu presque complétement, et, chose absolument sans précédent, fait remarquer le rapport, pendant ces trois mois, il n'y a pas eu dans tous les hôpitaux de Paris un seul décès variolique. Les pneumonies ont été rares, au point de donner un chiffre de mortalité inférieur à celui des mois les plus favorisés de l'été. Les affections rhumatismales ont conservé une grande bénignité. Les fièvres typhoïdes seules ont subi une exacerbation assez marquée, et les affections puerpérales ont sévi à peu près avec la même intensité que l'hiver précédent.

Voilà, en quelques mots, le bilan de l'état sanitaire du quatrième semestre de 1872.

Arrivons au premier trimestre de cette année.

Un premier fait général important ressort du rapport de M. Besnier sur les maladies de ce trimestre, et de son rapprochement avec les périodes correspondantes des années précédentes.

Les conditions atmosphériques des trois derniers mois de 1872, que nous venons de rappeler, ont continué encore à se maintenir pendant une partie du mois de janvier de 1873. Ce n'est seulement que le 26 de ce mois que l'hiver a réellement commencé (vents du nord et de l'est, gelées légères, pluies), et il s'est prolongé pendant presque toute la durée du mois de février, pour cesser définitivement dans les premiers jours du mois de mars.

Pendant toute cette période, la mortalité générale est restée très-faible, descendant encore au-dessous du chiffre de la période correspondante de l'année 1872, qui était elle même extrêmement remarquable par son excessive bénignité.

En comparant la mortalité des hôpitaux pendant les trois premiers mois de six années consécutives, on trouve une diminution considérable pour les années 1872 et 1873, diminution qui s'est produite à travers les vicissitudes des saisons et des événements, d'une manière parfaitement continue et régulière; — résultat dont l'importance est considérable, en effet, ainsi que le fait remarquer M. Besnier, au point de vue de l'étude générale des maladies populaires.

Mais pénétrons avec lui dans le détail des principaux groupes de faits.

M. Besnier nous montre les affections des voies respiratoires, bien que prédominantes comme toujours pendant cette période de l'année, en nombre absolu peu considérable, inférieur à celui des années les plus favorisées, et d'une gravité moyenne assez considérable, la mortalité moyenne restant, à bien peu d'exceptions près, immuable, quelles que soient d'ailleurs la saison, l'année et la constitution atmosphérique.

Pour la grippe, qui a été observée comme d'habitude pendant cette période avec tous ses caractères propres, mais dans une étendue restreinte, ainsi que pour la pneumonie, le petit nombre des cas n'a pas coïncidé avec un abaissement de coefficient mortuaire de ces deux mêmes maladies.

Le mouvement des hôpitaux, pour le premier trimestre de 1870, ayant donné 813 sujets atteints de pneumonies et une mortalité de 36,49 p. 100, le même trimestre de 1873 ne donne que 384 pneumonies et une mortalité de 39,84 p. 100.

Les caractères cliniques de la pneumonie pendant ce trimestre n'ont offert rien de bien notable. Les différences constatées sont relatives surtout aux âges des sujets et à leurs conditions pathologiques ou sociales antérieures.

Une particularité, toutefois, a été signalée par M. Libermann sur les militaires de l'hôpital du Gros-Caillou, c'est une persistance très-grande des symptômes locaux (souffle, râle crépitant, matité), qui ont souvent persisté trois et même quatre semaines après la cessation de la fièvre; ce qui a suggéré à ce médecin cette réflexion très-juste : la médication expectante qui est de-

venue la règle aujourd'hui dans le traitement de la pneumonie, ne devrait-elle pas être mise en cause, et ne conviendrait-il pas de revenir à une médication plus active ?

Une autre question connexe, non moins importante, se trouve soulevée également par le relevé de la mortalité comparée des pleurésies pour la période correspondante des sept dernières années.

Il en résulte que le nombre des cas de pleurésies traitées annuellement dans les hôpitaux, ayant peu varié pendant ces sept années, cependant la mortalité aurait subi une notable augmentation, augmentation presque régulièrement graduelle d'année en année, et telle qu'en six années la mortalité de la pleurésie dans les hôpitaux de Paris a doublé.

Pour le dire, en passant, il était bien difficile, en présence de ce résultat, de n'être pas préoccupé de sa coïncidence avec la généralisation de la thoracentèse dans ces dernières années. Il faudrait bien se garder, sans doute, en signalant cette coïncidence, d'en conclure immédiatement à une relation réelle et directe, que démentiraient d'ailleurs les faits nombreux d'innocuité que chacun de nous a pu constater et apprécier par lui-même, ainsi que plusieurs statistiques partielles récemment publiées et qu'il faudrait mettre sur le compte de ces séries fortuitement heureuses, que rien ne saurait expliquer. Mais cependant, il ne faut pas non plus que l'enseignement qui peut ressortir de ce résultat soit perdu, et tout en en cherchant les causes ailleurs, il est bon de continuer à surveiller à ce point de vue les effets immédiats ou éloignés de la thoracentèse.

Ces causes qui ont produit cette augmentation graduelle dans la mortalité des pleurésies, indépendamment de la part attribuable aux moyens de traitement mis en usage, ne seraient-elles pas les mêmes qui ont apporté cette modification singulière constatée dans la marche et les caractères de certaines pneumonies, et qui font que les érysipèles de la face auraient perdu aujourd'hui leur ancienne réputation de bénignité, ainsi qu'on l'a fait remarquer dans une discussion soulevée à ce sujet dans le sein de la Société des hôpitaux?

Ce sont surtout les conséquences si importantes au point de vue pratique, de ce fait de la variabilité non-seulement dans la fréquence, mais dans les caractères, la marche et la gravité de certaines affections dans des temps différents, suivant les variations des saisons et des constitutions atmosphériques, en un mot, suivant les constitutions médicales, que nous tenions surtout à faire ressortir ici des faits énoncés dans le rapport.

Pendant que la lecture de ce rapport nous suggérait ces réflexions, M. Sée, de son côté, dans l'une de ses dernières leçons cliniques, émettait la même pensée et faisait remarquer à ses élèves tout ce que des faits de cette nature jettent d'incertitude et d'embarras dans le choix comme dans l'appréciation des méthodes thérapeutiques, dont les effets changent eux-mêmes avec les conditions pathogéniques. En présence des variétés que présente la pneumonie à différentes époques, est-il possible d'établir quelque chose de sérieux sur des statistiques dont les éléments sont aussi peu comparables? Comment songer à baser un traitement fixe de cette maladie sur de pareilles données et en apprécier les effets en supputant une mortalité qui varie tant elle-même suivant les époques? Ce traitement ne doit-il pas varier d'ailleurs lui-même comme les formes de la maladie?

Au moment même où M. Sée faisait remarquer la marche tout à fait singulière que paraissent affecter actuellement quelques pneumonies, il se trouvait précisément dans ses salles un exemple frappant de cette singularité. C'est un malade couché au n° 7 de la salle Sainte-Vierge, entré à la Charité au sixième jour d'une pneumonie, aujourd'hui au quatorzième jour, n'ayant plus de fièvre et mangeant bien, et qui présente à l'auscultation un souffle caverneux.

Il n'est pas rare, au déclin de la pneumonie, comme au déclin de la pleurésie, d'entendre chez des malades qui n'ont pas la moindre caverne, des râles caverneux ou du souffle caverneux, en même temps qu'on perçoit des bouffées de râle crépitant. M. Sée avait observé ce fait depuis longtemps déjà chez les enfants atteints de pleurésie ; mais personne, croit-il, ne l'avait signalé jusqu'ici pour la pneumonie.

Rupture du tendon du muscle droit antérieur de la cuisse, au niveau de ses insertions rotuliennes.

Dans un premier mémoire publié, en 1842, dans la *Gazette médicale de Paris*, et dans deux rapports, l'un à la Société de chirurgie en 1860, le second à l'Académie de médecine en 1870, M. Demarquay a étudié et signalé plusieurs points importants de l'histoire de la rupture du tendon du muscle droit antérieur de la cuisse, insistant particulièrement sur la gravité qu'elle présente, dans quelques circonstances, et les difficultés qui en résultent alors pour les chirurgiens, qui ont dû plus d'une fois méconnaître cette lésion et la confondre avec l'arthrite traumatique, qui la complique effectivement quelquefois.

Voici un fait nouveau de ce genre, sur lequel M. Demarquay a bien voulu appeler notre attention, pendant l'une des visites que nous avons faites récemment dans son service de la Maison municipale de santé.

L'observation a été recueillie et rédigée par M. Dupuy, interne du service.

Mme X..., âgée de soixante-cinq ans, entre, le 8 février 1873, à la Maison municipale de santé, dans le service de M. Demarquay. Au dire de son médecin, elle se serait fracturé la rotule.

Cette femme, très-vigoureuse, d'une parfaite santé, vient de faire une chute dans un escalier, et a glissé le long d'une vingtaine de marches, sans qu'elle puisse préciser sur quelle partie du corps. Elle se souvient seulement avoir fait tous les efforts imaginables pour se retenir, tant avec les jambes qu'avec les bras. Mais comme elle présente des ecchymoses uniquement à la partie postérieure du corps (coudes et dos), il faut admettre qu'elle a glissé sur le dos, et partant qu'elle a dû faire de violents efforts avec les membres inférieurs pour se retenir.

La malade, transportée immédiatement à la Maison de santé, présente les symptômes suivants :

Couchée dans le décubitus dorsal, elle accuse de vives douleurs dans le genou droit. Cette région présente une vaste ecchymose, étendue surtout à son côté interne. Il s'est produit également un épanchement articulaire donnant lieu à une sensation franche de fluctuation.

La rotule n'est point fracturée ; elle occupe à peu près sa situation normale (elle est, il est vrai, légèrement refoulée en avant par le liquide épanché dans l'articulation) ; son bord supérieur est libre, présente une surface rugueuse qui n'est plus en rapport avec le tendon du droit antérieur. L'extrémité inférieure de ce tendon peut être facilement sentie à un travers de doigt environ au-dessus du bord rotulien dont il a été arraché ; elle présente une surface de section transversale et assez régulière. Les mouvements du membre sont complétement abolis.

M. Demarquay diagnostique une rupture du tendon du muscle droit antérieur de la cuisse. Il est évident, en effet, que les

insertions rotuliennes de ce tendon ont été violemment arrachées, très-vraisemblablement sous l'influence d'une contraction musculaire énergique dans les efforts faits par la malade pour se retenir au moment de sa chute.

Il prescrit le premier jour, pour tout traitement, des compresses résolutives. Le membre est placé sur un plan incliné.

Le 16 février, le gonflement et le liquide articulaires ont totalement disparu ; la douleur est moindre.

On essaye de faire imprimer, par la malade, des mouvements à sa jambe. Après plusieurs efforts assez douloureux, elle arrive à rapprocher la cuisse du bassin, mais il lui est complétement impossible d'étendre la jambe sur la cuisse.

Le 18 février, M. Demarquay, après avoir rapproché le tendon du droit antérieur et le bord supérieur de la rotule au moyen de bandes de diachylon, applique par-dessus celles-ci un appareil au silicate de potasse remontant jusqu'au tiers supérieur de la cuisse.

Le 26 mars, on enlève l'appareil ; la consolidation est parfaite, et l'on ne sent plus la solution de continuité qui existait entre la rotule et le tendon du droit antérieur. Les mouvements d'extension de la jambe sur la cuisse sont parfaitement possibles ; il persiste seulement une tuméfaction légère de la région et un peu de roideur articulaire.

Le 6 avril, les deux symptômes n'ont pas encore disparu, malgré les bains que la malade prend chaque jour. La marche est possible, mais encore assez douloureuse.

— Bien que la guérison ne soit pas encore tout à fait définitive et qu'il subsiste encore de la gêne et même un peu de douleur dans la marche, le résultat du traitement peut néanmoins passer pour avoir été très-satisfaisant et relativement même assez rapide, si l'on se rapporte à plusieurs des observations de ce genre qui ont été publiées, et où l'on voit se passer de longs mois et même des années avant que les malades se servent librement de leur membre, si même, comme on l'a vu plusieurs fois, il n'est pas resté une ankylose ou une impuissance absolue de tout mouvement par défaut de réunion.

D'UN NOUVEAU MODE D'ADMINISTRATION DU BROMURE DE POTASSIUM

Par le docteur P.-L. Petit.

Le but que nous nous proposons dans cet article n'est pas de faire l'histoire du bromure de potassium. Notre intention n'est pas de vanter un médicament dont l'efficacité est connue de tous les médecins.

Nous venons seulement, poussé par l'idée d'un service à rendre, exposer les quelques réflexions que nous a suggérées la clinique expérimentale touchant l'administration du bromure de potassium, et les soumettre au jugement de nos confrères.

On a signalé un certain nombre de causes d'insuccès dans l'emploi du bromure. Nous passerons sous silence celles que nous pourrions appeler secondaires, telles que la timidité avec laquelle on a employé le bromure, ainsi que le véhicule dont on se servait comme dissolvant, etc., etc.; rien n'est moins sérieux.

Mais outre les principales, qui résident soit dans la mauvaise qualité du sel bromique employé, soit dans son impureté, il en existe encore une très-importante à noter : c'est le défaut de continuité dans l'administration du médicament. Le médecin praticien est à même de juger que, dans certains cas, trop fréquents, le manque de persévérance et le découragement font perdre les précieux effets du bromure. En effet, que de malades ne voyons-nous pas dans la classe ouvrière, qui, découragés par la ténacité et la prolongation de leur affection, malgré un traitement énergique, se désespèrent et rejettent comme impuissant le remède qui est sur le point de leur rendre non-seulement le soulagement, mais encore la santé. Si nous disons que ce fait se remarque plutôt dans la classe ouvrière, la raison en est bien simple : l'artisan auquel le Bureau de bienfaisance ne vient pas en aide, et dont le travail suffit à peine à faire vivre sa famille, est obligé de s'imposer des sacrifices et des privations pour lui procurer chaque jour le nécessaire. Que sera-ce donc s'il compte parmi les siens un malade atteint d'une de ces terribles névroses : l'épilepsie par exemple? Il pourra bien commencer le traitement prescrit, peut-être même le continuer le temps nécessaire, mais il finira par chercher l'économie, et il ne la trouvera que dans une préparation infidèle, si le médecin n'a pas su lui indiquer la meilleure et la moins dispendieuse. Faute de cette précaution, le bromure est rejeté comme impuissant ; et pourtant, s'il existe dans la thérapeutique un médicament dont il ne faut jamais désespérer, c'est assurément celui dont nous nous occupons !

Consultons les expérimentateurs savants qui l'ont étudié, les derniers surtout, et nous verrons qu'ils sont unanimes à reconnaître que les névroses ne sont guéries que par un usage continu du bromure de potassium. Legrand du Saulle a dit dans ces colonnes : « Une sage lenteur, un contrôle vigilant et une persévérance opiniâtre sont les conditions fondamentales du succès.... Il est indispensable que la médication bromurée soit rigoureusement prescrite, suivie et surveillée pendant plusieurs années. »

Donc, pour guérir, le malade doit se soumettre pendant des mois, des années peut-être, à un traitement ennuyeux, parce que le remède n'est pas agréable au goût ; dispendieux, parce qu'il doit être donné à haute dose et que le prix en est assez élevé. Ces deux obstacles à la réussite de la médication bromurée ont été vaincus par les préparations que nous employons depuis cinq ans avec le plus grand succès dans toutes les névroses.

Composées par un chimiste pharmacien des plus distingués, elles sont connues sous le nom de *Bromure granulé de Landron* et *Pilules au bromure de potassium ferrugineux de Landron*. Ces deux produits nous ont toujours suffi pour le traitement des maladies nerveuses.

S'il est de notre devoir de rendre honneur à celui qui met au jour et qui étudie consciencieusement un agent thérapeutique nouveau, il faut savoir gré aussi et rendre justice à celui qui s'applique à le vulgariser. Pour nous, nous croyons que M. Landron a rendu un grand service à la pratique en nous offrant sous forme de bromure granulé le produit le plus pur, le plus commode à ingérer, le plus facilement dosable et aussi le plus économique, point essentiel eu égard à la cause que nous avons citée précédemment. Nous le faisons dissoudre dans le liquide que préfère notre malade, mais principalement dans une macération de quassia amara.

Quant aux pilules au bromure de potassium ferrugineux, elles sont le complément du traitement des névroses par le bromure à haute dose. Leur action est connue maintenant de tous les médecins ; l'expérience a eu bien vite raison des idées théoriques mises en avant sur l'incompatibilité du bromure de potassium et du fer. Autant vaudrait nier l'action calmante de la morphine et de l'atropine réunies. Nous ne pourrions même énumérer les services que ces pilules nous ont rendus dans les maladies chroniques, et particulièrement dans la phthisie pulmonaire.

On sait que les préparations ferrugineuses sont souvent mal supportées dans ce cas, et que loin de favoriser la digestion, elles l'entravent ; les pilules Landron, au contraire, excitent toujours l'appétit, stimulent l'estomac, et nous n'hésitons pas à placer leur action apéritive et assimilatrice au-dessus de leur action martiale.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 9 avril 1873 (1). — Présidence de M. Trélat.

M. Duplay. Je constate une différence considérable entre les deux opérations, relativement à la fréquence du phlegmon de l'œil. Cette

(1) Suite. — Voir le numéro du 10 mai 1873.

différence est accusée dans toutes les statistiques. Pour moi, le fait se résume ainsi : tandis que l'opération de Daviel a donné lieu entre mes mains à plusieurs cas d'ophthalmite avec fonte purulente de l'œil, depuis quatre ans que je pratique à peu près exclusivement l'opération de De Graefe, je n'ai pas eu un seul phlegmon de l'œil.

A ce sujet, je ferai remarquer que, si la réunion par première intention est beaucoup plus fréquente et plus facile dans l'opération de De Graefe que dans celle de Daviel, cela ne tient pas à ce que l'incision intéresse la sclérotique ou la cornée, comme on l'a dit. La raison doit en être cherchée dans la forme de l'incision, qui, linéaire ou presque linéaire dans l'opération de De Graefe, ne présente aucune tendance à l'entre-bâillement de ses lèvres; tandis que le lambeau, dans l'opération de De Graefe, est exposé à se plisser, à se désunir, sous l'influence des mouvements du globe oculaire.

Un autre avantage du procédé de De Graefe, avantage lié à l'excision d'une partie de l'iris, réside dans la possibilité d'évacuer plus complétement les couches corticales du cristallin et d'enlever les débris de capsule. Si l'opération de Daviel permet, en général, la sortie facile du cristallin, en revanche, et par suite même de la largeur de l'ouverture, il est imprudent, lorsqu'il reste des débris de couches corticales ou de capsule, de provoquer leur sortie par des pressions exercées sur l'œil, ou par l'introduction de curettes ou d'autres instruments. On risque ainsi de compromettre le résultat de l'opération. Au contraire, dans le procédé de De Graefe, les mêmes dangers n'existent pas, et il est possible de nettoyer plus complétement le champ pupillaire, et par conséquent de se mettre à l'abri des cataractes secondaires.

Enfin, je tiens à signaler un avantage considérable de l'opération de De Graefe. Je veux parler de l'application de ce procédé aux cataractes compliquées. J'ai dit que l'opération de Daviel ne souffrait guère les obstacles, les complications, et que le succès était presque fatalement compromis dès que tous les temps de l'opération ne se passaient pas régulièrement. Le procédé de De Graefe permet de triompher de ces obstacles, qui se rencontrent surtout dans les cas de cataractes compliquées d'adhérences de l'iris. Je puis citer à l'appui deux opérations, que j'ai pratiquées depuis le commencement de cette année dans mon service, à l'hôpital Saint-Antoine. Il s'agissait d'opacités du cristallin avec synéchies et adhérences complètes de l'iris. Je n'aurais jamais osé attaquer ces cas par le procédé de Daviel, et j'aurais infailliblement échoué. Par l'opération de De Graefe, j'ai pu triompher de ces obstacles, et rendre à mes malades un degré de vision suffisante pour se conduire.

Ce point de pratique, négligé jusqu'à présent dans la discussion, me paraît avoir une importance considérable et constituer un avantage sérieux en faveur de l'opération de De Graefe.

D'après les considérations qui précèdent, soit que j'examine les résultats bruts, soit que je compare, au point de vue de leurs avantages et de leurs inconvénients, les procédés de De Graefe et de Daviel, j'arrive à cette conclusion que le procédé à incision linéaire périphérique, dit procédé de De Graefe, est supérieur à l'opération de Daviel. Parmi les objections qui lui ont été faites, les unes ne souffrent pas un examen sérieux et peuvent être négligées, les autres sont entièrement imputables à l'inhabileté des opérateurs.

Les avantages de ce procédé sont : la rareté du phlegmon de l'œil, la facilité de débarrasser plus complétement la pupille, enfin la possibilité d'attaquer les cataractes compliquées avec beaucoup plus de chances de succès que par l'ancien procédé.

Quoique l'opération de De Graefe constitue, à mes yeux, un progrès considérable dans la méthode d'extraction de la cataracte, néanmoins ce procédé n'est pas encore entré dans la pratique de tous les chirurgiens. On a cherché à lui substituer d'autres procédés, non pas dans le but d'atteindre des résultats plus brillants, car on n'obtiendra jamais 100 pour 100 de succès, mais dans le but de simplifier le manuel opératoire. Il est évident, en effet, que si, avec un procédé plus simple, on obtenait la même somme de succès, on devrait donner la préférence à ce procédé.

Il nous reste maintenant à examiner les tentatives faites dans cette voie durant ces dernières années, et à discuter la valeur des procédés de MM. Liebreich, de Lebrun et de Notta.

Les deux premiers consistent à tailler un petit lambeau dans la cornée, soit en intéressant la sclérotique par les deux extrémités de l'incision, soit en faisant porter celle-ci uniquement dans la cornée.

Le procédé dont M. Notta s'est cru l'inventeur et qui appartient, ainsi qu'on l'a déjà fait remarquer, à M. Küchler (de Darmstadt), est plus simple encore que les précédents et consiste, dans une incision absolument linéaire et passant par le centre de la cornée.

J'ai déjà dit que ces opérations nouvelles pouvaient être mises en parallèle avec les opérations de Daviel et de De Graefe, au point de vue des résultats bruts, attendu que les statistiques ne sont pas comparables, les procédés à incision linéaire centrale n'ayant pas encore été pratiqués sur une assez vaste échelle. Nous sommes donc obligés de chercher les éléments de notre jugement dans l'examen comparatif du manuel opératoire de ses difficultés, de ses accidents, etc.

On ne peut se refuser à reconnaître que les procédés de MM. Liebreich, Lebrun et Küchler sont d'une exécution beaucoup plus facile que les opérations de Daviel et de De Graefe; à ce point de vue, la supériorité leur est acquise sur ces dernières.

Dans les procédés d'incision linéaire centrale, les conditions de réunion par première intention me paraissent tout aussi favorables que dans l'opération de De Graefe; car, ainsi que je l'ai dit, les conditions favorables à cette réunion, résident bien moins dans la situation de l'incision sur la sclérotique ou sur la cornée, que dans la forme de cette incision qui, dans les deux cas, est linéaire ou presque linéaire. Donc, à ce point de vue, le procédé à incision linéaire périphérique et le procédé à incision linéaire centrale présentent, selon moi, une supériorité égale sur l'opération de Daviel.

Mais, à côté de ces avantages, nous allons trouver un certain nombre de conditions fâcheuses qui me semblent constituer une véritable infériorité du côté du procédé à incision linéaire centrale.

D'abord, je pense que ce procédé, dans lequel l'iris reste intact et tend à se contracter dès que l'humeur aqueuse et le cristallin ont été évacués, ne permet pas, comme dans le procédé de De Graefe, l'expulsion complète des couches corticales et des débris capsulaires, d'où résulteront des cataractes secondaires assez fréquentes.

De plus, en raison de la situation de l'incision directement en face de l'iris, les hernies de cette membrane, les synéchies antérieures devront se produire presque fatalement. Et l'on sait les graves inconvénients qui résultent de cet accident. Le tiraillement de l'iris détermine des iritis persistantes, des irido-choroïdites, qui aboutissent à l'état glaucomateux de l'œil; si bien que le résultat primitif peut être sérieusement compromis plus tard.

J'ai pratiqué trois fois l'opération de Liebreich, et ces tentatives ont suffi pour m'ôter l'envie de recommencer. Dans un cas, j'ai eu une hernie de l'iris assez considérable pour annuler presque complétement les avantages de l'opération. Dans les deux autres cas, il se produisit des synéchies antérieures, avec déformation notable de la pupille; et quoique la vision fût assez bonne au moment de la sortie des malades, je n'oserais garantir les suites de ces opérations.

Les procédés à incision linéaire centrale, et principalement le procédé de Küchler, ont encore d'autres inconvénients; ils déterminent des cicatrices cornéennes, qui peuvent occasionner des troubles plus ou moins marqués de la vision. Ainsi M. Lannelongue nous a rapporté un cas où l'opération de M. Notta a été suivie d'une opacité assez étendue de la cornée. Il est permis de supposer que cet accident se reproduira.

J'ajoute que la déformation consécutive de la cornée peut être l'origine d'un astigmatisme irrégulier; accident dont il faut tenir compte.

Enfin, je ferai de nouveau valoir un argument dont j'ai déjà

signalé l'importance pratique en comparant le procédé de Daviel au procédé de De Graefe. J'ai dit que le premier procédé n'était pas applicable aux cataractes compliquées, et qu'à ce point de vue, l'opération de De Graefe était de beaucoup supérieure. Les procédés de MM. Liebreich, Lebrun, Notta, ne me paraissent pas mieux convenir à ces cas compliqués que l'opération de Daviel, et, sur ce point, je constate encore une infériorité.

Il ne faudrait pas croire que les objections que j'ai adressées aux procédés à incision linéaire centrale soient purement théoriques. J'ai déjà rapporté des faits qui prouvent que les inconvénients susmentionnés existent réellement. J'apporte ici les publications de Küchler, et je trouve, à la fin de son mémoire de 1868, la statistique suivante de ses opérations :

Réunion par première intention	27
Suppuration	1
Synéchies	6
Cataractes secondaires	7
Issue du corps vitré	6
Pupille artificielle secondaire	10

Que dire de semblables résultats? Que dire, en particulier, de cette mention singulière d'une pupille artificielle secondaire pratiquée dix fois? Sérieusement, il n'y a rien là qui doive encourager à suivre une semblable pratique, et quoique M. Notta semble avoir été plus heureux, il faut remarquer que sur dix opérés, il a observé cinq fois des synéchies antérieures, ce qui doit laisser quelques doutes sur l'issue ultérieure de ces opérations.

En résumé, après avoir conclu déjà que l'opération de De Graefe l'emporte à tous ces points de vue sur l'opération de Daviel, j'ajouterai que les procédés nouveaux à incision linéaire centrale, et principalement les procédés de MM. Küchler et Notta, quoique plus faciles à exécuter que les opérations de Daviel et de De Graefe, exposent à des accidents presque impossibles à éviter, et ne paraissent pas devoir entrer dans la pratique. L'opération de Daviel paraît, quant à présent, le meilleur procédé d'extraction de la cataracte, et c'est surtout à simplifier son manuel opératoire que doivent tendre les efforts des chirurgiens.

M. GIRAUD-TEULON. Je suis appelé à l'improviste à cette tribune, non point pour rentrer dans la discussion, mais pour répondre à une petite attaque, fort bienveillante du reste, dirigée par notre savant collègue et président à l'adresse de la tendance mathématique d'une des argumentations précédentes. M. Perrin a paru redouter qu'une part trop grande eût été faite en cela à des principes non exclusivement chirurgicaux. Cette opinion était d'autant moins fondée dans sa bouche qu'il nous a donné lui même une démonstration mathématique plus concluante assurément que tout ce qui avait été dit précédemment en faveur des grandes ouvertures de la chambre antérieure. Il a mieux que personne mis en lumière la puissante action des pressions antérieures de l'œil pour chasser le cristallin quand elles s'exercent sur toute sa surface postérieure, particulièrement si on les compare aux actions expultrices exercées parallèlement à son plan. Mais après avoir payé ce juste tribut à une intelligence aussi nette de ce mécanisme, nous devrons précisément, en notre qualité de mathématicien, reprocher à l'orateur d'avoir établi une confusion aussi grande que celle qui résulterait de la proscription de la qualité de *linéaires* données aux incisions telles qu'elles se pratiquent dans les méthodes de De Graefe ou de Küchler.

En n'admettant que des lambeaux grands ou petits, M. Perrin nous semble avoir méconnu complétement le principe même de ces méthodes. Un lambeau grand ou petit est une valve mobile autour d'une charnière. La plus légère modification dans la pression, ainsi que l'a très-bien fait observer M. Duplay, va déranger la coaptation. Dans l'incision linéaire, au contraire, la position d'équilibre est l'affrontement naturel des deux lèvres de la plaie, et cet affrontement ne saurait être dérangé que par l'intervention d'une action extérieure considérable. Aussi n'est-ce point par une simple faiblesse de l'ordre du pédantisme qu'a été choisie cette expression de *linéaire*. Les qualités qui lui sont inhérentes jouent, à l'endroit de la coaptation cicatricielle un rôle tout aussi important que celui joué par les grandes ouvertures de la cornée dans le mécanisme de l'expulsion de la cataracte. Dans notre sentiment, ce ne peut être que par la considération simultanée de ces deux éléments fondamentaux que l'on arrivera à poser les termes exacts de la mécanique de l'extraction de la cataracte, et c'est l'objet que nous avons eu constamment en vue dans notre communication : mettre en relief, d'une part, la nécessité de la création d'une large porte de sortie ; de l'autre, la non moindre importance d'un affrontement naturel et permanent des lèvres de la plaie; en d'autres termes, la combinaison du principe linéaire de De Graefe, et d'une absence de résistance à la sortie. La méthode de Küchler, si l'on néglige pour un moment ses inconvénients de détail, réalise à la fois et au maximum ces doubles conditions. Elle est le dernier terme de tous les essais pratiqués depuis la mort de De Graefe et qui ont rapproché successivement l'incision linéaire du plan transversal. Cette méthode est donc digne de toute attention, et ne doit être abandonnée que si les inconvénients de détail dont nous parlions tout à l'heure amenaient des conséquences fâcheuses d'un poids à faire oublier ses qualités avantageuses.

Ces inconvénients, sur lesquels nous aurons à revenir ultérieurement, se rattachent, dans le plus grand nombre des cas, aux enclavements ou pincements de l'iris dans la plaie. Nous nous sommes déjà étendu sur ce sujet; nous avons constaté leur très-grande fréquence dans notre propre pratique; nous ne nous dissimulons aucunement leur importance théorique; néanmoins, nous ne les avons point vus jusqu'à présent entraîner à leur suite, en aucun cas, les résultats que la théorie pouvait faire prévoir. Cette méthode reste donc pour nous d'une pratique plus assurée et plus tranquillisante. Mais cette manière de voir n'est encore qu'un sentiment, et nous attendrons la réunion d'un nombre d'observations suffisant avant de venir la défendre devant vous comme définitivement établie.

M. NOTTA. M. Giraud-Teulon a simplifié ma réponse aux objections de M. Duplay en défendant le nouveau procédé d'extraction que j'ai mis en usage. Je tiens toutefois à signaler que ses inconvénients ne sont pas aussi prononcés qu'on l'a dit. Cinq fois sur dix observations (ainsi qu'a pu le constater notre collègue, M. Tillaux, à qui j'ai fait voir la plupart de mes opérés), il n'y a eu aucune synéchie, et, dans les cinq autres cas, la vision était assez bonne. Une de ces synéchies s'est produite le douzième jour. Or la malade s'était fortement frotté l'œil, et j'ai la conviction que l'œil eût été perdu si j'avais employé la méthode de Daviel. Un autre malade sortit le dixième jour de l'hôpital, bien qu'il eût reçu un coup de poing sur l'œil dans la nuit du cinquième au sixième jour. En piochant la terre, le quinzième jour, il se produisit une petite hernie de l'iris, et il reçut enfin un coup de baguette sur l'œil opéré. Malgré tous ces accidents, il est en voie de guérison. Somme toute, je suis tellement satisfait de mes résultats nouveaux, eu égard aux anciens, que je continuerai d'employer le procédé que j'ai eu l'honneur de soumettre à votre appréciation.

M. GIRAUD-TEULON. Le procédé d'extraction employé par M. Notta peut en effet exposer aux synéchies consécutives, ainsi que je l'ai observé il y a deux mois sur un vieux médecin. Au dixième jour de l'opération, dans un accès de toux, il se produisit une hernie de l'iris que j'excisai.

COMMUNICATION

M. PANAS présente une pièce d'anévrysme de l'artère pédieuse et communique l'observation suivante :

L... (Hippolyte), âgé de cinquante-huit ans, tailleur de pierre, est entré, le 27 décembre 1872, à l'hôpital Lariboisière, salle Saint-Ferdinand, n° 22, pour un anévrysme spontané de l'artère pédieuse droite. Il raconte qu'il y a trois mois environ, il a vu survenir, sans cause connue et sans aucun phénomène prodromique, sur la face dorsale et supérieure du pied droit, une petite tumeur dont le développement a été très-irrégulier, et dans laquelle il sentait lui-même des battements. A cette époque, il n'y avait ni

veines variqueuses, ni œdème du pied. Quinze jours avant son entrée à l'hôpital, la tumeur a rougi, s'est enflammée; la fièvre et l'impossibilité de travailler le forcent alors à venir à la consultation. En présence d'une tumeur inflammatoire et fluctuante du dos du pied, on se met en mesure d'en faire l'ouverture; mais à peine a-t-on entamé la peau qu'on s'aperçoit de l'existence de légers battements. Aussitôt on referme la plaie entamée à l'aide d'une épingle; on établit une compression légère sur la tumeur, et le malade fut admis dans les salles. Un examen minutieux permet de constater ce qui suit :

Sur le cou-de-pied droit, au niveau de la ligne intermalléolaire, on voit une tumeur conique, à sommet rougeâtre peu saillant, à base large, offrant à chaque pulsation artérielle une sensation d'expansion bien nette et possédant un bruit de souffle systolique des plus marqués. Une ligne suivant le trajet de la tibiale et de la pédieuse la partage en deux parties égales. Elle est par conséquent en partie sous le ligament annulaire dorsal du pied, en partie au-dessous. La compression de la tibiale diminue les battements et le souffle, mais sans les faire cesser complétement. Celle de la pédieuse n'a aucune influence, et ce n'est qu'en exerçant une compression au-dessus et au-dessous de la tumeur qu'on parvient à les arrêter. Les veines ne sont ni dilatées, ni flexueuses; il n'y a ni thrill, ni œdème du pied. Les ganglions inguinaux, du côté correspondant à la tumeur, sont engorgés et douloureux, ce qui s'explique par l'inflammation concomitante. Cet homme n'est pas alcoolique; ses artères ne sont ni flexueuses, ni athéromateuses. Il affirme n'avoir pas reçu de coup, ni porté de chaussure qui le blessât, de sorte qu'on ne trouve pas de cause traumatique ou autre pour expliquer la production de cette tumeur anévrysmale.

Après trois jours de séjour à l'hôpital, il se fait par la plaie un léger suintement sanguin; les bords de cette dernière s'élargissent, et l'on voit petit à petit se former une ulcération dépendant de la distension et probablement de la gêne de la circulation à ce niveau. La peau est en effet d'un rouge brun, très-amincie, et, par la presssion, on voit que les capillaires sont gorgés de sang.

2 janvier. — Le 2 janvier, à huit heures et demie, au moment où M. Panas commence sa visite, le malade crie au secours; un anévrysme venait de donner par la plaie un jet de sang artériel. On devait, le jour même ou le lendemain, tenter la cure par la compression digitale; mais, par suite de cet accident, il fallait agir aussitôt et rapidement. La compression de la fémorale arrête l'hémorrhagie pendant que la ligature de la tibiale est faite par M. Panas à 0m03 1/2 de l'interligne articulaire; mais la pédieuse possédant encore des battements, cette artère est liée à 0m02 au-dessus du point où elle s'enfonce dans le premier espace inter-métatarsien, à 0m06 au-dessous de l'interligne. Cette double opération est faite à sec et sans tâtonnements, et le résultat fut la cessation complète de l'hémorrhagie, des battements et du souffle. On panse les plaies avec de l'amadou, et un cataplasme est mis sur la tumeur.

3 janvier. — On aperçoit un léger battement que la compression un peu en avant de la malléole externe fait cesser. C'est par conséquent une collatérale, soit la malléolaire externe, soit la dorsale du tarse qui alimente la tumeur et dont la circulation s'est accrue depuis la veille. On applique dessus un tampon d'amadou, et par-dessus le compresseur de J. L. Petit. Le soir, le battement persiste. La tumeur est toujours rouge, violacée; l'ulcération de la peau semble s'agrandir, et le pied est un peu œdématié par suite de la constriction faite par la compression.

4 janvier. — Le soulèvement est de plus en plus visible à chaque pulsation artérielle. La tibiale et la pédieuse ne battent pas entre les deux ligatures; il n'y a que la collatérale qui alimente la tumeur. On continue la compression.

6 janvier. — Le sommet de la tumeur est complétement ulcéré. On voit, au centre de l'ulcération, un caillot noirâtre soulevé à chaque pulsation et restant immobile quand on comprime la collatérale. L'ensemble de la tumeur a néanmoins diminué de volume. On fait la compression directe sur cette dernière avec de l'amadou et du diachylon. Sur sa partie supéro-antérieure, on voit une petite plaque de peau tendant à se sphacéler. Les plaies des ligatures marchent très-bien. L'état général du malade est excellent. Pas de fièvre; appétit bon.

7 janvier.—A partir du 7, les battements diminuent d'intensité. Cette intensité n'est du reste pas la même dans tous les points de la tumeur. Elle est bien moins considérable en dedans qu'en dehors; aussi verrons-nous les battements cesser complétement à la partie interne, tandis qu'ils seront encore parfaitement sensibles à la partie externe. De plus, la rétraction de la tumeur se fait dans ce dernier sens, de sorte qu'elle sera bientôt en dehors de la ligne qui réunit les deux ligatures. On sent parfaitement les battements d'une artère qui se rend à la poche anévrysmale et qui vient transversalement de la partie externe du pied. C'est sur elle qu'on a fait sans succès la compression.

La peau se sphacèle sur une très petite étendue, à 0m,01 au-dessus de la plaie, à cause sans doute de la mauvaise circulation, gangrène par distension (Richet).

8 janvier. — La partie interne de la tumeur ne bat plus, et le caillot tend à s'éliminer par fragments. On met tout autour deux petites boulettes imprégnées de perchlorure de fer et bien exprimées. La plaie de la tibiale étant un peu rougeâtre, on la panse avec de l'eau chlorurée. L'état général est toujours excellent.

9 janvier. — Il se développe autour de la plaie de la pédieuse une rougeur diffuse; le malade a en même temps un léger mouvement fébrile et 128 pulsations. La tumeur et les battements vont toujours en diminuant. — Cataplasmes, vomitif.

11 janvier. — Les boulettes de charpie sont soulevées par le pus. Il en sort tout autour du caillot quand on presse sur le pourtour de la tumeur. Le pus vient du tissu cellulaire sous-cutané environnant. Il s'est développé là un léger phlegmon. On voit un autre point de sphacèle au bas et en dedans.

La tibiale bat de nouveau entre la ligature et le caillot. La compression n'est maintenant efficace que si on la fait sur ce point. Il y a par conséquent là une autre collatérale qui s'est développée; c'est probablement la malléolaire externe ou cette petite branche transversale, qui n'a pas de nom, et qui se trouve très-fréquemment en dehors, au niveau de l'interligne articulaire.

(A suivre.)

THÈSES

SOUTENUES A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

PENDANT L'ANNÉE 1873.

118. Foncervines. Notes sur la fièvre ictéro-hématurique.
119. Desbrousse-Latour. Des sueurs locales.
120. Lelièvre. Différents procédés de traitement de l'hydrocèle vaginale simple.
121. Chevassu. De quelques accidents causés par l'éruption et les déviations de la dent de sagesse.
122. Muret. De la suture des os faite avec des fils; ses indications.
123. Tardif. De la fracture transversale de la rotule, au point de vue surtout de son traitement par le caoutchouc.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Par arrêté du ministre de l'instruction publique, en date du 26 avril 1873, pris en exécution du statut du 19 août 1857, il sera ouvert, à Paris, le 19 novembre 1873, un concours pour quatre places d'agrégés près l'école supérieure de pharmacie de Paris, savoir : deux places dans la section des sciences physiques (chimie générale et toxicologie), et deux places dans la section des sciences naturelles (botanique et pharmacie chimique.)

Les candidats devront se faire inscrire au secrétariat des diverses académies où ils résident, deux mois avant l'ouverture du concours.

Ils doivent produire :

1° Une copie légalisée de leur acte de naissance ;

2° Leur diplôme de docteur ès sciences physiques ou naturelles et celui de pharmacien de 1re classe.

A ces pièces, ils devront joindre l'indication de leurs services et de leurs travaux, et un exemplaire de chacun des ouvrages ou mémoires qu'ils ont publiés.

Les registres d'inscriptions seront clos irrévocablement le 19 septembre 1873, à quatre heures de relevée.

— La Société des médecins des Bureaux de bienfaisance, dans sa séance du 14 mai 1873, a décidé qu'elle ne décernerait pas le prix qu'elle destinait au meilleur travail sur l'*Organisation du service médical des Bureaux de bienfaisance de Paris*.

Cependant, elle accorde, à titre d'encouragement, une somme de 300 francs à M. le docteur Lafont, auteur du mémoire n° 1, portant l'épigraphe : *Quod scripsi, vidi*.

— M. Claude Bernard, membre de l'Institut, professeur de physiologie générale au Muséum d'histoire naturelle, commencera ce cours le samedi 17 mai 1873, à une heure trois quarts, et le continuera les mardi et jeudi de chaque semaine, à la même heure.

— Clientèle à céder à Paris, dans un quartier central ; produit net, de 12 à 15,000 francs.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Nouvelles recherches sur la Triméthylamine et sur son usage thérapeutique dans le traitement du rhumatisme articulaire aigu, par le docteur DUJARDIN-BEAUMETZ, médecin des hôpitaux. Broch. in-8°. Prix : 2 francs. Paris, 1873, G. Masson.

Des diarrhées chroniques et de leur traitement par les eaux de Plombières, par le docteur BOTTENTUIT, ancien interne des hôpitaux de Paris, chevalier de la Légion d'honneur, etc. — Prix : 2 francs. — Paris, Delahaye.

Le Directeur : Dr E. LE SOURD.

Paris. — Typographie A. POUGIN, quai Voltaire, 13.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Bureaux : 57, rue des Saints-Pères, 57
PRÈS L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix d'abonnement doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

On s'abonne hors de Paris dans les bureaux des Messageries et chez les Libraires. Les lettres non affranchies sont refusées.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui n'en peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS: Trois mois. . 8 fr. 50 c. Six mois. . . 16 — Un an. . . . 30 —

POUR L'ÉTRANGER le port en sus suivant les derniers tarifs des Postes.

Les Bureaux et Ateliers étant fermés à l'occasion des fêtes de l'Ascension, le journal ne paraîtra pas Jeudi.

HOPITAL DE LA CHARITÉ. — M. GOSSELIN.

Leçon clinique sur les formes insolites de l'orchite (1).

IV. *Epididymite blennorrhagique avec inversion du testicule, à gauche. Forme douloureuse au repos, épanchement vaginal abondant.* — Le jeune homme couché au n° 5 nous a raconté qu'il avait contracté sa blennorrhagie il y a un an, qu'elle n'avait jamais entièrement cessé, mais qu'elle était devenue très-peu douloureuse, et se réduisait à un écoulement indolent et peu abondant, du genre de ceux auxquels nous donnons le nom de blennorrhée.

Néanmoins, après une nuit passée à la danse, le testicule gauche est devenu douloureux, s'est gonflé et a forcé le malade à entrer à l'hôpital au bout de quarante-huit heures.

Je vous ai fait remarquer chez lui deux phénomènes insolites : l'un physique, l'autre fonctionnel.

1° Le premier consiste dans la forme particulière de la tumeur. Vous savez que le gonflement, dans l'épididymite blennorrhagique habituelle, se compose de deux parties : l'une postérieure, dure et douloureuse, formée par l'épididyme, l'autre antérieure, mollasse, à peine sensible, formée par le testicule qui ne participe pas à la maladie, et par la tunique vaginale. Cette seconde partie est plus ou moins volumineuse et plus ou moins fluctuante, suivant que la tunique vaginale enflammée et hypérémiée a fourni une quantité plus ou moins grande de sérosité. Ici les deux parties sont situées en sens inverse : l'induration douloureuse est en avant, la mollesse est en arrière. Il y a dans ce dernier sens un gonflement assez considérable, de la rénitence et de la fluctuation.

A quoi tiennent ces particularités? A la situation anormale de l'épididyme en avant. On désigne sous le nom d'*inversion* cette situation anormale, qui n'est pas très-rare et à laquelle on doit toujours songer, lorsque, dans l'examen d'une orchite, d'une hydrocèle ou d'une hématocèle, on trouve quelque chose d'irrégulier.

2° Le second phénomène insolite est la variété de la douleur. Dans les cas habituels, vous la voyez disparaître pendant le repos, et ne se renouveler que si le malade change de place, veut marcher, par exemple, ou si une pression est exercée par les vêtements ou par une main. Chez notre malade, depuis quarante-huit heures qu'il est sous nos yeux, il y a une douleur constante et tout à fait spontanée. Le patient la compare à des élancements et des picotements dont il ne précise pas positivement le siége dans l'épididyme ou le testicule, mais qu'il localise exclusivement dans la région scrotale, sans propagation vers l'aine et le ventre. Ce ne sont plus ces douleurs déchirantes et irradiées au loin que nous signalions tout à l'heure pour la forme névralgique du début. Ici les souffrances sont un peu moins vives, mais elles sont continuelles ; elles empêchent le sommeil et sont accompagnées d'un léger mouvement fébrile.

A quoi tiennent ces douleurs plus prononcées qu'à l'ordinaire ? Est-ce à une intensité plus grande de l'épididymite, à la participation, plus prononcée que chez d'autres sujets, du testicule lui-même, à la phlegmasie? ou bien ne s'expliquent-elles que par la pression qu'exerce sur ce testicule peu enflammé le liquide trop abondamment fourni par la vaginalite?

Il m'est difficile de prononcer, parce que je n'ai pas de signes spéciaux qui puissent me faire adopter l'une de ces explications plutôt que les autres. Certainement si j'en croyais ma première impression, je craindrais une épididymite très-violente, et, par cela même, tendant à se terminer par suppuration. Mais je fais appel à mes souvenirs, et j'y trouve qu'un certain nombre de mes malades m'ayant présenté, comme celui-ci, une douleur continue et spontanée, n'ont cependant pas eu d'abcès dans l'épididyme.

Je touche même là, messieurs, un fait assez curieux de l'histoire de cette maladie. Vous savez peut-être que, dans les rares autopsies qui ont été faites de sujets morts avec une épididymite blennorrhagique, notamment dans celles publiées par Marcé (1) et Godard (2), on a trouvé un exsudat plastique tout à la fois dans le canal de l'épididyme et dans le tissu conjonctif qui entoure ses flexuosités ; mais on a trouvé en même temps un certain nombre de leucocytes ou globules purulents, et cependant nous ne voyons guère l'épididymite blennorrhagique se terminer par

(1) Suite. — Voir les numéros des 13 et 15 mai 1873.

(1) Marcé, *Gazette des Hôpitaux*, 1854.
(2) Godard, *Gazette médicale*, 1856.

suppuration. Je vous parlerai tout à l'heure d'abcès particuliers et de gangrène ; mais ces lésions appartiennent à l'orchite concomitante, et non pas à l'épididymite. Je ne me rappelle pas avoir vu un seul cas d'épididymite franche, c'est-à-dire non tuberculeuse, se terminer par des abcès. Il en est donc de ces leucocytes comme de ceux que nous trouvons dans l'érysipèle, dans certaines hydarthroses, dans quelques pleurésies, c'est-à-dire qu'ils ne suffisent pas eux seuls, pour constituer le pus, et que leur présence n'implique pas une terminaison imminente par suppuration.

J'aurais pu me laisser également aller à croire à l'existence d'une orchite parenchymateuse. Mais bien que celle-ci se rencontre quelquefois dans le cours de l'épididymite blennorrhagique, elle est cependant assez rare, et si je m'en rapporte à ma propre observation, elle est plutôt remarquable par son indolence, que par l'intensité de la douleur qu'elle provoque. J'aurai du reste bientôt à m'en expliquer devant vous.

En somme, je suis très-disposé à penser que la douleur, dans ce cas comme dans bien d'autres inflammations, est due plutôt à une sensibilité particulière du sujet qu'à toute autre cause. Cependant, comme il y a une notable quantité de liquide dans la tunique vaginale, et, que, d'après les faits signalés par Velpeau, la douleur est assez souvent calmée par la ponction et l'évacuation du liquide, j'ai procédé hier à cette petite opération. Après avoir bien constaté de nouveau la fluctuation, après avoir eu, avec un doigt, la sensation que je n'arrivais sur le testicule qu'après avoir refoulé un liquide, j'ai tenu fortement la tumeur, et j'ai fait en arrière une piqûre avec un ténotôme pointu et bien affilé. Velpeau se servait habituellement d'une lancette ; mais il m'a semblé que cet instrument faisait une ouverture trop large, par conséquent plus disposée à la suppuration, et qu'il exposait un peu plus à l'ouverture d'une veine et à l'effusion consécutive du sang dans la cavité vaginale. Le ténotôme met à l'abri de ces deux inconvénients ; mais il nécessite un parallélisme parfait de la peau et des parties sous-jacentes pour que le liquide sorte bien et ne s'infiltre pas dans le tissu cellulaire du scrotum. C'est pourquoi le chirurgien doit, après avoir saisi et tendu la tumeur pour la piquer, la tenir dans la même position, jusqu'à ce que l'évacuation ait eu lieu.

En examinant après la sortie du liquide, dont la quantité était celle d'une cuillerée à bouche, j'ai pu reconnaître que le testicule n'était pas très-gonflé ni très-douloureux à la pression, et j'en ai conclu que, si un soulagement avait lieu, il faudrait l'expliquer par la suppression d'une compression, et revenir ainsi à l'explication de la douleur insolite par cette compression.

Aujourd'hui, surlendemain de la petite opération, le soulagement n'est pas parfait. La douleur spontanée a continué toute la journée, et ne s'est amoindrie que le soir. L'amélioration, en un mot, n'a pas été aussi complète qu'elle l'est quelquefois après la ponction, de telle sorte que si je consens à attribuer la sensibilité insolite à la pression exercée par la sérosité, je dois reconnaître aussi qu'il y a eu, sur ce malade, quelque autre cause, c'est-à-dire cette idiosyncrasie dont je parlais tout à l'heure, et que nous sommes obligés de faire intervenir si souvent.

Je ne voudrais pas, messieurs, vous laisser une idée fausse. Nous avons eu sur ce malade, une forme douloureuse et une petite hydrocèle aiguë, coïncidant avec une inversion de l'épididyme. N'allez pas croire qu'il y ait le moindre rapport entre cette inversion et les autres phénomènes insolites. Il n'y en a aucun, et il vous arrivera souvent de trouver l'épididymite avec inversion présentant la forme habituelle de la souffrance, c'est-à-dire les douleurs rémittentes et provoquées par les mouvements et la pression. Il vous arrivera aussi de trouver la forme douloureuse insolite chez des sujets qui auront l'épididyme à sa place naturelle, c'est-à-dire en arrière.

(A suivre.)

HOTEL-DIEU DE LILLE. — M. Frémy.

Hystérie confirmée chez une femme privée de vagin et d'utérus.

M. le docteur J. Castiaux vient de publier, dans le *Bulletin médical du Nord*, l'observation suivante, dont l'intérêt n'échappera pas à nos lecteurs.

Augustine B..., âgée de dix-neuf ans, lingère, se présente le 21 octobre 1872 à la consultation de l'Hôtel-Dieu.

Cette jeune fille, d'une taille moyenne, présente toutes les apparences extérieures d'une femme bien conformée. Ses traits sont doux; sa peau fine et très-pâle ; les cheveux et les cils de teinte très-claire.

Elle vient nous consulter, dit-elle, parce que son ventre est gonflé, et parce qu'elle n'a jamais été réglée.

Interrogée, elle n'accuse point ces troubles bien connus qui surviennent périodiquement chez les femmes dont la menstruation ne se fait pas pour une raison quelconque. Elle est bien sujette depuis quelque temps à des épistaxis, parfois même assez abondantes, mais celles-ci se reproduisent tous les deux ou trois mois d'une façon trop variable pour que j'aie pu y voir un instant une hémorrhagie supplémentaire. Je fis découvrir le ventre de la malade. Il était fortement distendu par des gaz, rendait à la percussion une sonorité tympanique, excepté toutefois au-dessus du pubis, où l'on constatait de la matité. De plus, la pression était partout assez douloureuse. Je voulus introduire le doigt dans le vagin, mais j'eus à peine dépassé les petites lèvres que je me sentis arrêté par un obstacle infranchissable.

Après cet examen superficiel, je supposai que j'avais probablement affaire à une imperforation de l'hymen et à l'accumulation du sang des règles dans l'utérus. Ce diagnostic que je venais de porter, sauf vérification, bien entendu, me paraissait logique et s'appuyait d'ailleurs suffisamment sur les renseignements fournis par la malade.

Je fis donc entrer Augustine B... dans le service de M. Fremy dont j'étais alors l'interne, dans l'intention de la soumettre à un examen approfondi.

Le ventre distendu, comme je l'ai déjà dit, est partout sonore excepté au-dessus du pubis, où on perçoit de la matité dans un espace de forme globulaire. Les organes génitaux externes sont bien conformés, garnis de poils en quantité suffisante. Les grandes lèvres écartées laissent voir le clitoris et les petites lèvres sur l'état desquels je n'ai rien à noter. Le méat urinaire est situé en sa place ordinaire ; j'y introduis une sonde par laquelle s'écoule une quantité assez considérable d'urine incolore, transparente comme de l'eau de roche. Aussitôt je percute la zone sus-pubienne et je constate que la matité a fait place à la sonorité.

Continuant alors mon examen, je constate qu'il existe au-dessous du méat urinaire, là où se trouve l'hymen, quand il existe, un véritable cul-de-sac terminé en pointe, dont il est facile de rendre le fond visible en déplissant les parties voisines. On ne voit dans ce fond aucune trace d'orifice, et j'ai vainement cherché un passage soit avec une sonde de femme, soit avec un fin stylet de trousse.

Notre jeune malade était donc imperforée, le fait était évident. Mais derrière ce cul-de-sac y avait-il quelque chose ? Existait-il un vagin, un utérus ? Pour m'assurer de ce fait, après avoir introduit de nouveau dans la vessie une sonde que je fis maintenir par un aide, je pratiquai le toucher rectal. Tout d'abord je sentis la sonde sous mon doigt dont elle n'était séparée que par une mince cloison.

D'où je conclus qu'il n'y avait très-probablement rien d'interposé entre le rectum et la vessie, pas de vagin. Plus loin, j'allai à la recherche de l'utérus, mais vainement. Il était impossible de sentir là avec le doigt un corps plus ou moins dur qui pût faire supposer la présence soit du col, soit du corps d'un utérus. Dans quelque direction que je dirigeasse le doigt, je ne trouvais absolument rien que des tissus mous, flexibles, élastiques. Latéralement, je cherchai les ovaires; mais, sans vouloir conclure à leur absence, je dois dire que je n'ai rien senti qui pût me faire soupçonner leur existence.

Ainsi donc, pour nous résumer, non-seulement notre malade était imperforée, mais de plus elle n'avait ni vagin ni utérus, peut-être point d'ovaires.

De toute nécessité, il fallait renoncer à nos premières suppositions. Mais à quoi rattacher le ballonnement du ventre?

Nous observâmes la malade pendant quelques jours; nous l'interrogeâmes avec soin ainsi que sa mère, et nous pûmes nous convaincre que nous avions affaire à une névropathie hystérique.

L'humeur de notre malade est depuis longtemps très-variable et présente cette mobilité remarquable chez les hystériques; tantôt gaie, tantôt triste, elle passe tout à coup du rire aux larmes sans aucun motif sérieux.

De temps à autre, le ventre se ballonnait, mais cet état disparaissait spontanément. Depuis quelque temps, ce ballonnement persiste et ne peut céder, quoi que nous fassions. La constipation est chez notre malade un état habituel; elle reste parfois cinq, six, huit jours sans aller à la selle.

L'innervation de la vessie n'est pas moins troublée que celle de l'intestin. Cet organe, paresseux, se vide avec peine, et depuis quelques jours la malade n'urine que par regorgement. L'urine est claire, limpide, incolore; c'est le type de ce qu'on appelle vulgairement l'urine nerveuse. Depuis son entrée à l'hôpital, la malade urine de plus en plus difficilement, et le cathétérisme est indispensable.

Rien ne peut vaincre sa constipation, qui persiste pendant huit jours, malgré tous les purgatifs imaginables. Le ventre est fortement distendu mais partout sonore.

Sur ses entrefaites, la malade se plaignait de la boule hystérique. Elle accusait au plus haut degré cette constriction ascendante bien connue qui, partant du creux épigastrique, venait la serrer à la gorge. De temps en temps elle toussait comme pour se débarrasser d'un corps étranger qu'elle croyait sentir à l'entrée du larynx.

Survinrent des vomissements qui ne tardèrent pas à se répéter plusieurs fois par jour. Puis ils devinrent continus et incoërcibles.

Tous les antispasmodiques furent administrés sans succès.

Nous prescrivîmes l'opium à la dose de 15 centigrammes par jour sans obtenir d'amélioration sensible.

Nous instituons alors un traitement à l'eau froide, intra et extra: douches, compresses froides sur le ventre, boissons glacées. Rien ne faisait. La constipation continuait et les vomissements ne cessaient plus. L'état devenait alarmant; la malade maigrissait.

Au milieu de tous ces accidents, le pouls restait normal et le cœur ne présentait rien de remarquable. La température axillaire demeurait purement et simplement physiologique.

La sensibilité présentait déjà quelques altérations notables; certaines zones étaient insensibles, et l'on pouvait enfoncer en ces points des aiguilles jusque dans la profondeur des muscles sans que la malade se plaignît et fît même le moindre mouvement.

Laissant de côté toutes les médications qui n'avaient produit aucun résultat, j'administrai l'extrait de belladone à la dose de 10 centigrammes le premier jour et de 15 centigrammes les jours suivants.

Le premier jour, les vomissements diminuèrent; le deuxième jour, il n'y en eut qu'un; puis ils cessèrent complétement pour ne plus reparaître.

La belladone fut continuée pendant huit jours.

Peu à peu l'appétit était revenu; la malade reprenait ses forces et son facies d'autrefois.

Mais si les vomissements avaient cessé, les autres symptômes n'avaient pas complétement disparu. La constriction pharyngienne reparaissait de temps en temps. Les selles étaient toujours assez rares; de temps à autre le cathétérisme devenait nécessaire. L'urine était toujours limpide, ne renfermant ni albumine ni sucre.

Le ventre cependant était moins distendu.

La malade accusait parfois quelques palpitations cardiaques.

Je procédai à l'examen de la sensibilité, et voici ce que j'observai:

La jambe et le pied gauches sont complétement insensibles. La cuisse correspondante n'est sensible qu'à sa face antérieure; les faces externe, interne et postérieure ne ressentent aucune impression. Tout le membre pelvien du côté droit est absolument insensible. La fesse droite est insensible; il n'en est pas de même de la gauche. Le tiraillement des poils qui recouvrent la grande lèvre droite n'est pas perçu; il est au contraire très-bien perçu du côté gauche. La face interne de la grande lèvre droite, la petite lèvre du même côté sont absolument insensibles; les mêmes parties du côté gauche ont gardé leur sensibilité. Le clitoris présente la même hémiplégie. Cet organe, pendant l'examen, subit un certain degré de turgescence. Depuis l'ombilic jusqu'au pubis, la peau est insensible des deux côtés. Au-dessus de l'ombilic jusqu'à l'appendice xyphoïde, la peau est insensible à droite jusqu'à la ligne blanche. Du côté gauche, elle est sensible excepté dans l'étendue d'une bande de la largeur de deux doigts située contre la ligne blanche.

A partir des fausses côtes, le tronc, le cou, la face, les membres supérieurs présentent l'hémiplégie la plus complète; insensibilité à droite s'arrêtant très-exactement à la ligne médiane. État normal à gauche.

Les seins sont bien conformés. Le mamelon droit, complétement insensible, entre en érection sous l'influence des titillations; mais ce phénomène se produit plus lentement qu'au côté gauche, où la sensibilité est restée intacte.

J'arrête ici l'observation proprement dite de notre malade. Elle demande à sortir de l'hôpital au commencement de décembre.

Pour la satisfaction de ceux qui sont toujours tentés, avec raison, de suspecter la véracité des hystériques, je dirai que cette fille m'avait inspiré des doutes, mais elle fut constamment l'objet d'une surveillance très-active.

L'origine même du mot hystérie indique assez quelle idée on se faisait autrefois de cette maladie; on la rattachait naturellement à une altération quelconque soit matérielle, soit fonctionnelle des organes génitaux. Sans doute, dans bien des cas, il existe un rapport manifeste entre la névrose hystérique et les troubles des organes génitaux, mais ils sont loin d'être constants, et c'est sur quoi je veux insister. Pour tous les gens du monde, ce rapport est la règle; il est évident qu'ils confondent l'hystérie et la nymphomanie. Par malheur, il y a aujourd'hui encore bien des médecins, j'en connais pour ma part, qui partagent ces erreurs, et conséquents avec leurs principes, ils ne manquent jamais de conseiller le mariage aux jeunes filles hystériques.

Je ne nie pas que la satisfaction de désirs bien légitimes puisse quelquefois mettre fin à des troubles nerveux hystériques; mais que de cas où les émotions nouvelles inséparables du mariage ont augmenté la maladie et lui ont imprimé une force d'impulsion nouvelle. Nous pourrions citer des femmes mariées auxquelles leurs maris ne laissent absolument rien à désirer et dont les sens parlent très-peu d'ailleurs, qui n'en sont pas moins hystériques au premier chef.

Il est parfaitement entendu que chez la malade dont j'ai raconté l'histoire, l'absence de vagin, d'utérus, peut-être d'ovaires, exclut tout rapport entre les troubles nerveux et les orga-

nes en question. Cette malformation ne l'empêchait pas de présenter tous les traits caractéristiques de l'hystérie la mieux établie.

On a cité la fréquence de l'hystérie chez les femmes atteintes d'affections chroniques de l'utérus : ulcérations, déplacements. A cela nous pouvons répondre : Combien de femmes qui portent des ulcérations du col ou qui ont l'utérus déplacé et qui ne sont pas pour cela hystériques. Romberg et Schutzenberger (1846) déterminaient des attaques hystériques par la pression exercée sur la région des ovaires. Mais la plupart du temps, qu'on le sache bien, l'expérience ne réussit pas du tout. En résumé, si le point d'union qui relie les troubles nerveux hystériques aux organes génitaux est facile à saisir dans quelques cas, on doit bien se garder de croire que c'est là une règle absolue.

Il y avait dans l'histoire de ma malade quelques points très-intéressants dont je n'ai malheureusement pas la solution très-complète. Il s'agissait de savoir si, malgré l'absence des organes de la génération, cette jeune fille avait ressenti quelques désirs naturels à son âge et à son sexe apparent. J'ai procédé avec les plus grands ménagements; je l'ai questionnée bien entendu avec toute la réserve possible, et toujours j'ai dû m'arrêter devant les preuves les plus manifestes de l'ignorance la plus complète en pareille matière. Sa mère n'avait jamais songé à la marier; cependant, si l'occasion s'en était présentée, elle ne l'eût pas rejetée. Elle savait bien que sa fille n'avait jamais été réglée, mais elle mettait cette anomalie fonctionnelle sur le compte de la faiblesse du tempérament. Chacun devine aisément ce qui fût arrivé en pareil cas.

J'ai également cherché à savoir si cette jeune fille ne s'était jamais livrée à quelque pratique solitaire, mais elle ne m'a point compris.

J'ai demandé si dans la famille de la malade il n'existait point quelque autre vice de conformation ; voici les renseignements qui m'ont été fournis à cet égard :

Le père est mort phthisique. La mère est encore vivante.

De cette union sont issus sept enfants : le premier est mort à l'âge de deux ans, atteint d'hydrocéphalie et de la maladie vulgairement appelée carreau. Le deuxième est mort à un an, de convulsions. Le troisième a succombé à quinze mois, de la même maladie. Le quatrième en bas âge, je ne sais de quelle maladie. La cinquième fille était contrefaite, rachitique; elle était mariée et n'eut pas d'enfants. Elle succomba aux suites d'une fracture.

Il reste actuellement deux enfants : un garçon chétif, mal portant, plus une fille, qui est notre malade.

Ces renseignemnts m'ont paru mériter d'être signalés.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Séance du 22 février 1873. — Présidence de M. Lunier.

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

CORRESPONDANCE MANUSCRITE

MM. les docteurs Polaillion et Lolliot posent leur candidature et demandent un tour de lecture.

CORRESPONDANCE IMPRIMÉE

1° *Bulletin de la Société de médecine pratique de Paris ;*

2° *De la maladie aphteuse des animaux et de leur transmission dans l'espèce humaine*, par M. le docteur P. Hulin.

M. Duroziez dépose sur le bureau un exemplaire d'une lettre au comité de rédaction de la *Gazette hebdomadaire*, intitulée : *Du double claquement et du double souffle crural.* — Réponse à M. Traube. (Paris, 6 février 1873).

M. Duroziez dit que le double claquement crural sans compression n'est pas une découverte de Traube, puisque le travail de Traube date de 1867, tandis que celui de M. Duroziez a été publié dans le numéro de la *Gazette hebdomadaire* du 22 décembre 1865. Traube ne le connaissait pas.

Traube pense que ce double claquement crural sans compression indique une insuffisance très-marquée des sigmoïdes avec hypertrophie considérable du ventricule gauche ; il n'a rencontré que cinq cas.

M. Duroziez pense que si telle est la cause du double claquement, celui-ci ne doit pas être rare. Mais il cite un cas avec autopsie, recueilli chez Trousseau en 1865, dans lequel, après avoir constaté le double claquement crural sans compression, il trouva une insuffisance aortique si peu considérable que Trousseau en fut étonné, et une dégénérescence graisseuse. M. Duroziez revendique la priorité de l'indication du double claquement crural sans compression dans l'insuffisance aortique, et laisse à Traube la responsabilité du diagnostic spécial attaché à ce signe.

M. Duroziez donne de nouveaux détails sur le nommé Martin Laurent, qu'il a cité dans sa lettre comme exemple du double claquement crural sans compression dans l'insuffisance aortique, et qui est encore couché dans le service de M. le professeur Béhier, à l'Hôtel-Dieu.

8 mars 1873. — Martin Laurent. — Il s'est opéré quelques changements dans son état. Le double claquement crural sans compression a disparu, bien qu'on sente le double choc en avant dans la brachiale et qu'on entende le double claquement carotidien. Je ne trouve pas le double souffle crural. On entend maintenant un triple frottement à temps égaux, qu'on ne trouve guère que lorsque le péricarde intervient et trahit les mouvements du cœur. Je repousse l'idée d'une péricardite aiguë, parce que le pouls n'est qu'à 80, est régulier et peu développé. Le petit malade prend trente gouttes de teinture alcoolique de digitale depuis quinze jours. Il est étendu sur le dos, ayant sous la tête deux oreillers seulement, bouffi, pâle, couvert de sueur. Les mains ne sont pas œdématiées; les membres inférieurs le sont, ainsi que les paupières. Le cou bat, le cœur bat; on voit ses mouvements à travers la chemise. La pointe du cœur bat dans le cinquième espace et non pas dans le quatrième, comme nous l'avions dit ; notre erreur vient de ce que les côtes moyennes s'étant espacées, ont pressé l'une contre l'autre les deux premières, qui n'en font plus qu'une pour ainsi dire. Nous aimons à insister sur cette erreur, parce que nous avons signalé la difficulté et que nous nous sommes trompé, quoique prévenu.

La pointe du cœur se détache et bat nettement; on la sent se redresser et battre tout différemment du reste du cœur, bien que celui-ci soit à nu sur une surface notable et que rien n'empêche d'en constater les battements. La pointe a un battement à elle, se redresse. Autour d'elle, on aperçoit un retrait dans le cinquième espace. Parfois, on ne voit plus qu'un tremblotement; le redressement a disparu. Les jugulaires battent en même temps que la pointe; le foie me paraît battre.

Au cœur, on sent le battement de la pointe suivi d'un long frémissement. Au-dessus de la pointe, on sent un double frémissement. On perçoit aussi un triple mouvement en rapport avec le triple frottement signalé plus haut.

A la pointe, on entend au premier temps un souffle en jet de vapeur, suivi d'un long ronflement. A la base, le souffle est au second temps. Il y a, de plus, triple frottement.

Insuffisance et rétrécissement mitral. Insuffisance aortique. Insuffisance de la tricuspide.

M. Voisin dépose le répertoire des archives de la Société, qu'il a fait et qu'il tient au courant.

RAPPORT

M. AIMÉ MARTIN, au nom de la commission composée de MM. Charrier, Onimus et Aimé Martin, rapporteur, lit son rapport sur le mémoire suivant de M. le docteur Bédoin.

Note sur deux cas de syphilis développée après la vaccination, mais non transmise par elle. — Le 25 janvier 1870, un homme entrait à l'hôpital militaire de Lyon (deuxième division de blessés, salle 8, n° 32), pour un ulcère au bras consécutif à un bouton de vaccine et datant « de trois mois ». Ces indications du billet d'entrée frappèrent tout d'abord mon attention, et l'examen du malade auquel je procédai aussitôt, en attendant la venue du médecin traitant, me fit penser qu'il s'agissait peut-être d'un cas de syphilis vaccinale.

Quelques instants après, mes collègues, MM. Ducelliez, Odin, Desmonceaux et Dornier, conçurent la même opinion, et le diagnostic de M. le docteur Béchade, médecin-major de première classe, à qui appartenait alors le service de la deuxième division de blessés, s'est trouvé absolument conforme à notre manière de voir.

Le militaire en question fut *reconnu* atteint de syphilis, et la vaccination fut accusée de lui avoir transmis cette maladie. Deux médecins de Lyon (1), dont la compétence en ces matières ne saurait être niée, furent même tout à fait affirmatifs à cet égard, et formulèrent très-explicitement leur diagnostic : syphilis *vaccinale*. J'ajouterai qu'une note insérée au *Lyon médical* (n° 4, 13 février 1870, p. 287), fait allusion à ce cas, ainsi qu'à celui dont il va être question, et leur donne à tous deux, au point de vue étiologique, l'interprétation que je viens de rapporter (2).

Par une coïncidence bizarre, un des lits voisins de celui qu'occupait le malade qui est l'objet des remarques précédentes, reçut quelques jours après un homme du même régiment, vacciné dans les mêmes conditions et présentant quelques symptômes imputables à la syphilis.

Voici les observations très-détaillées de ces deux malades que le hasard avait envoyés dans mon service, et que, par conséquent, j'ai pu étudier de très-près pendant toute la durée de leur séjour à l'hôpital. Je puis affirmer qu'elles ont été recueillies avec la plus scrupuleuse exactitude et rédigées avec la plus entière impartialité.

Obs. I (salle 8, n° 32). — L.... (Jean-Marie), fusilier au 97e régiment d'infanterie de ligne, dans lequel il a été incorporé à Quimper, le 21 octobre 1869, est un homme de vingt-deux ans, de taille moyenne et de forte constitution, qui affirme n'avoir jamais été malade ; son tempérament est lymphatico-sanguin. Jamais il n'a été atteint d'aucune affection vénérienne, quelle qu'elle soit. Il est à cet égard tout à fait explicite. D'ailleurs, il ne présente aux parties génitales aucune trace d'ulcération ancienne.

Depuis son entrée au service, S... atteste de la façon la plus formelle n'avoir pas vu de femmes, et fait remonter à environ quatre mois l'époque de son dernier rapport sexuel.

Enfin, du côté de l'hérédité, les renseignements que nous recueillons sont tout à fait négatifs. Le malade nous apprend que son père, âgé de soixante-deux ans, a toujours joui d'une bonne santé, et que sa mère est morte, il y a un an, il ne sait de quelle affection. La famille est composée de cinq enfants : deux sont morts en bas âge, il ignore aussi de quelle maladie, et les deux autres, un frère et une sœur, plus âgés que lui, se portent très-bien et ont des enfants robustes et bien constitués.

Une vaccination pratiquée dans son enfance, et dont on ne retrouve que deux traces légères au bras gauche, n'a laissé dans l'esprit de S... qu'un très-vague souvenir.

Six jours après son arrivée au corps, le 27 octobre 1869, il fut revacciné. Ce fut, du reste, une mesure générale à laquelle furent astreints, non-seulement tous les jeunes soldats de sa classe, mais encore tous les hommes du dépôt du 97e à Quimper.

Les nommés L..., R... et B... firent, avec S..., partie d'une première série d'inoculations, auxquelles fournirent les pustules vaccinales d'un nommé C.... Celles-ci saignèrent un peu, à ce que croit se rappeler le malade qui nous occupe, quand on leur prit du vaccin pour le lui inoculer, ce qui fut fait en huit points, quatre à chaque bras.

La vaccine suivit son cours normal ; toutes les piqûres prirent. Les pustules parurent le quatrième ou cinquième jour, au nombre de huit ; elles servirent à de nombreuses vaccinations « plus de trente ». Au dire du malade, qui raconte que chacun de ses boutons a été ouvert à plusieurs reprises pour y prendre du vaccin, et qu'aucun n'a saigné. En dépit de ces nombreuses piqûres, une vingtaine de jours a suffi à la guérison de toutes les pustules vaccinales, sauf une au bras droit, sur laquelle il était resté une croûte.

Cinq ou six jours après, S... s'aperçut que ce bouton s'entourait d'un peu de rougeur et qu'il était devenu le siége d'un prurit incommode. Il se détermina bientôt une petite ulcération sur l'emplacement de la pustule.

La date de l'apparition de ces derniers phénomènes ne peut être précisée d'une façon absolue, cependant ils se sont montrés à peu près vers l'époque (22 novembre) de l'arrivée au camp de Sathonay du bataillon dont fait partie le malade, ce qui fait environ vingt-cinq jours après la vaccination, laquelle remonte, on se le rappelle, au 27 octobre. Il se souvient très-bien, nous dit-il, d'avoir souffert de son bras, étant en chemin de fer de Quimper à Lyon.

Depuis ce moment, la rougeur qui environnait l'ulcération augmenta lentement, et le malade reconnut qu'elle siégeait sur une base indurée ; petit à petit survinrent une gêne plus notable dans les mouvements et de la fatigue du membre.

Vers le 23 décembre, il constata du côté droit de l'adénopathie axillaire très-évidente à cette époque, puisque, selon son expression, « il sentait des glandes à pleine main » dans l'aisselle droite.

Le 31 décembre, S... se présenta à la visite pour la plaie de son bras, pour laquelle des soins locaux lui furent prescrits. Quelques jours plus tard, la situation s'aggrave, la voix devient rauque, les cheveux se mettent à tomber ; il se déclare du coryza, de l'impétigo du cuir chevelu, et des taches rouges apparaissent sur la peau de la partie antérieure du tronc, en commençant par le haut de la poitrine.

En même temps, l'adénopathie axillaire semble diminuer, ainsi que l'induration de l'ulcère du bras. Des plaques muqueuses surviennent à l'anus et au scrotum, au moins il est permis de l'admettre, puisque aux environs du 10 janvier, le malade dit avoir éprouvé de la cuisson pendant la marche et avoir constaté une sorte de suintement inusité dans ces parties.

De son côté, l'état général s'altère ; il ressent de l'inappétence, de la fatigue, de la courbature, voire même des douleurs dans les membres. Il est à remarquer que ces symptômes se sont trouvés particulièrement accentués vers l'époque de l'apparition de l'éruption cutanée.

Enfin le 24 janvier, inquiet et fatigué, S... se présente à la visite de son médecin-major, qui l'envoie à l'hôpital militaire, où il est entré le lendemain (salle 8, n° 32), avec le diagnostic déjà mentionné : « Ulcère au bras consécutif à un bouton de vaccin. — Trois mois d'invasion ».

(*A suivre.*)

(1) MM. Rollet et Viennois

(2) Voici la note du *Lyon médical* : « Nous apprenons que deux cas de syphilis transmise par la vaccination viennent d'être observés à l'hôpital militaire de Lyon. Deux soldats, exempts de syphilis jusqu'alors, avaient été vaccinés il y a quelques mois, à leur entrée au corps, comme on le pratique toujours en pareil cas. La pustule vaccinale a été très-longue à guérir, elle s'est transformée en chancre syphilitique, puis ont paru des symptômes secondaires, et en particulier des pustules ecthymateuses, qui se sont développées plus tard sur les membres... » etc., etc.

VARIÉTÉS

Paris, ses organes, ses fonctions et sa vie dans la seconde moitié du dix-neuvième siècle (seconde édition). Tome Ier (1), par MAXIME DU CAMP.

Grâce à des écrivains remplis de précaution, nous connaissons le Paris du siècle dernier : mais combien ne donnerions-nous pas pour posséder une histoire sérieuse, honnête et complète du Paris des siècles précédents, écrite par un contemporain. Ce que nous désirons pour les époques lointaines, un de nos littérateurs les plus distingués l'a entrepris, et nous possédons aujourd'hui dans le livre de M. Maxime du Camp la plus curieuse, la plus riche, la plus instructive et la plus intéressante des collections de faits touchant la vie de chaque jour de cette ville, dont François Ier disait à Charles-Quint : « Paris n'est pas une ville, c'est un monde. »

Comment se retrouver au milieu de cette immense agglomération? Quel sujet aborder de préférence? L'auteur a dû être fort embarrassé. Et devant les divers programmes qui s'offraient à lui, il a dû d'abord hésiter, car son œuvre si remarquable s'ouvre, — après une introduction des plus attrayantes, — par une étude sur *les Postes*, pour se continuer par les télégraphes, les voitures publiques, les chemins de fer et la Seine à Paris; en un mot, tout ce qui est une forme de locomotion, soit des objets, soit des pensées, soit des personnes. Ce premier volume est donc l'histoire de la locomotion et du mouvement à Paris.

Que le lecteur nous permette tout d'abord une déclaration. Ce livre ne saurait s'analyser, il se lit, il se dévore, il abuse du lecteur par l'intérêt dont il déborde, et nous ne savons — n'était la différence d'une relation vraie, rigoureuse à une œuvre toute d'imagination — mieux comparer la manière dont ce livre capte le lecteur, qu'en rappelant l'impression absorbante que causait jadis la lecture des romans d'Alexandre Dumas. C'est qu'en effet, l'œuvre de M. Maxime du Camp est à cent coudées au-dessus du roman le plus ingénieux ; on ne saurait — sans l'avoir lue — deviner ce qu'il a fallu de temps, de soins, d'intelligence pour permettre à cet immense Paris de vivre, de correspondre, de marcher, de manger, de ne pas mourir, etc., etc. M. Maxime du Camp a entr'ouvert d'une main pleine de tact, de convenance et de délicatesse les portes les plus secrètes, et ce ne sera pas son moindre mérite d'avoir réussi à écrire un livre si divers sans effaroucher la plus juste susceptibilité.

Les postes! Quelle distance des postes de Cyrus, des Romains, de Charlemagne, aux messageries de l'Université; au service de Louis XI. Quel chemin parcouru depuis Sully qui créa la ferme des Postes; depuis Richelieu qui arrêta le premier tarif régulier, jusqu'à la petite poste de Chamousset, la poste sous la Révolution; les malles-postes, les facteurs ruraux, le timbre-poste! Ce premier coup d'œil jeté sur l'origine des postes, M. Maxime du Camp nous fait connaître le cabinet noir, l'organisation générale des postes, le service de Paris, et enfin l'hôtel des Postes. Quand on a terminé cette première étude, on devient plus reconnaissant pour le service rendu par la Poste, et moins sévère pour les irrégularités de transmission si faciles à commettre et si rares pour l'immense quantité de correspondances et de journaux en circulation.

Mais la poste ne suffisait pas encore à la rapidité de la transmission. La pensée avait le droit de prendre le pas sur les objets matériels, et voici les télégraphes. Suivant sa méthode, l'auteur nous fait assister aux premiers essais, puis le télégraphe aérien, ses services, et même ses crimes passent rapidement devant nous, car la télégraphie électrique, avec tous ses mystères, son bureau central, et ses désiderata méritait d'absorber tout notre intérêt, dans une histoire de Paris au dix-neuvième siècle.

Nous avons assisté au transport des dépêches écrites, à la pensée courant sur les ailes, puis sur les fils du télégraphe; à notre corps de réclamer un moyen de transport. L'auteur les étudie sous trois aspects : les fiacres, les cochers, les omnibus, et nos lecteurs peuvent s'attendre à trouver, sous ces titres divers, les détails les plus curieux, les plus complets et les plus authentiques sur tout ce qui touche à cette partie si peu connue de notre vie de chaque jour. Et ici faisons, une fois pour toutes, remarquer qu'un des caractères qui rend précieux le livre de M. Maxime du Camp, c'est le caractère d'authenticité parfaite de tous les renseignements pris aux sources les plus certaines. Il peut y avoir et il y a des omissions volontaires, sages et prudentes ; mais tout ce qui est avancé porte un cachet de certitude absolue. Ce livre est une photographie *intelligente*.

Mais les voitures publiques sont bien lentes par ces temps de fièvre, et en attendant qu'elles s'emparent de nos rues, voici les chemins de fer qui s'emparent de nos routes. Paris est une grande tête de ligne, et M. Maxime du Camp, après avoir montré les tâtonnements qui ont précédé l'établissement des chemins de fer, nous introduit dans la gare des voyageurs, puis dans la gare des marchandises. Il nous entretient même des accidents; et qu'ils sont rares dans cet immense désordre *régulier* des chemins de fer!

Les routes ordinaires ne suffiraient pas aux besoins de Paris, la Seine joue un rôle considérable. L'auteur nous dit d'abord les siéges et famines; l'histoire de la Seine, ses inondations, étiages, dimensions ; et l'eau potable et ce qu'en pensent les provinciaux. Puis les îles et les ponts, sa navigation et ses industries nous conduisent dans un monde des plus curieux et des moins connus. Enfin, pour clore ce premier volume, la Morgue se dresse avec tous ses douloureux mystères et les détails si intéressants de son fonctionnement.

Nous verrons bientôt, dans le second volume, comment on a pourvu à la nourriture du Paris-Gargantua.

(1) In-8°. Prix : 7 fr. 50 le volume. — L. Hachette et Ce.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Le Président de la République, reconnaissant la nécessité de modifier son administration, a demandé à tous les ministres leur démission, qu'ils se sont empressés de lui remettre.

MM. Dufaure, de Rémusat, Léon Say, Teisserenc de Bord, général de Cissey et le vice-amiral Pothuau conservent leurs portefeuilles.

M. Casimir Périer est nommé ministre de l'intérieur ; M. de Fourtou est nommé ministre des cultes ; M. Bérenger ministre des travaux publics, et M. Waddington ministre de l'instruction publique.

— Par décret en date du 8 mai 1873, sont promus dans le corps de santé militaire :

Au grade de médecin-major de 2e classe : MM. Folquet, Dissaux, Dubois, Charton, Talloir, Hachu, Bargy et Bolard.

— *Faculté de médecine de Montpellier.* M. Pécholier, agrégé libre, est rappelé à l'activité en remplacement de M. Lacassagne, démissionnaire.

— *École de médecine de Toulouse.* — M. Caubet est nommé chef de clinique interne et professeur suppléant pour les chaires de médecine.

— Nous avons le regret d'annoncer la mort de M. le docteur Auguste-Emmanuel Louvet, médecin adjoint à l'hôpital civil d'Alger, ancien interne des hôpitaux de Paris, décédé le 14 mai 1873, à l'âge de trente-quatre ans.

Ses obsèques auront lieu à Albert (Somme), le vendredi 23 mai, dix heures du matin. Les personnes parentes ou amies qui n'auraient pas reçu de lettre de faire part sont priées de considérer le présent avis comme une invitation à y assister.

— La Société de médecine de Paris tiendra sa prochaine séance le samedi 24 mai 1873, 3, rue de l'Abbaye, à trois heures et demie très-précises.

Ordre du jour : 1° Procès-verbal de la précédente séance ;

2° Lecture de M. Abadie : Des indications de la paracentèse de la chambre antérieure de l'œil;

3° Lecture de M. Camuset : De l'opération de la cataracte par kératotomie supérieure (ancien procédé français) dans les cas d'alcoolisme, de marasme sénile, etc. ;

4° Lecture de M. Peter sur la candidature de M. Polaillon;

5° Observation de polype naso-pharyngien par M. de Saint-Germain.

— A céder, bonne clientèle, à cinq heures de Paris. Produit : 10,000 francs. — S'adresser à M. le Dr Lescure, 48, rue des Abbesses, Montmartre.

— Cabinet de dentiste, rue de Lafayette, n° 79, à vendre. — S'adresser, pour les renseignements, à Me Moreau, notaire, rue Vivienne, n° 53.

Le Directeur : Dr E. Le Sourd.

Paris. — Typographie A. Pougin, quai Voltaire, 13.

N° 59. — JEUDI-SAMEDI 22-24 MAI 1873. 46e ANNÉE. JEUDI-SAMEDI 22-24 MAI 1873. — N° 59.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Bureaux : 57, rue des Saints-Pères, 57
PRÈS L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix d'abonnement
doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

On s'abonne hors de Paris
dans les bureaux des Messageries et chez les Libraires
Les lettres non affranchies sont refusées.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui n'en peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS: Trois mois. . . 8 fr. 50 c. Six mois. . . 16 — Un an. . . . 30 —

POUR L'ÉTRANGER le port en sus suivant les derniers tarifs des Postes.

Paris, le 23 mai 1873.

SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

Typhus et fièvre typhoïde.

Personne n'ayant été inscrit mardi dernier pour prendre la parole sur la question de la septicémie, M. Briquet est monté à la tribune pour engager la discussion sur la question du typhus soulevée par la lecture faite sur ce sujet par M. Chauffard, dans la séance du 15 octobre dernier.

On n'a pas oublié que le but de M. Chauffard, dans cette lecture, avait été d'établir, en s'appuyant sur l'étude comparée des faits observés dans les pays où règne habituellement le typhus et dans ceux où on ne l'a vu se produire que par importation, et plus particulièrement sur les faits révélés par la dernière guerre, que le typhus exanthématique ne reconnaît pas exclusivement l'étiologie qui lui a été généralement attribuée jusqu'ici, et qu'il faut tout au moins à ces conditions communes de l'encombrement et de la misère physique et morale dans les camps ou les villes assiégées, associer des conditions d'aptitude inhérentes au sol, au climat et à la race. Il était évident que la thèse soutenue par M. Chauffard impliquait très-nettement l'idée de la non-identité du typhus et de la fièvre typhoïde, tout en reconnaissant les liens qui les rapprochent et qui en font des espèces congénères du groupe typhique.

Depuis cette lecture de M. Chauffard, plusieurs opinions se sont produites, les unes contradictoires, d'autres confirmatives de cette manière de voir; d'autres, nous sommes du nombre, ont fait des réserves.

Le premier contradicteur qu'a rencontré M. Chauffard a été M. Bouchardat. On se souvient que dans la séance du 7 janvier, tout en admettant avec son collègue l'influence de la race et de la localité sur la production de certaines maladies épidémiques et reconnaissant l'immunité de la France par rapport au typhus pendant les deux siéges de Paris et de Metz, M. Bouchardat n'a point admis que cette immunité dût être attribuée ni à la race, ni au sol, ni à aucune condition de localité. Elle est due tout simplement, suivant lui, à ce que les conditions de la genèse du typhus n'étaient pas encore accomplies au moment du désinvestissement des places de Paris et de Metz. Aux conditions fatales de race et de localité, contre lesquelles on ne peut rien, M. Bouchardat a opposé celles de la famine, de la misère et de l'encombrement, qui peuvent être prévenues ou écartées et qui, dans les circonstances récentes, n'ont point atteint le degré nécessaire pour engendrer le typhus.

Depuis, M. Chauffard a trouvé des adhérents à son opinion. Dans un remarquable article inséré dans la *Gazette hebdomadaire*, M. le docteur Colin a déclaré que, dans son opinion, affirmer que la prolongation de la situation de la population de Paris pendant le siége aurait entraîné le typhus, serait, comme l'a dit M. Chauffard, affirmer une simple hypothèse. M. Colin s'appuie, pour justifier cette manière de voir, sur ce fait qu'à la fin du siége de Metz, l'état sanitaire, au point de vue de l'imminence du typhus, était moins alarmant qu'il ne l'avait été quelques semaines auparavant.

Quant à la possibilité de l'importation du typhus par les troupes ennemies, il y a une circonstance qui laisse encore à cet égard la question tout aussi indécise, c'est le doute même de l'existence du véritable typhus exanthématique dans l'armée d'investissement.

Enfin M. Colin, moins affirmatif que M. Chauffard, tout en reconnaissant, comme lui, qu'aujourd'hui le typhus permanent est concentré dans les limites de quelques berceaux endémiques, d'où il peut rayonner en épidémies plus ou moins graves, comme le choléra, la fièvre jaune ou la peste, ne croit pas néanmoins que l'expérience de la dernière guerre soit suffisante pour révoquer en doute la possibilité de son développement sur place dans nos pays.

Plus affirmatif dans le sens de M. Chauffard que M. Colin, qui, comme on le voit, fait à de certains égards des réserves, M. le docteur Kelsch, dans une conférence faite au Val-de-Grâce dans le courant de l'année 1872 et reproduite dans le même journal, conclut d'une étude sur cette question, que la genèse spontanée du typhus, même dans les armées, lui semble aujourd'hui plus que douteuse. Après avoir couvert pendant plus de deux siècles l'Europe de ses calamités, dit-il, le typhus de l'Occident, comme jadis son aîné le typhus oriental, s'est retranché sous forme endémique dans quelques foyers restreints de l'ancien monde, d'où il sort encore de temps en temps, toujours exporté par les hommes ou les choses, pour réapparaître sous forme d'épidémies circonscrites, soit dans les armées, soit dans quelques centres de l'Europe civilisée.... La cause du typhus semble pour

ainsi dire identifiée avec les conditions sociales de l'Irlande, de la Silésie, de la Pologne, de l'Algérie, dont les habitants indigènes occupent le dernier degré de la civilisation européenne et portent le germe de la maladie partout où ils émigrent.

Mais voici qui viendrait de nouveau jeter le doute et obliger à suspendre tout jugement définitif sur cette question, si comme l'affirme l'ancien président de la Société de médecine de Metz, M. Michaux, dans une lettre adressée au comité de rédaction de la *Gazette hebdomadaire*, il avait existé réellement des cas de typhus exanthématique dans la population civile de Metz à la suite du blocus.

Tel est, en substance, l'état actuel de la question. On voit combien il reste encore de points obscurs à éclaircir. L'intervention de M. Briquet dans la discussion y jettera-t-elle quelque lumière? Nous n'en pouvons rien dire encore, l'honorable académicien n'ayant point terminé son argumentation. Mais par ce que nous en avons entendu mardi dernier, il serait permis d'en douter.

M. Briquet a eu parfaitement raison, sans doute, de s'élever contre la confusion qui a été introduite dans cette question par l'application abusive que l'on a faite, en Allemagne surtout, du nom de typhus à des affections diverses ou à des degrés très-divers d'une affection elle-même très-mal définie. Mais il a été moins heureux lorsque, voulant reprendre la thèse de l'identité de la fièvre typhoïde et du typhus, qui ne serait, suivant lui, qu'une fièvre typhoïde grave, il s'est autorisé de l'opinion des médecins de l'armée de Crimée pour soutenir cette thèse. M. Briquet a été évidemment trompé par ses souvenirs. Chargé, il y a une dizaine d'années de faire un rapport sur un mémoire relatif aux affections typhiques de l'armée d'Orient, dans lequel l'auteur, M. Cazalas, concluait à l'identité de ces deux affections, M. Briquet, resté sans doute sous cette impression, avait oublié que, de tous les médecins de l'armée de Crimée qui ont écrit sur le typhus, M. Cazalas était le seul de cette opinion. C'était ce que nous objections *in petto* à M. Briquet au courant de son allocution, n'ayant pas le droit d'intervenir dans la discussion et encore moins de l'interrompre, et ce que MM. Chauffard et Fauvel n'ont pas manqué de rappeler à leur collègue au moment où il descendait de la tribune. M. Fauvel avait d'autant plus qualité pour rappeler la vérité des faits sur ce point qu'il a largement contribué lui-même à élucider ce point de diagnostic différentiel. M. Briquet, qui doit reprendre son allocution mardi prochain, aura à modifier, sinon son opinion sur ce point, du moins une partie de l'argumentation sur laquelle il l'a appuyée.

Nous suivrons cette discussion, si elle se continue, avec tout l'intérêt qu'elle mérite.

Dr Brochin.

HOPITAL DU MIDI. — M. Charles Mauriac.

Étude clinique sur l'influence curative de l'érysipèle dans la syphilis (1).

XVII

Lorsque ce malade entra dans mon service, salle 6, n° 13, le 12 novembre 1872, au quatrième mois du chancre, il était en pleine syphilis constitutionnelle : il avait des plaques muqueuses sur les parties génitales et entre tous les orteils, et la peau était couverte d'une syphilide papulo-vésiculeuse confluente. Ce développement syphilitique, loin de contrarier la disposition scrofuleuse, l'avait mise en action. Autour du cou, en effet, il y avait un collier de glandes volumineuses dont quelques-unes étaient déjà transformées en foyer purulent. Ces glandes ne tardèrent pas à s'ouvrir et se changèrent en ulcères écrouelleux caractéristiques. Un traitement spécifique fut institué ; il a été suivi pendant plusieurs mois consécutifs. Néanmoins de nouvelles poussées syphilitiques succédèrent aux premières ; dans les premiers jours de janvier, les deux narines devinrent le siége de plaques muqueuses confluentes et d'ulcérations impétigineuses dont les croûtes empêchaient le passage de l'air. A cette époque, la physionomie du malade était profondément modifiée par les lésions dont le cou et la face étaient devenus le siége. Tous les traits du visage étaient grossis par un œdème chronique, par une sorte d'éléphantiasis qui n'avait fait qu'augmenter depuis que les narines avaient été envahies par l'impétigo et les plaques muqueuses.

Cette déformation de la face datait de deux mois et allait tous les jours en augmentant, lorsque survint, le 15 janvier 1873 (sixième mois révolu de la maladie), un érysipèle de la face. Il y eut peu de fièvre et de malaise général ; la fluxion érysipélateuse fut pâle, un peu froide ; en un mot la maladie présenta un caractère d'indolence très-marqué depuis son début jusqu'à sa terminaison. La résolution fut lente et incomplète.

Malgré ces circonstances, qui paraissaient peu favorables à l'influence curative de l'érysipèle sur les lésions syphilitiques, cette influence fut réelle et d'une promptitude remarquable en ce qui concerne les plaques et l'impétigo des narines. Ainsi, deux ou trois jours après l'invasion de l'érysipèle, les croûtes s'étaient détachées, l'air pouvait circuler librement, et les ulcérations étaient, les unes déjà guéries, les autres en voie de guérison. Avant que la fluxion érysipélateuse fût terminée, l'affection syphilitique des narines avait entièrement disparu.

Le nez, les joues, la lèvre supérieure et les autres parties de la face diminuèrent aussi peu à peu, à mesure que l'érysipèle marcha vers la résolution définitive ; mais cette résolution fut longue à venir, à cause de l'allure chronique de la maladie. Toutefois, au bout de deux ou trois semaines, la tuméfaction de la face, qui était si considérable avant l'invasion de l'érysipèle, était tellement réduite, qu'un changement complet en était résulté pour la physionomie.

Quant aux ulcérations strumeuses cervico-maxillaires qui n'étaient pas encore cicatrisées, l'érysipèle ne parut exercer sur elles aucune action ni en bien, ni en mal.

XVIII

On ne peut pas dire que l'influence curative de l'érysipèle ait été aussi éclatante dans ce cas que dans le précédent. Mais qu'on veuille bien remarquer combien les conditions étaient différentes. Le terrain pathologique était à la fois scrofuleux et syphilitique, et ce sont sans doute les accidents propres à ces deux maladies qui ont suscité l'érysipèle. Il n'est pas entré violemment dans l'organisme comme une maladie infectieuse ; il n'a produit aucune perturbation sérieuse dans les grandes fonctions ; il n'a présenté en un mot aucun des caractères propres aux maladies accidentelles, pyrétiques et générales. Très-lent dans sa marche, très-circonscrit, et d'une modalité phénoménale fort peu véhémente, il a toujours eu les allures d'une réaction pseudo-inflammatoire purement locale qui ne trouve ni dans l'état général de l'économie, ni dans la disposition organi-

(1) Suite. — Voir les numéros des 3, 8, 15-17, 29 avril, 6 et 15 mai 1873.

que et vitale des tissus affectés, les éléments de ces phogoses franches depuis leur début jusqu'à leur terminaison.

Et néanmoins, si indolent qu'il fût, il a rempli sa tâche d'irritation substitutive et résolutive : 1° en guérissant au bout de deux jours les plaques muqueuses et les ulcérations impétigineuses des narines; 2° en dissipant l'œdème éléphantiasique scrofulo-syphilitique qui déformait le visage depuis plusieurs semaines. C'était, au moment où il s'est développé, les seules manifestations constitutionnelles, avec les ulcères strumeux, sur lesquels il n'a exercé aucune action.

Cette maladie accidentelle avait été, comme je l'ai dit, si peu générale et d'un si faible retentissement sur l'organisme, qu'elle ne devait point troubler le processus syphilitique d'une manière profonde et durable. Son influence curative, en effet, a été très-superficielle. Le malade est encore dans mon service depuis le mois de novembre, et j'ai pu suivre les phases successives par lesquelles a passé sa syphilis. Le traitement spécifique continué avec persévérance et porté à des doses élevées, n'a que fort peu modifié les manifestations existantes et n'a pu prévenir le retour de nouvelles poussées.

L'érysipèle n'a pas été plus heureux que les médicaments. Si l'on ne peut nier sa supériorité comme curation rapide de certaines manifestations, il faut bien reconnaître que son insuffisance préventive a été tout aussi grande. En effet, au bout d'un mois, les plaques muqueuses se sont reproduites dans les narines, et vers les premiers jours de mars, il survenait sur la peau une nouvelle éruption papuleuse, beaucoup moins confluente, il est vrai, que la première.

(*A suivre.*) CHARLES MAURIAC.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 20 mai 1873. — Présidence de M. DEPAUL.

CORRESPONDANCE OFFICIELLE

M. le ministre de l'agriculture et du commerce transmet le compte rendu des maladies épidémiques qui ont régné dans le département de la Corse pendant l'année 1872.

CORRESPONDANCE NON OFFICIELLE

Elle comprend : 1° une lettre de M. le docteur Bucquoy, qui se présente comme candidat pour la section de pathologie médicale ; 2° une lettre de M. le docteur Decaisne, accompagnant l'envoi d'une note complémentaire du mémoire qu'il a adressé à l'Académie sur les eaux publiques de Versailles ; 3° un mémoire pour le concours du prix d'Ourches, avec cette inscription : *Ars longa, vita brevis, judicium difficile* (Arrivé après la clôture du concours, l'auteur est prié de retirer son mémoire au secrétariat) ; 4° une note sur la préparation du coton iodé, par M. le docteur Méhu ; 5° une note de M. le docteur Abeille, relative à un cas de guérison par son appareil à double courant, d'une malade à laquelle il a pratiqué l'empyème, et dont il a entretenu l'Académie dans la séance du 18 février dernier.

PRÉSENTATIONS

M. GIRALDÈS, au nom de M. Robert Adams, offre la deuxième édition d'un *Traité du rhumatisme goutteux*.

M. VERNEUIL, au nom de M. le docteur Magitot, présente une brochure sur les kystes des mâchoires.

M. WOILLEZ, de la part de M. Desmaze, conseiller à la cour d'appel, offre en hommage une brochure sur les aliénés.

M. WURTZ dépose sur le bureau un volume ayant pour titre : *Traité d'histologie pathologique*, de M. Ed. Rindfleisch, traduit par M. le docteur Frédéric Gross.

RAPPORTS

M. PIDOUX lit un rapport, sans conclusion, sur un mode d'administration des poudres médicamenteuses imaginé par M. Limousin.

L'Académie passe à l'ordre du jour.

Reprise de la discussion sur le typhus.

M. BRIQUET rappelle qu'ayant été élève en médecine en 1812 et 1813, et s'étant trouvé sur le trajet des armées, puis s'étant trouvé, en 1814, interne à l'hôpital de Reims et y ayant été atteint du typhus, il croit connaître assez bien cette affection pour pouvoir en entretenir l'Académie. Il commence par déclarer qu'il est complétement de l'avis de M. Chauffard au sujet de ce qui s'est passé à Paris en 1870. Il n'y a eu là évidemment rien de commun avec ce qui s'est passé en 1814.

Jusqu'en 1824, le mot typhus rappelait l'idée d'un fléau, d'un désastre. Depuis l'invasion en France des idées allemandes, ce mot a été appliqué à tout, à des maladies ne présentant aucun danger et n'offrant même pas le caractère de stupeur (τυφος, *stupeur*).

Après avoir passé en revue les opinions des différents auteurs sur le typhus, depuis Hippocrate, et la façon dont tour à tour le mot typhus fut adopté par les uns, repoussé par les autres, appliqué par ceux-ci à telle ou telle affection, par ceux-là à telle ou telle autre, M. Briquet arrive à l'époque où les Allemands s'emparèrent de cette question, et fait remarquer qu'eux rangeaient alors sous la même dénomination la fièvre typhoïde sporadique, la fièvre typhoïde épidémique, le typhus fever des Anglais et le typhus abortif. Puis sentant le besoin d'établir une dichotomie, on distingua le typhus de la fièvre typhoïde.

M. Briquet s'applique à démontrer l'inexactitude des expressions typhus abdominal, typhus exanthématique, etc.

Que veut dire typhus abdominal ? Cela veut-il dire que les lésions commencent à se manifester dans le ventre ? Or, on sait bien que c'est par le cerveau que débute toujours l'affection. Le terme de typhus abdominal est donc un terme impropre.

M. Briquet cherche à démontrer ensuite l'inutilité de l'épithète exanthématique ajoutée au mot typhus et employée par MM. Bouchardat et Chauffard. Dans le typhus, il y a toujours plusieurs exanthèmes; on y trouve des taches lenticulaires, des pétéchies et des marbrures.

Quant à l'expression de typhus abortif, elle est on ne peut plus mauvaise. Veut-on dire par là que le typhus fait avorter ? Il faudrait lui substituer celle de typhus avorté.

Ici, M. Briquet, entrant dans l'examen comparatif des symptômes du typhus et de la fièvre typhoïde, conclut à leur identité. Il avait déjà remarqué, en 1814, que les symptômes du typhus ne présentaient rien de particulier, et que c'étaient ceux de toutes les fièvres graves. Enfin, il rappelle l'opinion des médecins de Crimée, et particulièrement celle de M. Cazalas, qui disait qu'il n'y avait aucune ligne de démarcation entre le typhus et la fièvre typhoïde.

Ainsi donc, au point de vue symptomatologique, il y aurait identité des deux affections.

Au point de vue anatomo-pathologique, il a été prouvé, dans un mémoire dû à M. Gaultier de Claubry, mémoire couronné par l'Académie, qu'on observait aussi les mêmes lésions dans l'une et l'autre maladie.

Enfin, en terminant, M. Briquet rappelle que dans le service dont il a été chargé pendant sept mois, en 1870-71, il a pu se convaincre qu'il n'y avait eu aucun cas de typhus.

Il propose donc de rejeter la dénomination de typhus pour celle de fièvre typhoïde.

(M. Briquet continuera dans la séance prochaine ce qu'il avait à dire sur ce sujet.)

M. FAUVEL ne croit nullement à l'identité des deux maladies; il reviendra d'ailleurs sur ce sujet; pour le moment, il veut relever une erreur commise par M. Briquet : l'opinion qu'il attribue aux médecins militaires de l'armée de Crimée, savoir que la fièvre

typhoïde et le typhus constituent une seule et même maladie, est tout à fait contraire à la vérité des faits. C'est l'opinion opposée qu'ont soutenue ces médecins, sauf M. Cazalas, qui était le seul de son avis.

M. CHAUFFARD s'associe tout à fait à ce que vient de dire M. Fauvel. Il a vu lui-même une épidémie de typhus à Avignon, et n'hésite pas à établir une distinction très-tranchée entre le typhus et la fièvre typhoïde; l'évolution est toute différente dans les deux maladies, et M. Chauffard est parti de ces différences mêmes pour étudier l'étiologie du typhus.

Il diffère donc totalement de l'opinion émise par M. Briquet.

La séance est levée à cinq heures.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 9 avril 1873 (1). — Présidence de M. TRÉLAT.

M. PANAS termine ainsi son observation :

12 janvier. — La tumeur est complétement affaissée; on a une ulcération de la grandeur d'une pièce de deux francs au milieu de laquelle fait saillie le caillot sanguin, dur et noirâtre, dont la partie externe est recouverte par le bord interne dénudé de l'extenseur commun des orteils. En pressant tout autour, on en fait encore sortir du pus qui vient du tissu cellulaire sous-cutané environnant. On incise la peau décollée.

La partie externe de la tumeur est encore soulevée ; mais le caillot, qui est surtout à la partie interne, ne bouge plus. Ce soulèvement peut s'expliquer par la présence de la dorsale du métatarse, qui, comme nous le verrons, passe sur les bords indurés de la poche pour aller s'aboucher au fond même de cette dernière, dans la pédieuse. Mais son embouchure étant obstruée, ses battements ne peuvent que soulever la paroi correspondante de la poche.

15 janvier. — L'inflammation périphérique disparaît. La pression fait encore sortir un peu de pus par l'incision. On fait la compression directe sur la tumeur.

Soir. — Le malade a un frisson peu intense, mais qui dure environ deux heures. Pouls fréquent. Sulfate de quinine, 1 gramme.

16 janvier. — On enlève la ligature de la pédieuse (quatorze jours de durée). Le frisson ne s'est pas renouvelé.

17 janvier. — On enlève la ligature de la tibiale (quinze jours de durée). Le tendon de l'extenseur des orteils, qui était à nu, commence à bourgeonner. La tumeur a fait place à une dépression qui offre, non de l'expansion, mais du soulèvement. Le phlegmon a disparu, ainsi que toute trace de fièvre. L'état général est excellent.

29 janvier. — A partir de ce jour, tout battement cesse dans l'anévrysme. La plaie faite par la ligature de la pédieuse est complétement fermée ; celle de la tibiale est très-avancée.

30 janvier. — Les battements n'ont pas reparu. La collatérale externe, que l'on avait comprimée dès le début, bat cependant toujours. Le caillot fibrineux n'est pas adhérent aux bords de la plaie ; il ne tient que par sa base. La bandelette tendineuse qui le recouvrait en dehors a disparu. L'état général est excellent. Pansement simple.

11 février. — La tibiale et la pédieuse battent d'une manière sensible entre les ligatures et l'anévrysme ou plutôt le caillot qui le remplace. Celui-ci diminue de volume, et on voit tout autour quelques gouttes de pus. Il semble vouloir se ramollir et s'éliminer. La plaie n'offre plus que la largeur de l'ongle. Pansement simple. Apyrexie complète.

13 février. — Frissons; pouls fréquent; peau chaude; langue saburrale. Pas de changement dans la plaie; rien dans les ganglions de l'aine.

14 février. — Ipéca et tartre stibié : 5 centigrammes.

(1) Fin. — Voir les numéros des 10 et 17 mai 1873.

Soir. — La fièvre persiste.

15 février. — Frisson de trois quarts d'heure. Rien dans la poitrine. Rien dans l'aine. La cicatrice de la ligature supérieure s'est déchirée; le caillot est de plus en plus mobile. Sulfate de quinine : 2 grammes.

16 février. — Frisson. Sulfate de quinine.

17 février. — 39°,6. Frissons dans la nuit. Sueurs profuses. Teinte jaune des sclérotiques. Douleur lombaire. Injection de morphine. Julep avec : sulfate de quinine, 2 grammes; extrait thébaïque, 2 centigrammes.

Soir. — 36°,4. Frisson à neuf heures du soir.

18 février. — Frisson. Douleur lombaire persistante. Surdité dépendant du sulfate de quinine. 38°,8.

Soir. — 38°,7.

19 février. — Prostration. Langue sèche, rude. Teinte jaunâtre de la face. Amaigrissement notable. Extrait mou de quinquina, 4 grammes; acétate d'ammoniaque, 4 grammes; rhum, 100 grammes.

19 février. — 39°,6.

20 février. — Crachats muqueux depuis quelques jours. Respiration difficile. Râles muqueux fins à la base. Ballonnement du ventre. Langue fendillée. Parole difficile.

Mort dans la nuit.

21 février. — *Autopsie*. Rien dans les veines du pied, ni dans la rate, les reins, le cœur, le foie. On trouve dans les poumons quatre ou cinq abcès métastatiques volumineux, qui suffisent pour démontrer que ce malade est bien mort d'infection purulente ; affection dont la période de début a coexisté avec un commencement de ramollissement du caillot.

Voici maintenant ce qu'on trouve comme lésion primitive.

Au niveau de l'articulation médio-tarsienne, on voit un caillot sanguin du volume d'une noisette, dur, encore résistant, adhérant à l'artère, qui n'est malade ni au-dessus, ni au-dessous, et qui, en ce point, présente une ulcération comprenant toute la moitié extérieure du calibre des vaisseaux sur une étendue de 0m,01 environ. Le caillot est enveloppé par un anneau formé de tissu lardacé, dur et épais, auquel adhère en dedans le nerf tibial antérieur.

Les extenseurs des deuxième et troisième orteils qui passaient en avant, sont complétement résorbés.

Les ligatures ont été faites à 0m,05 au-dessus et au-dessous ; à leur niveau. on trouve une partie blanchâtre, imperméable, de un demi-centimètre de largeur. L'espace compris entre le caillot et la ligature est perméable.

Une injection ayant été poussée par la fémorale, voici quelle est, par rapport à l'anévrysme, la disposition des artères de l'extrémité du membre :

A 0m,01 au-dessous de la ligature supérieure, on voit la malléolaire externe qui se dirige obliquement, en bas et en dehors, et s'anastomose avec la péronière antérieure. Au niveau de la malléole, elle fournit une très-petite branche anastomotique à la dorsale du tarse, puis se divise en rameaux ascendants et descendants. Elle n'est ni flexueuse, ni volumineuse.

A 0m,01 au-dessus de l'anévrysme, par conséquent sur la face antérieure de l'astragale, on voit la dorsale du tarse qui passe en avant du pédieux. Elle est volumineuse, mais rectiligne, et gagne transversalement le bord externe du pied pour s'anastomoser à plein canal avec la péronière postérieure, en passant sous les tendons des muscles péroniers latéraux. Sur son trajet, elle envoie une anastomose à la malléole externe et une seconde à la dorsale du métatarse.

Celle-ci naît de la pédieuse au niveau même de l'anévrysme, par un orifice oblitéré. Elle passe sous le pédieux et gagne le bord externe du pied tout en fournissant les interosseuses des troisième et quatrième espaces. Elle est peu volumineuse.

A 0m,01 au-dessus de la ligature inférieure, on voit une artériolle qui fournit au deuxième espace; du même côté et au niveau de l'articulation tibio-tarsienne, on voit une autre artériolle, qui gagne transversalement la malléole externe, et que j'ai vue sur les

quelques sujets que j'ai disséqués, quelle que fût la position des autres artères.

Sur la partie interne du pied, on voit, à 0m,01 au-dessus de la dorsale du tarse, la malléolaire interne qui est très-peu volumineuse; il y a aussi, un peu plus bas, une artériolle sans importance.

De cette observation, il ressort que le malade a eu, au début, un anévrysme mixte, qui s'est changé en anévrysme faux. C'est, je crois, le seul cas d'anévrysme spontané de la pédieuse qui ait été publié. En feuilletant de nombreux recueils d'observations, je n'ai pu en trouver un second. Boyer, Nélaton et les autres classiques n'en parlent pas du tout ou ne signalent que des anévrysmes faux consécutifs survenus à la suite d'une blessure ayant intéressé l'artère.

La guérison sur notre malade (je dis guérison, car l'anévrysme était radicalement guéri) a été obtenue par la ligature au-dessus et au-dessous; toutefois, ce n'est pas là le procédé que je comptais employer. Je voulais d'abord tenter la compression digitale, puis, au cas d'insuccès, l'injection au perchlorure. L'hémorrhagie qui eut lieu subitement le 2 janvier, m'a seule forcé à faire immédiatement la ligature. L'observation démontre que, dès le soir, la circulation commençait à se rétablir; elle devint même si active au bout de quelques jours, qu'on crut à un insuccès et qu'on fut sur le point de faire dans la tumeur une injection de perchlorure. Le retour si rapide et si marqué de la circulation dans la tumeur, porta notre interne, M. Rey, à disséquer plusieurs pieds, afin de savoir quelles étaient les artères comprises entre les ligatures, et si, un anévrysme de la pédieuse étant donné, on pouvait raisonnablement appliquer les divers procédés de ligature. Voici les résultats de ses patientes recherches.

Mettant de côté les cas où la tibiale manque et est remplacée par la tibiale intérieure, cas où les points de repère faisant défaut, la ligature sous le ligament dorsal du tarse devient chose extrêmement difficile et hasardeuse : même, dis-je, en mettant ces cas de côté, les collatérales de la tibiale et de la pédieuse naissent à des hauteurs si variables, qu'on n'est jamais sûr de n'avoir pas compris deux, trois, quatre et même cinq artères entre la ligature et l'anévrysme. On comprendra facilement qu'alors la circulation est à peine entravée, qu'elle se reproduit avec autant de force qu'auparavant, si ce n'est plus, et que, par suite, quel que soit le succès obtenu sur l'homme qui fait le sujet de l'observation, c'est ici, je crois, un procédé à n'employer qu'en dernier ressort. En effet, sur ce malade il y avait entre les ligatures : 1° la malléolaire externe grossie par la péronière antérieure; 2° la malléolaire interne; 3° la dorsale du tarse anastomosée à plein canal avec la péronière postérieure; 4° la dorsale du métatarse et plusieurs artériolles.

Sur un second sujet, j'ai trouvé en avant de l'astragale, sur un trajet de 0m,01 1/2 à 0m,02, quatre collatérales : 1° la petite artère transversale innominée qui va à la malléole externe s'anastomosant avec la malléolaire externe; 2° cette dernière volumineuse, recevant la péronière antérieure et passant sur les tendons des péroniers pour s'anastomoser en haut et en bas avec la péronière postérieure et la plantaire externe; 3° la dorsale du tarse très-volumineuse, passant sous le pédieux et gagnant le bord externe du pied tout en fournissant aux troisième et quatrième espaces interosseux; 4° la malléolaire interne volumineuse.

Ainsi, voilà quatre artères sur un espace limité, rétablissant trop rapidement la circulation si on les laisse au-dessous de la ligature, et situées trop près de la tumeur pour qu'on puisse les laisser au-dessus. La dorsale du métatarse, dans ce cas, naissait à 0m,02 au-dessus de l'extrémité supérieure du premier espace interosseux.

Sur un troisième sujet, toutes ces collatérales étaient espacées. La malléolaire externe naissait à 0m,05 au-dessus de l'articulation tibio-tarsienne; la malléolaire interne au niveau même de l'articulation; la dorsale du tarse sur la face antérieure de l'astragale; la dorsale du métatarse au niveau de l'articulation cunéo-scaphoïdienne. On trouvait encore en dedans et en dehors plusieurs artérioles.

Aucun anatomiste, du reste, n'a précisé les points d'origine des artères naissants de la tibiale antérieure et de la pédieuse; car autant de sujets, autant de variétés.

Il ressort clairement des faits et des considérations qui précèdent, que dans un anévrysme de la terminaison de la tibiale antérieure et de l'origine de la pédieuse, la ligature soit au-dessus ou au-dessous, soit au-dessus et au-dessous à la fois, devra être rejetée, et cela à cause des nombreuses anastomoses qui se trouvent près de la poche anévrysmale.

Pour les mêmes raisons, la compression directe ou de voisinage, soit digitale, soit mécanique, risque de rester insuffisante, et il se peut que la compression de la fémorale à la racine de la cuisse ne soit pas plus efficace par suite des anastomoses de la fémorale profonde avec l'ischiatique.

Par voie d'élimination, on arrive donc à admettre comme seule méthode efficace des anévrysmes spontanés de cette région, l'injection coagulante, aidée d'une compression circulaire, quoique temporaire, à la base de la tumeur.

Disons, en terminant, un mot sur la cause de la mort, qui fut ici la pyhémie, survenue alors que l'anévrysme était guéri et qu'il ne restait plus qu'une plaie insignifiante pas plus large que l'ongle de l'indicateur.

Il est à noter que le système veineux et lymphatique des membres n'a offert aucune lésion, pas plus que les artères. A peine si la plaie sécrétait encore quelques gouttes de pus, et tout nous porte à admettre que la cause prochaine de l'intoxication a dû être l'absorption dans le torrent circulatoire d'un liquide septique, provenant de la décomposition à l'air libre du caillot anévrysmal, qui subsistait encore gros comme une noisette.

Cette mort nous rappelle les expériences de M. Davaine sur les animaux, et nous porte à vous demander si la pyhémie n'est pas dans beaucoup de cas le produit de l'absorption d'un sang décomposé et devenu éminemment toxique.

M. LANNELONGUE rapproche du fait de M. Panas un cas d'anévrysme de la paume de la main, dans lequel il obtint la guérison par la ligature des deux bouts au-dessus et au-dessous de la poche. Il pense donc que la méthode ancienne convient particulièrement à ces sortes d'anévrysme du pied et de la main.

La séance est levée à cinq heures et demie.

Le secrétaire : TILLAUX.

CORRESPONDANCE

A M. le Dr Le Sourd, directeur de la Gazette des Hôpitaux.

Angers, 16 mai 1873.

Monsieur et très-honoré confrère,

Dans votre *Gazette* du 13 courant j'ai lu, avec un grand intérêt, la description du nouvel aspirateur de M. Gallard.

Mon attention a été particulièrement attirée sur le trocart modifié de cet appareil; trocart construit, du reste, comme on l'a dit, d'après le même principe que le trocart de M. Potain.

Je prends la liberté, monsieur le directeur, de vous communiquer une note sur ce point.

Un des plus graves reproches qu'on puisse faire à l'appareil de M. Dieulafoy, c'est qu'il expose à la blessure du poumon. La première fois que j'eus à pratiquer la thoracentèse au moyen de l'appareil Dieulafoy, c'était en 1870, ce danger de blessure du poumon me frappa l'esprit; et vers la fin de l'opération, le poumon vint, en effet, s'embrocher, à plusieurs reprises, à l'aiguille de l'aspirateur; d'où complication très-sérieuse de fistule pulmonaire.

Je pensai alors immédiatement à la modification dont je veux vous parler.

L'aiguille tubulée, pénétrant d'abord sous la peau, puis, une fois

l'instrument armé, introduite dans la cavité pleurale, va sûrement, sans hésitation possible, rencontrer l'épanchement s'il existe. Mais elle expose à la blessure du poumon. Le trocart capillaire permet d'échapper à cet accident, mais il expose à l'introduction de l'air, et, alors même qu'il est modifié comme l'ont fait MM. Potain et Gallard, il marche pour ainsi dire à l'aveugle, doit être parfois réintroduit à plusieurs reprises, et dans certains cas même n'atteint pas le but.

Je citerai pour exemple, une opération de M. Béhier, publiée dans la *Gazette* du 12 novembre 1872.

Le trocart, introduit dans la poitrine trois fois de suite, n'atteignit pas la couche liquide, dans laquelle pénétra si facilement l'aiguille tubulée.

Il faut donc un instrument qui réunisse les avantages de l'aiguille tubulée et du trocart, sans présenter leurs inconvénients, et voici, tout simplement comment je l'ai fait construire :

Je fais fabriquer une aiguille tubulée d'un calibre déterminé. *On adapte* à cette aiguille, *exactement comme au dard d'un trocart*, une canule. L'aiguille est reliée à l'aspirateur, comme d'ordinaire, par le tube flexible en caoutchouc. J'introduis l'aiguille, dont la pointe fait au dehors de la canule la saillie de la pointe du trocart, dans la cavité de la plèvre.

L'aspirateur étant armé, aussitôt que l'aiguille arrive à l'épanchement, le liquide afflue dans le corps de pompe. Alors, fixant d'une main la canule, j'attire en dehors, de $0^m,02$ au plus, l'aiguille. De cette façon, la pointe est rentrée dans la canule et ne peut plus blesser le poumon.

La manœuvre est des plus faciles. Le vide est toujours parfait.

Cette modification, excessivement simple, n'a été, que je sache, exposée par personne. Si vous la jugez digne d'être publiée, monsieur le directeur, vous me ferez un grand honneur dont je vous suis d'avance reconnaissant.

Veuillez agréer, etc.

Arist. TESSON,
Professeur suppléant d'anatomie et chirurgien adjoint des hôpitaux d'Angers.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Par arrêté du 9 mai, M. le docteur Caulet, ancien inspecteur des eaux de Forges, vient d'être nommé médecin-inspecteur des eaux de Saint-Sauveur.

— *Muséum d'histoire naturelle.*—M Becquerel, professeur de physique appliquée, est autorisé à se faire suppléer, pour tout ou partie de son cours, pendant le deuxième semestre de l'année scolaire 1872-1873, par M. Edmond Becquerel, aide-naturaliste, membre de l'Institut.

M. Daubrée, professeur de géologie, est autorisé à se faire suppléer, pour tout ou partie de son cours, pendant le deuxième semestre de l'année scolaire 1872-1873, par M. Stanislas Meunier.

M. Henri Milne-Edwards, professeur de mammalogie, est autorisé à se faire suppléer, pour tout ou partie de son cours, pendant le second semestre de l'année scolaire 1872-1873, par M. Alphonse Milne-Edwards, aide-naturaliste.

M. Poisson, préparateur chargé des fonctions d'aide-naturaliste au Muséum, est attaché, en qualité de répétiteur, au laboratoire de botanique pratique dépendant de l'École des hautes études (3e section), dirigé par M. Brongniart.

— *École de médecine d'Arras.* — M. Ségard est nommé suppléant pour les chaires de pharmacie.

— *École de médecine de Dijon.* — M. Misset est nommé suppléant pour les chaires de médecine, en remplacement de M. Buzenet, décédé.

— *École de médecine de Grenoble.* — M. Allard, suppléant pour les chaires de clinique, est nommé professeur d'anatomie en remplacement de M. Calvet, admis à faire valoir ses droits à la retraite.

— *École de médecine de Lille.* — L'enseignement est réorganisé ainsi qu'il suit : 1° Anatomie descriptive; — 2° Physiologie; — 3° Pathologie externe et médecine opératoire; — 4° Clinique externe; — 5° Pathologie interne; — 6° Clinique interne; — 7° Accouchements, maladies des femmes et des enfants; — 8° Thérapeutique; — 9° Chimie et toxicologie; — 10° Pharmacie et matière médicale; — 11° Histoire naturelle médicale; — 12° Hygiène et médecine légale.

— *École de médecine de Rouen.* — Sont nommés : professeur d'accouchement, maladies des femmes et des enfants, M. le docteur Thierry, professeur d'anatomie et de physiologie, en remplacement de M. Hélot père, décédé; — professeur d'anatomie et physiologie, M. Pennetier, suppléant, en remplacement de M. Thierry; M. Tinel, professeur adjoint d'anatomie et de physiologie, est chargé spécialement de l'enseignement de l'anatomie.

— *École de pharmacie de Paris.* — M. Boiraux est chargé de la préparation des travaux pratiques de première année en remplacement de M. Patouillard, qui est spécialement chargé des fonctions de préparateur du cours de pharmacie.

— *Hôpitaux de Paris.* — M. Hardy est nommé préparateur de chimie au laboratoire de l'Hôtel-Dieu (emploi nouveau).

— *Les doctoresses de la Faculté de médecine de Paris.* — Lundi dernier, 19 mai, Mlle Catherine Gontcharoff a subi avec autant de modestie que de succès son premier examen de doctorat.

Mlle Gontcharoff est l'un des étudiants les plus zélés et les plus instruits; elle a obtenu à son examen la mention : *bien satisfait.*

— Des bureaux de poste temporaires de plein exercice sont établis, chaque année, pendant la saison thermale, dans les localités ci-après désignées :

Arromanches (Calvados), du 1er juillet au 30 septembre; — *Lion-sur-Mer* (Calvados), du 1er juillet au 30 septembre; — *Lamalou-le-Centre,* section de la commune de Villecelle (Hérault), du 1er juin au 30 septembre; — *La Bourboule,* section de la commune de Murat-le-Quaire (Puy-de-Dôme), du 15 juin au 15 septembre; — *Baréges-Luz,* section de la commune de Betpouey (Hautes-Pyrénées), du 16 mai au 15 octobre; — *Saint-Sauveur-les-Bains,* section de la commune de Luz-Saint-Sauveur (Hautes-Pyrénées), du 1er juin au 30 septembre.

Le public peut se faire adresser dans ces bureaux des lettres poste restante, y recevoir et y déposer, indépendamment des lettres ordinaires, journaux, imprimés et échantillons, des valeurs déclarées, des lettres ou autres objets recommandés et des articles d'argent.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Étude sur les eaux de l'île de Ré, considérées au point de vue physique, chimique, micrographique et hygiénique, par le docteur L. GAULTIER. Paris. In-8° de 27 pages. — Prix : 1 fr. 25. — J. Savy.

Des diarrhées chroniques et de leur traitement par les eaux de Plombières, par le docteur BOTTENTUIT, ancien interne des hôpitaux de Paris, chevalier de la Légion d'honneur, etc. — Prix : 2 francs. — Paris, Delahaye.

De la curation et de quelques-unes des maladies les plus fréquentes ou les plus graves de l'espèce humaine au moyen de l'acide phénique, par le docteur DÉCLAT. 1 vol. in-12. — Prix : 2 francs. — Paris, Adrien Delahaye.

Le Directeur : Dr E. LE SOURD.

Paris. —Typographie A. POUGIN, quai Voltaire, 13.

N° 60. — MARDI 27 MAI 1873. 46e ANNÉE. MARDI 27 MAI 1873. — N° 60.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Bureaux : 57, rue des Saints-Pères, 57
PRÈS L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix d'abonnement
doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

On s'abonne hors de Paris
dans les bureaux des Messageries et chez les Libraires
Les lettres non affranchies sont refusées.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui n'en peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS : Trois mois. . 8 fr. 50 c. — Six mois. . . 16 — — Un an. . . . 30 —

POUR L'ÉTRANGER le port en sus suivant les derniers tarifs des Postes.

Paris, le 26 mai 1873.

SÉANCE DE L'ACADÉMIE DES SCIENCES

Et de dix! M. P. Bert envoie une dixième note toujours intitulée : *Recherches expérimentales sur l'influence que les modifications dans la pression barométrique exercent sur les phénomènes de la vie.* Nous avions remarqué déjà, à propos de la huitième note, que les expériences de M. Bert ne répondent pas toujours au titre de ses recherches. Plus que jamais cette critique est juste, comme on le verra bientôt. Prétendant étudier ici les phénomènes toxiques qui résultent de l'empoisonnement par l'acide carbonique qu'a produit l'animal lui-même, ainsi que les doses variables de ce poison, M. Bert emploie pour empoisonner ses animaux, non *l'air comprimé*, mais de *l'air suroxygéné*, qu'il leur fait respirer dans un sac de caoutchouc. Il est vrai que M. Bert a trouvé que les résultats toxiques sont les mêmes, soit qu'on soumette l'animal à la pression d'un certain nombre d'atmosphères, soit qu'on lui fasse respirer une atmosphère oxygénée. Mais, raison de plus pour ne pas mettre en vedette, dans le titre, la *pression barométrique;* elle n'est qu'un simple procédé dont on se passe facilement, et nullement l'objet fondamental des recherches exécutées. Ici l'objet fondamental est l'étude de l'action toxique de l'acide carbonique.

Quoi qu'il en soit, voici les faits :

M. Bert force un animal, un chien à respirer dans un sac de caoutchouc contenant environ cinquante litres d'air oxygéné. La mort survient en quatre ou cinq heures, et l'on voit alors que l'air du sac contient de 35 à 45 pour 100 d'acide carbonique.

Les phénomènes présentés par l'animal sont les suivants :

« 1° Le sang artériel demeure très-riche en oxygène jusqu'à la mort; à ce moment il en contient encore de dix à douze volumes pour cent volumes de sang. L'acide carbonique augmente, mais de moins en moins rapidement; quelques instants avant la cessation des mouvements respiratoires, il arrive à la proportion énorme de cent dix à cent vingt volumes, limite voisine de la saturation, qui me paraît comprise entre cent trente et cent quarante volumes.

« 2° Le nombre des respirations diminue assez rapidement, sans que leur amplitude augmente en proportion ; vers la fin elles deviennent très-rares, et je les ai vues ne se présenter qu'une fois toutes les deux ou trois minutes.

« 3° Les pulsations tombent plus vite encore ; mais elles persistent pendant plusieurs minutes après que la respiration a cessé. La pression cardiaque se maintient très-élevée pendant tout le temps de l'expérience.

« 4° La température va en s'abaissant avec une rapidité extraordinaire. A la mort, le degré ambiant étant de 15 à 18°, elle n'a plus dans le rectum que 24 ou 28°.

« 5° Au moment où le sang artériel contient environ quatre-vingts volumes d'acide carbonique, l'animal devient complétement insensible, sauf à l'œil, où la sensibilité ne disparaît que vers cent volumes.

« Il demeure, du reste, parfaitement calme pendant toute la durée de l'expérience, sans présenter la moindre convulsion ; il est même difficile de reconnaître le moment de la mort.

« 6° Après la mort, les nerfs moteurs et les muscles conservent, comme à l'ordinaire, leurs propriétés.

« 7° Les tissus sont chargés d'acide carbonique. J'en ai la preuve en laissant séjourner pendant vingt-quatre heures, dans une solution de potasse, un certain poids de muscles, par exemple, puis en faisant, par la pompe à mercure, en présence d'acide sulfurique, l'extraction de l'acide carbonique contenu dans ce liquide et aussi dans la solution type. Je trouve ainsi que les muscles, qui d'ordinaire ne contiennent que quinze à vingt volumes de ce gaz, en contiennent jusqu'à soixante, et j'en ai vu jusqu'à cent dans l'urine. »

Nous ne voyons pas à quels résultats scientifiques peuvent conduire des expériences pratiquées dans des conditions aussi éloignées des conditions normales de la vie. M. Bert joue facilement avec un procédé très-précieux (le procédé du dosage du gaz du sang) que nous devons à l'ingéniosité remarquable de M. Cl. Bernard ; mais y a-t-il dans ses expériences autre chose qu'un jeu habile ? Nous ne le pensons pas.

Quant aux résultats pratiques, ils ne seront pas, je l'espère, du goût des praticiens. M. Bert voit, dans l'insensibilité qui succède à la respiration de l'oxygène dans un vase clos, un motif suffisant pour recommander aux chirurgiens l'emploi du même moyen pour obtenir l'anesthésie chez les malades. Mais a-t-il donc oublié, M. Bert, qu'il a consacré sa huitième note à prouver que *l'oxygène est un poison plus redoutable qu'aucun autre*

connu? Quel est d'ailleurs le médecin assez osé qui, sous prétexte d'anesthésie, voudrait accumuler dans l'organisme une dose d'acide carbonique aussi forte qu'il la faut pour obtenir l'insensibilité? Et qu'importe d'ailleurs que le cœur soit l'*ultimum moriens* dans l'empoisonnement par l'acide carbonique si la vie intime des tissus périphériques est déjà anéantie. Est-ce que le cœur a une puissance de vie sur eux? Oui, quand ils ne sont pas morts.

Mais, puisqu'il ne s'agit, pour obtenir l'insensibilité, que de sursaturer l'organisme d'acide carbonique en maintenant la dose normale d'oxygène, que ne propose-t-on aux chirurgiens le fourneau classique de Jenny l'ouvrière? Ce serait beaucoup plus simple. Il est vrai, qu'après l'opération, il faudrait traiter l'asphyxie; mais c'est si peu de chose!

HOPITAL DE LA CHARITÉ. — M. Gosselin.

Leçon clinique sur les formes insolites de l'orchite (1).

V. *Inflammation blennorrhagique d'un vas aberrans. — Tuberculisation sur un autre sujet.* — 1° Vous avez vu pendant quelques jours au n° 13 *bis* de la salle Sainte-Catherine un garçon de dix-neuf ans qui, dans le cours de la troisième semaine d'une blennorrhagie, avait senti venir au côté gauche du scrotum un petit gonflement douloureux qu'il ne s'était pas connu jusque-là. Ce gonflement était au côté externe du corps de l'épididyme. Il en partait sous forme d'un cordon assez dur et étroit, se dirigeait de bas en haut dans l'étendue de 0m, 12 à 0m, 15, et se terminait en haut par un petit renflement très-douloureux à la pression. Le testicule n'était pas semblable; mais le malade nous disait qu'il en avait souffert un peu les premiers jours, sans qu'il fût venu aucun gonflement.

Cette petite tumeur avait un aspect fort insolite. A cause de sa sensibilité à la pression et pendant les mouvements, elle pouvait être considérée comme phlegmoneuse; mais le phlegmon ne prend pas cette forme allongée et cette dureté; il ne reste pas aussi circonscrit. La dureté pouvait faire penser encore à l'une de ces callosités que l'on voit se former le long de l'urèthre et qui appartiennent à la première phase des phlegmons chroniques péri-uréthraux; mais vous m'avez vu chercher avec grand soin si la petite tumeur allait du côté de l'urèthre et se confondait avec lui comme le font les phlegmons dont je parle. Il n'en était rien. Le mal était trop récent pour qu'on pût songer à un fibrome ou à un carcinome. Je pensai donc à un fait analogue que j'ai observé en 1866 à l'hôpital de la Pitié, et dans lequel j'en étais venu à admettre l'existence d'une inflammation blennorrhagique d'un de ces canaux diverticulaires de l'épididyme que Haller a décrits sous le nom de *vasa aberrantia testis*. Ces canaux ne sont pas constants. J'en ai trouvé six fois sur une soixantaine de testicules sur lesquels j'ai injecté l'épididyme avec le mercure ou avec l'essence de térébenthine colorée, à l'époque où je concourais pour la place de chef des travaux anatomiques (1846); quelquefois il y en a deux sur le même testicule; le plus souvent il n'y en a qu'un. La marche ultérieure de la maladie, chez ce sujet de l'hôpital de la Pitié, m'avait confirmé dans cette opinion. Car, au bout de quelques jours, et sans traitement autre que celui de la blennorrhagie par le copahu et le cubèbe, la guérison par résolution avait eu lieu.

J'ai donc pensé qu'il s'agissait encore, chez notre malade actuel d'une inflammation blennorrhagique localisée dans un *vas aberrans* (aberrantite), et m'appuyant sur cette circonstance que je vous ai souvent exposée, savoir que les inflammations blennorrhagiques de l'épididyme et du testicule ne suppurent presque jamais, j'ai ajouté que nous verrions sans doute cette tuméfaction guérir par résolution, et que s'il en était ainsi, ce serait une confirmation de mon opinion sur son siége et sa nature.

Il est étrange sans doute qu'une inflammation partie des profondeurs de l'urèthre aille se manifester si loin de son point de départ. Je suis de ceux qui attribuent l'orchite blennorrhagique, non pas à une sympathie, mais à une propagation de la phlegmasie, de proche en proche, depuis la surface interne des canaux éjaculateur et déférent jusqu'à celle du canal épididymaire. S'il en est ainsi, pourquoi donc la phlegmasie, au lieu de se localiser dans l'épididyme, l'a-t-elle franchi pour aller se loger dans un petit appendice ou diverticule de ce canal? C'est là ce qui est tout à fait insolite et ce que je ne puis m'expliquer. L'épididyme a certainement été un peu malade. L'inflammation y a passé, puisque le jeune homme y a éprouvé quelques douleurs au début. Mais elle ne s'y est pas localisée par la même raison que, chez certains sujets, elle se localise dans le canal déférent, et ne va pas au delà, et que chez d'autres, elle se localise dans la tête ou dans la queue de l'épididyme, sans que les autres parties de l'organe soient envahies. Ces bizarreries-là sont de celles que nous constatons, mais que nous n'expliquons pas.

Quoi qu'il en soit, j'ai prescrit à ce malade une bouteille d'eau de Sedlitz, le repos, les cataplasmes, et, deux jours après son entrée, l'opiat de copahu et cubèbe à la dose de 3 à 4 grammes de chaque par jour. Aujourd'hui 11 septembre 1873, après douze jours de séjour à l'hôpital, la petite tuméfaction a disparu, et cette terminaison prompte par résolution m'autorise à affirmer davantage le diagnostic établi lors de l'entrée du malade.

Laissez-moi, à propos de ce fait, vous en rappeler un autre dont j'ai parlé ici le 5 juillet 1870, et dans lequel il s'agissait encore d'une lésion d'un *vas aberrans*, mais d'une lésion probablement tuberculeuse.

2° Nous avions examiné, la veille, à la consultation, un malade de trente-cinq ans que j'aurais voulu faire entrer dans nos salles afin de vous permettre de l'observer, mais qui s'y était refusé. Après avoir été bien portant jusque-là, il avait ressenti quelques douleurs du côté droit du scrotum, depuis environ un mois. Ces douleurs n'avaient pas été assez violentes pour l'obliger à interrompre ses travaux; du reste elles n'étaient pas constantes; le plus souvent il n'y avait qu'une sensation de gêne et de pesanteur dans les bourses.

En examinant son scrotum, nous n'y trouvâmes ni hydrocèle, ni hernie, ni varicocèle, en un mot aucune des maladies les plus fréquentes de cette région. Le testicule était sain, non douloureux à la pression; mais en dedans de lui nous avons senti un noyau gros comme la moitié d'une amande, dur, aplati, paraissant situé immédiatement sous la peau, et indépendant de l'épididyme. De ce noyau partait un prolongement qui se dirigeait en haut sous forme d'un cordon dur, jusqu'à deux travers de doigt au-dessous de l'anneau inguinal. La consistance et le volume du cordon faisaient croire tout d'abord qu'il s'agissait du canal déférent, mais on abandonnait bientôt cette idée, car on le sentait s'arrêter avant qu'il n'eût atteint l'anneau, et à moins

(1) Suite. — Voir les numéros des 13, 15 et 20 mai 1873.

d'avoir sous les yeux une anomalie très-rare du genre de celle que j'ai observée en 1847, et qui consistait en une interruption du canal déférent dans une étendue de plus de 0m,10 (1), il fallait chercher une autre explication.

Du reste, en poursuivant l'examen, on était bien vite convaincu qu'il ne s'agissait pas d'une anomalie semblable, car on trouvait tout à côté de ce cordon insolite un autre cordon qui pénétrait dans le canal inguinal et ne pouvait être que le vrai conduit déférent. Qu'était-ce donc que cette petite affection ?

En ne s'en rapportant qu'à ses caractères physiques, on pensait tout de suite à l'enchondrome, au fibrome ou au squirrhe ; mais ces productions ne se présentent pas ainsi, sous forme de cordons allongés de 0m,03 ou 0m04 de longueur, et puis elles n'envahissent pas d'habitude le tissu cellulaire sous-cutané du scrotum. Si la petite tumeur n'avait pas été aussi dure et avait présenté un peu de fluctuation, l'on aurait pu songer à un kyste; mais les kystes de cette région sont une dépendance du testicule, ils sont péri-testiculaires ; or la tumeur qui nous occupe n'avait aucune apparence de connexion avec le testicule.

(A suivre.)

ÉTUDE SUR LES SELS ARSENICO-FERRIQUES DE LA DOMINIQUE (2)

Par M. le docteur M. Durand.

VII

Parmi les sels que contiennent les dragées de la Dominique, les plus actifs, ceux qui jouent le principal rôle, en raison même de la notoriété de leurs propriétés thérapeutiques, sont le fer et l'arsenic, soit l'arséniate de sesquioxyde de fer et le fer en excès.

L'arséniate de fer, que l'on rencontre tout formé dans l'eau de la Dominique, s'obtient chimiquement par double décomposition de l'arséniate de soude et du sulfate de peroxyde de fer.

De tous les composés arsenico-ferriques, c'est celui que les organes digestifs supportent le mieux, celui dont l'assimilation est la plus complète, ainsi que le fait a été démontré par le docteur Duchesne-Duparc (3); mais ce n'est point là son seul mérite.

En effet, en 1849, M. Lassaigne, dans un mémoire adressé à l'Académie de médecine dont il était un des membres correspondants les plus distingués, après avoir étudié l'action qu'exercent sur l'organisme les dépôts arsenicaux des eaux minérales, en arrivait, après de nombreuses recherches, à cette importante conclusion :

« *A l'état d'arséniate de fer, les propriétés vénéneuses de l'arsenic sont, par suite de cette combinaison, entièrement annihilées* (4).

L'opinion émise par M. Lassaigne l'avait été avant lui, mais elle n'avait pas été démontrée. Ainsi s'explique, comme nous l'avons déjà fait pressentir, l'innocuité du sel dérivé de la Dominique.

On sait, du reste, que le meilleur contre-poison que l'on puisse employer contre l'acide arsénieux est le peroxyde de fer hydraté (1).

VIII

Les applications thérapeutiques du sel ferro-arsenical de la Dominique sont nombreuses, mais il faut se garder de les exagérer ; aussi laissons-nous de côté les maladies sur lesquelles leur action est encore douteuse, et nous nous bornerons à dire quelques mots des affections contre lesquelles leur emploi a été couronné de succès ; telles sont :

1° Les fièvres intermittentes rebelles au quinquina ; 2° les névralgies ; 2° l'anémie et ses diverses formes ; 4° la phthisie pulmonaire ; 5° les affections de la peau.

FIÈVRES INTERMITTENTES

La réputation des sels arsenicaux contre les fièvres intermittentes remonte à la plus haute antiquité, et leur emploi paraît même avoir été vulgaire avant de passer dans le domaine de la médecine. Toutefois, ce n'est guère qu'au commencement du dix-septième siècle, qu'un professeur d'Iéna, le docteur Slevogt, publia un travail sur les propriétés de l'arsenic, qu'il qualifie de fébrifuge par excellence, « supérieur même au quinquina, en ce qu'il fait éviter les récidives et les accidents consécutifs de l'intoxication paludéenne (2). »

A partir de cette époque, parurent en Angleterre et en Allemagne des travaux plus ou moins importants, parmi lesquels nous citerons au hasard ceux de Stork, de G. Wedel, de Harless, de Fowler, de Pearson et enfin, en Italie, celui de Brera qui eut, en 1806, un très-grand retentissement (3). En France, Fauves, André Bry, Desgranges, Niel, Fodéré, publièrent, tour à tour, de nombreuses observations relatant des cas de guérisons de fièvres intermittentes par les préparations arsenicales, et cependant on peut dire que, dans notre pays, on n'eut, jusqu'à Boudin, que rarement recours à ce médicament.

Le premier mémoire publié par Boudin porte la date de 1842, et, trois ans plus tard, il adressait à l'Académie de médecine la relation de trois mille cas de fièvres intermittentes traitées et guéries par l'arsenic, sans un seul cas d'insuccès et sans le moindre accident, malgré les doses élevées auxquelles cet acide avait été administré (4).

De Boudin date l'introduction sérieuse des sels arsenicaux dans la thérapeutique ; c'est par ce savant que fut réellement donnée l'impulsion. Les travaux traitant de cette question et parus depuis lors sont si nombreux que je ne puis mentionner que les plus importants : ceux de Masselot (5), de Maillot (6), de MM. Fuster et Girbal (7), de MM. Sistach (8), Millet, de Tours (9), Ch. Isnards (10), etc.

Tous ces auteurs arrivent à des conclusions à peu près identiques, à savoir : que l'arsenic a une propriété fébrifuge réelle

(1) *Mémoire sur l'oblitération des voies spermatiques.* (*Archimède*, 4e série, t. XIV.)
(2) Suite. — Voir le numéro du 15 avril.
(3) L'arséniate de fer dans le traitement des dartres... (*Bulletin de thérapeutique*, 1854).
(4) *Notice historique* (*loco citato*), p. 12.

(1) Voir Dorvault, *Répertoire de pharmacie*, le chapitre concernant la toxicologie.
(2) Slevogt (J. A.), *Prolusio de exceptionibus sive permissione prohibitorum*. Iéna. 1700. — Du même, *Progr. de arsenico*. Iéna. 1719.
(3) *Annotazioni medico-pratiche*, 2e éd., Crema. T. I, p. 228.
(4) *Traité des fièvres intermittentes et contagieuses des contrées paludéennes, suivi de Recherches sur l'emploi des préparations arsenicales*, Paris, 1842.
(5) Des fièvres intermittentes et de leur traitement, *Arch. médicales*, t. XI.
(6) *Traité des fièvres intermittentes*, 1836.
(7) *Comptes rendus de l'Academie des sciences*, 1852.
(8) *Gazette médicale*, 1861, p. 57.
(9) *De l'emploi thérapeutique des préparations arsenicales*, Paris, 1865.
(10) *De l'arsenic dans la pathologie...* Paris, 1865.

dans les fièvres intermittentes par intoxication paludéenne profonde, que cette médication ne présente aucun danger et que les récidives ne sont ni moins promptes ni moins fréquentes qu'après la préparation quinique.

Nous ne voulons pas aller jusqu'à dire que les *sels de la Dominique* doivent remplacer les sels de quinine dans le traitement des fièvres d'accès ; non, le quinquina doit être employé avant tout autre médicament, mais le sulfate de quinine ne réussit pas dans tous les cas, et quand il guérit, il laisse après lui des engorgements du foie, de la rate et une cachexie générale parfois très-grave.

REVUE DE LA PRESSE

Névrite et névralgies cardiaques. — M. Peter résume, dans le tableau suivant, les différences qui séparent la névrite de la névralgie cardiaque.

ANGINE DE POITRINE NÉVRITIQUE.	ANGINE DE POITRINE NÉVRALGIQUE.
1° Maladie survenant surtout dans la vieillesse et dans la vieillesse anticipée (alcoolisme, tabagisme chronique, etc.), dans les diathèses accompagnées de l'usure précoce des épithéliums (goutte, rhumatisme, scrofule).	1° Maladie de la jeunesse, pouvant survenir chez les hystériques, les névropathiques, les hypochondriaques, à la suite d'abus de tabac (tabagisme aigu).
2° Altérations de l'aorte (aortite, athéromes artériels, dilatation, anévrysme de l'aorte) donnant lieu à l'inflammation du péricarde péri-aortique, des nerfs du plexus cardiaque (*névrite cardiaque*).	2° Pas d'altérations aortiques (*névralgie cardiaque*).
3° Le plus souvent, par suite de la propagation de la phlegmasie du plexus cardiaque aux nerfs diaphragmatiques, symptômes communs de névrite cardiaque et phrénique.	3° Retentissement rare du côté du nerf phrénique et absence de douleurs aux insertions diaphragmatiques.
4° Douleurs sourdes et continues dans les nerfs atteints pendant l'intervalle des attaques.	4° Absence de douleurs dans l'intervalle des attaques.
5° Affection grave se terminant le plus souvent par la mort.	5° Affection ordinairement de peu de gravité, se terminant par la guérison.
6° Traitement de l'*inflammation* par les émissions sanguines et les révulsifs locaux.	6° Traitement de la *névrose* par les injections sous-cutanées de morphine, les antispasmodiques, les stimulants diffusibles.

(*Union méd.*)

Méningite cérébro-spinale épidémique. — M. A. Laveran publie une intéressante étude sur la nature de cette affection. Il la résume en disant que la méningite cérébro-spinale est une forme anomale de la scarlatine, comme le catarrhe suffocant est une forme larvée de la rougeole. — (*Gaz. hebd.*)

Cas de blennorrhagie suivie de mort. — Le fait rapporté par M. Jubiot et recueilli dans le service de M. Villeneuve, à l'hôpital de la Conception, de Marseille, est aussi intéressant par sa rareté que par sa précision.

Il s'agit d'un homme de vingt-trois ans atteint de blennorrhagie des plus intenses. Au bout de dix jours d'un traitement approprié, il succombe, et les causes de cette fin inattendue sont révélées par l'autopsie suivante :

Le canal de l'urèthre était intact; mais les corps caverneux étant mis à nu, on en constate l'inflammation. Il y a eu en outre phlébite des plexus prostatiques, abcès métastatiques au foie et au poumon gauche; collection purulente dans les muscles du bras droit et dans l'articulation du coude du même côté.

La mort a donc été le résultat de pyohémie symptomatique d'une inflammation violente du canal de l'urèthre. (*Gaz. hebd.*)

Cancer du nez. — Rhinoplastie. — Les observations publiées trop tôt ont souvent de graves inconvénients, c'est ce qui a déterminé M. le docteur Mignot à attendre près de vingt ans pour signaler une opération qu'il pratiqua en 1856. Il s'agissait d'une femme, âgée de cinquante ans, atteinte d'un cancer au nez. M. Mignot pratiqua la rhinoplastie. La malade guérit; mais, au bout de neuf ans, le cancer récidiva, le nez fut détruit, et la malade s'éteignit épuisée, en 1867.

L'auteur de cette observation insiste sur la nécessité de maintenir le rapport du pédicule avec son lien d'origine et de faire adhérer le lambeau détaché d'une partie saine, exempte de toute infection cancéreuse, avec les parties du nez qui recouvrent la surface saignante. La circulation du nouvel organe provient alors plutôt du front que des sinus qui avoisinent l'ulcération cancéreuse ; et la récidive est retardée, sinon empêchée. — (*Gaz. hebd.*)

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 23 mai 1873. — Présidence de M. LAILLER.

COMMUNICATIONS

Hémorrhagie enkystée de l'hémisphère cérébral droit. — M. BALL met sous les yeux de la Société les pièces anatomiques d'une malade qu'il a eu l'occasion d'observer à l'Hôtel-Dieu pendant qu'il y remplaçait M. Tardieu.

Il s'agit d'une jeune femme de vingt-six ans qui entra à l'hôpital au mois de mai de l'année dernière pour une céphalalgie des plus intenses qui, depuis six mois, la mettait dans l'impossibilité de rien faire. Elle ne présentait d'ailleurs aucun signe de syphilis; cette céphalalgie, localisée dans tout le côté droit de la tête, présentait ceci de particulier qu'elle se reproduisait par accès tous les trois jours, à la manière d'une fièvre quarte. Cette malade fut soumise à toutes sortes de traitements, qui n'apportèrent aucune amélioration dans son état. M. Ball, à l'époque où apparaissaient ces douleurs si vives, se contentait de l'anesthésier par le chloroforme. Bientôt à ces horribles douleurs de tête vinrent se joindre quelques accidents de l'appareil digestif, mais jamais elle ne fut atteinte d'aucun trouble de la parole.

Cette malade présenta pendant fort longtemps les mêmes phénomènes. Trois semaines avant sa mort, elle fut prise d'attaques épileptiformes; elle devint hémiplégique du côté gauche. Elle mourut avec des eschares au sacrum.

A l'autopsie, une fois la dure-mère enlevée, on put constater une grande différence dans la forme des deux hémisphères; la lésion occupait l'hémisphère droit, dont le lobe moyen était rejeté en arrière par une tumeur du volume d'un gros œuf de poule; au niveau de cette tumeur, la surface cérébrale était aplatie, tendue, fluctuante ; la forme et le volume de cette tumeur variaient suivant les positions que l'on imprimait à la masse cérébrale. L'aspect seul de cette surface faisait immédiatement penser à une tumeur liquide. La mensuration donnait les chiffres suivants : $0^m,14$ de longueur du côté de la tumeur, tandis qu'il y en avait neuf du côté sain. Enfin, on remarquait en même temps une atrophie relative de la partie postérieure du lobe sphénoïdal.

A la coupe, on trouva une poche sphéroïdale, renfermant du liquide et une masse charnue, criant sous le scalpel, d'une couleur rouge marron, du volume d'un noyau de pêche et comme entourée d'un feutrage irrégulier. On pouvait évaluer à 15 grammes environ la quantité de liquide contenue dans la poche.

Le microscope montre dans le liquide des cristaux et blocs d'hématoïdine et une certaine quantité de globules rouges peu altérés. Quant au noyau dur, il se compose d'hématoïdine dont les blocs sont emprisonnés dans un feutrage fibrineux. Les circonvolutions cérébrales étaient imbibées d'une couleur jaune serin.

En même temps existait une altération commençante de la moelle; son volume était moins considérable; ses enveloppes étaient devenues comme un vêtement trop large pour elles. A la coupe, au lieu de faire hernie, elle restait enfermée dans son canal. Toutefois la substance blanche se détachait très-nettement de la substance grise.

Anatomiquement, il s'agissait donc là d'un ancien foyer hémorrhagique; mais ce que cette observation présente de plus singulier, fait remarquer M. Ball, c'est son évolution clinique : l'hémiplégie, les convulsions épileptiformes apparaissant aussi tard, ce symptôme qui n'est pas habituel dans l'hémorrhagie cérébrale et qui s'est présenté ici avec une intensité térébrante, savoir cette céphalalgie si intense.

M. Ball n'a pas d'explications à donner au sujet des intermittences si singulières que présentait cette céphalalgie.

On a dit que les lésions épileptiformes avaient ordinairement pour siége les parties postérieures de l'encéphale; ici, elles occupaient la partie moyenne.

Enfin M. Ball rappelle l'opinion de M. Brown-Séquard, qui paraît disposé à considérer le cerveau comme un organe double, dont chaque moitié aurait des fonctions particulières; c'est ainsi que l'hémisphère gauche serait le siége des lésions intellectuelles, des troubles de la parole, tandis que l'hémisphère droit serait le point de départ des troubles des fonctions végétatives, se traduisant par de la gangrène, des eschares, etc.

L'observation dont M. Ball vient de donner le résumé à la Société répond de tous points à ces données, puisque la malade qui en fait l'objet était atteinte d'une tumeur siégeant dans l'hémisphère droit et qu'elle n'a jamais présenté la moindre altération dans l'intelligence ni le moindre trouble dans la parole, et que, d'autre part, elle est morte avec des eschares au sacrum.

DISCUSSION

M. BROUARDEL fait observer que M. Ball paraît regarder l'affection dont cette malade était atteinte comme consécutive à une ancienne hémorrhagie cérébrale. Ne semble-t-il pas plutôt qu'il y ait eu une lésion préparatoire pour ainsi dire, et que l'hémorrhagie ne soit survenue qu'au moment où se sont manifestées l'hémiplégie et les convulsions? Généralement, en effet, les convulsions dans le cas d'hémorrhagie voisine des circonvolutions sont un symptôme du début.

Pour ce qui est de la céphalalgie, il résulte d'une statistique de Gintrac, qu'elle accompagne le plus ordinairement dans ces cas-là les phénomènes convulsifs.

Enfin, quant à la théorie de Brown-Séquard, que M. Ball vient de rappeler, M. Brouardel fait remarquer que jusqu'ici il n'y a pas plus de cinq cas parfaitement authentiques d'aphasies causées par des hémorrhagies cérébrales siégeant dans la troisième circonvolution du lobe antérieur gauche. C'est évidemment là un bien trop petit nombre de faits pour qu'il soit possible d'en déduire une théorie comme celle de M. Brown-Séquard.

M. Brouardel, en terminant, demande à M. Ball si, dans ce cerveau, il n'a pas trouvé d'anévrysmes miliaires.

M. BALL fait remarquer qu'il s'agit ici d'un vieux caillot évidemment de formation beaucoup trop ancienne pour qu'il puisse admettre que l'hémorrhagie n'ait eu lieu que trois semaines avant la mort. En supposant donc même qu'il se fût fait une seconde hémorrhagie à cette époque, il n'en faudrait pas moins admettre la formation très-ancienne du caillot que M. Ball met sous les yeux de la Société.

Relativement à la duplicité de l'organe encéphalique, M. Ball déclare qu'il n'a pas encore d'opinion bien arrêtée à ce sujet, mais il croit qu'il importe de recueillir avec le plus grand soin tous les faits qui peuvent venir jeter quelque lumière sur cette question, quelle que soit l'opinion en faveur de laquelle plaident ces faits. D'ailleurs M. Brown-Séquard n'a jamais localisé d'une façon bien précise les fonctions intellectuelles dans l'hémisphère gauche et les fonctions végétatives dans l'hémisphère droit; il a seulement trouvé une prédominance très-marquée des troubles de l'intelligence et de la parole coïncidant avec une lésion du côté gauche, et des troubles de la vie végétative en rapport avec le siége de l'affection dans le côté droit.

M. Ball ajoute que le fait qu'il vient de communiquer coïncide absolument avec les vues de M. Brown-Séquard.

M. LUYS serait désireux que M. Ball donnât des indications plus précises sur le siége exact de la tumeur et les rapports qu'elle affectait avec les différentes parties du cerveau, et entre autres avec la couche optique, le corps strié.

Quant aux intermittences signalées ici par M. Ball, c'est un fait qui, suivant M. Luys, n'a pas suffisamment attiré l'attention des observateurs. Sur un assez grand nombre de cas relevés par lui, il a trouvé que ces intermittences coïncidaient avec des maladies du cervelet et affectaient un type spécial, le type quarte : le fait de M. Ball paraît faire exception à cette règle, c'est pourquoi des explications complémentaires sur le siége exact de la tumeur paraissent nécessaires à M. Luys.

Le fait d'une dégénérescence quelconque de la moelle dans ce cas lui donne à réfléchir. C'est d'abord une preuve pour lui que la lésion est d'ancienne date. En outre, il est vraisemblable aux yeux de M. Luys qu'il y a eu là précédemment un néoplasme qui aurait été le point de départ de l'hémorrhagie, car on sait avec quelle facilité se produisent les hémorrhagies dans ces cas-là par suite des altérations que ces néoplasmes font subir aux vaisseaux encéphaliques.

Il arrive bien souvent qu'on prend ainsi pour des hémorrhagies primitives des hémorrhagies qui ne sont que consécutives à quelque affection de ce genre.

Enfin M. Luys se demande si, dans certains cas, les tumeurs encéphaliques, par suite de leur développement excentrique, par suite des efforts qu'elles font pour s'accroître, n'agissent pas à distance pour ainsi dire et n'influent pas, selon le sens de leur poussée, sur tel ou tel organe, telle ou telle partie éloignée.

M. BALL partage cette manière de voir et croit que, la tumeur liquide entourant ce foyer hémorrhagique, devait évidemment exercer une certaine compression, dans le sens que vient d'indiquer M. Luys, sur les ganglions cérébraux. Toutefois, il n'y avait pas de lésion directe de ces ganglions.

Il ajoute que la tumeur était essentiellement hémisphérique et se developpait surtout du côté de la surface. Il n'y avait d'ailleurs aucune lésion ni du cervelet, ni du bulbe, ni de la protubérance.

LECTURE

M. FÉRÉOL lit un travail ayant pour titre : *Des perforations pleuro-bronchiques sans pneumo-thorax*, à propos de l'expectoration albumineuse consécutive à la thoracentèse.

Dans une récente brochure, dont nous avons fait une courte analyse dans l'un de nos derniers numéros (1), M. le docteur Terrillon a réuni une vingtaine d'observations d'expectoration albumineuse consécutive à la thoracentèse.

En reprenant aujourd'hui cette question devant la Société, M. Féréol a pour but de compléter le travail de M. Terrillon qui lui a servi de point de départ.

La perforation du poumon sans pneumo-thorax, dit M. Féréol, existe en dehors de la thoracentèse; il est même très-fréquent chez les enfants, ce que M. Barthez explique par la flexibilité des côtes, qui permet à la paroi costale de s'appliquer contre le poumon sous

(1) Voy. nº 48 (26 avril 1873).

l'influence de la pression atmosphérique. Le même fait, quoique beaucoup plus rare, existe aussi chez l'adulte. M. Féréol a pu en observer un cas l'année dernière à Saint-Antoine.

Il s'agit d'un homme de quarante-six ans, alcoolique, atteint d'une pleurésie avec épanchement assez considérable du côté droit. Sur la paroi thoracique, ce malade présentait un très-riche réseau veineux formé de dilatations variqueuses, dont quelques-unes atteignaient le volume du petit doigt, qui résultaient évidemment d'une oblitération de la veine cave inférieure. Une expectoration assez abondante, 200 grammes environ d'un liquide épais, non fétide, ressemblant à de la crême de chocolat, fit penser à M. Féréol qu'il s'était fait dans le poumon de cet homme une stase sanguine déterminée par une dilatation variqueuse interne analogue à celle qu'il avait sous les yeux. Le malade étouffant, on pratiqua la thoracentèse, qui donna issue à 3,500 grammes d'un liquide purée de chocolat identique à celui de l'expectoration. Il y avait donc évidemment une fistule bronchique, par laquelle la plèvre se vidait. Il n'y avait aucun signe de pneumo-thorax, ni d'hydro-pneumo-thorax. Le malade guérit promptement sans aucun accident.

M. Féréol ne croit pas qu'on puisse contester dans ce cas la perforation pulmonaire sans pneumo-thorax.

En raison de la marche bénigne de cette pleurésie, il pense qu'il n'y a eu là qu'une dilatation variqueuse sur les parois thoraciques internes analogue à celle que l'on constatait extérieurement, et qui s'est faite sous la pression du sang, des transsudations à travers les parois vasculaires probablement altérées qui ont donné au liquide pleural sa consistance et sa coloration.

Pour expliquer ce fait, M. Féréol préfère de beaucoup l'interprétation de M. Barthez à celle de quelques auteurs qui repose sur une disposition en valvule de l'orifice pleural, valvule laissant passer le liquide dans un sens et se fermant quand l'air se présente dans la direction contraire.

Épanchement abondant, abaissement du foie, immobilisation complète ou à peu près du côté malade, côtes et diaphragme; condensation plus ou moins avancée du tissu pulmonaire, telles sont les conditions, suivant M. Féréol, dans lesquelles peut se trouver établie une fistule pleuro-bronchique sans que l'air ait été même invité à venir prendre dans la plèvre la place que le liquide laisse vacante.

Se reportant ensuite aux conditions habituelles dans lesquelles se produit l'hydro-pneumo-thorax, M. Féréol fait observer que c'est absolument le contraire qui a lieu, et, appelant pleuro-bronchique la fistule dont le point de départ est dans la plèvre et le point d'arrivée aux bronches, et broncho-pleurale celle qui a une marche inverse, il se résume ainsi : « La fistule broncho-pleurale est la seule qui, normalement, aboutit au pneumo-thorax, tandis que la fistule pleuro-bronchique, au contraire, tend normalement à s'établir sans permettre à l'air de pénétrer dans la plèvre. »

Rapprochant de ces cas ceux dans lesquels une expectoration albumineuse s'observe à la suite de la thoracentèse, M. Féréol ne voit pas pourquoi quelque chose d'analogue ne pourrait pas se produire à la suite de cette opération. Les quintes de toux qui lui succèdent suffiraient, suivant lui, à déterminer la perforation, pourvu qu'elle fût en bonne voie. Pour expliquer la communication entre la plèvre et les bronches, on ne peut faire que des hypothèses. M. Féréol serait assez disposé à admettre qu'il se fait une sorte de nécrose dans les épithéliums, puis dans le tissu connectif lui-même, et que le parenchyme pulmonaire devient ainsi une sorte d'éponge inerte, perméable. Une altération analogue se produisant dans l'épaisseur de la plèvre, on aurait ainsi une sorte de filtre au travers duquel les liquides pourraient passer. Dans tous les cas, la communication pouvant s'établir spontanément entre la plèvre et les bronches sans qu'il se produise de pneumo-thorax, dans le cours d'une pleurésie même simple, il n'y aurait aucun motif de ne pas admettre que la chose puisse se produire de même après la thoracentèse.

Suivant M. Féréol, c'est le même procédé ou à peu près qui a lieu pour toutes les perforations spontanées, et il existe les plus grandes analogies entre les processus qui préparent les perforations extérieures, qu'elles siégent à la plèvre ou au péritoine. C'est ce qu'il cherche à démontrer en s'appuyant sur des travaux antérieurs et des recherches personnelles.

En terminant, M. Féréol déclare qu'il ne nie point que, dans un certain nombre de cas, comme l'admettent MM. Hérard et Moutard-Martin, les expectorations albumineuses consécutives à la thoracentèse soient dues à un œdème broncho-alvéolaire qui se produit subitement après le retour du poumon à ses fonctions; mais il y a des faits qui lui paraissent réfractaires à cette théorie et dans lesquels s'établit probablement une communication directe entre la plèvre et les bronches, dont le mécanisme n'est pas encore connu. Toutefois, cette communication pourrait s'expliquer par une sorte de feutrage permettant une filtration plus ou moins rapide du liquide, ce qui rendrait compte des différences qui existent parfois entre le liquide expectoré et celui qu'on retire de la plèvre, et ce qui rendrait compte aussi de l'espace de temps qui s'écoule entre la ponction et l'évacuation des liquides par les bronches.

VARIÉTÉS

Les eaux minérales et les bains de mer de la France (1)
Par le docteur Paul Labarthe.

Voici « un livre de bonne foy » rédigé sans aucun esprit de parti et d'après les seules données scientifiques de l'expérience et de l'observation.

L'auteur consacre une première partie à l'étude des eaux minérales. Il les étudie d'abord à un point de vue général : définition, caractères physiques et chimiques ; actions physiologiques et thérapeutiques; modes d'administration, etc. Il prend ensuite chaque station thermale en particulier : décrit l'itinéraire, la description des sources, leur analyse, leur action, etc. Notre confrère donne même des détails très-circonstanciés sur certaines dispositions intérieures; — et ici, nous lui signalerons pour sa seconde édition quelques erreurs involontaires. C'est ainsi que ses lecteurs partageront notre étonnement sur la situation — tout à fait imaginaire — créée à un journaliste dans la direction d'un établissement thermal d'une de nos grandes stations. Mais ce sont de ces petites taches qui doivent disparaître dans une révision.

Après l'étude des stations thermales, M. Labarthe étudie les bains de mer. Puis il passe en revue les maladies que l'on traite par les eaux minérales et les bains de mer.

Le *Parallèle des eaux minérales de France et d'Allemagne*, par M. le professeur Gubler, sert d'introduction à cet ouvrage, qui se recommande à l'attention des praticiens.

THÈSES
SOUTENUES A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS
PENDANT L'ANNÉE 1873.

124. Schneider. Considérations sur les hernies diaphragmatiques.

125. Guérin. Quelques considérations sur la fracture de l'extrémité inférieure du radius.

126. Secouet. Vomissements urémiques chez les femmes hystériques.

127. Hermanowiez. De la thérapeutique de la blépharite ciliaire, et des altérations anatomo-pathologiques de la xérophthalmie.

128. Pechenet. Physiologie étiologique, et traitement de l'anaphrodisie.

129. Grellety-Bosviel. De l'ictère pseudo-grave.

(1) In-12. Broché : 4 francs. — Reinwald.

130. Baudot. De la valeur diagnostique du vomissement dans quelques affections apyrétiques de l'encéphale (hémorrhagies, ramollissement, tumeurs).

131. Gourraud. Étude sur les causes, les symptômes et le traitement de l'éléphantiasis des Arabes.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Par décret en date du 25 mai 1873, M. Batbie, membre de l'Assemblée nationale, a été nommé ministre de l'instruction publique, des cultes et des beaux-arts, en remplacement de MM. Waddington et de Fourtou, dont les démissions ont été acceptées.

— Par décrets en date des 8 et 18 mai 1873, ont été promus dans le corps de santé de la marine :

Au grade de médecin en chef, pour servir aux colonies : M. Gourrier.

Au grade de médecin principal : MM. Autric, Lallour et Martialis.

— M. le docteur Caulet a été nommé sous-inspecteur et non inspecteur des eaux de Saint-Sauveur.

— Nous avons le regret d'annoncer que M. le docteur Guépin père, de Nantes, vient de succomber à la rupture d'un anévrysme.

— *Hôpitaux de Paris.* — La dernière épreuve du concours de médecine (épreuve clinique à deux malades) est commencée. Les points ont été les suivants :

MM. Duguet, 25 ; Rathery, 21 ; D'Heilly, 27 ; Gingeot, 23.

— Nous reproduisons d'après la *Presse médicale belge*, le document suivant, qui montre le prix d'une saignée faite à une dauphine de France.

« En la présence des conseillers du roy, notaires, gardes-notes au Châtelet de Paris, soussignés, Pierre Dionis, chirurgien du corps de Madame la Dauphine, a confessé avoir reçus de Estienne Rollot, escuyer, sieur de Latour, conseiller secrétaire du roy, maison, couronne de France et de ses finances, trésorier général de la dicte dame la Dauphine, la somme de *cent cinquante livres tournois*, à lui ordonnée pour *une saignée du bras* qu'il a faicte à ma dicte dame la Dauphine le quatre juin dernier.

« Dont quittance, faict et passé à Paris, en notre estude, l'an mil six cent quatre-vingt-huit, le vingt huictiesme jour de juillet avant midy, et a signé. « DIONIS. »

— La Société de secours des amis des sciences, fondée par Thénard, tiendra sa séance publique annuelle le jeudi 29 mai, à huit heures précises du soir, dans le local de la Société d'encouragement pour l'industrie nationale, rue de l'Abbaye prolongée, 17.

Ordre du jour : 1° Discours d'ouverture par M. Dumas, de l'Institut, vice-président ; — 2° Compte rendu de la gestion du conseil d'administration, par M. Boudet, secrétaire ; — 3° Le passage de Vénus sur le Soleil, par M. Wolf, astronome de l'Observatoire ; — 4° Les aimants artificiels, la machine de M. Gramme et les flammes chantantes, par M. J. Jamin, de l'Institut ; — 5° Dépouillement du scrutin pour l'élection des membres du conseil et du bureau de la Société.

On peut se procurer des billets au siége de la Société, rue de Seine, 34, le matin de huit à dix heures.

— M. le docteur Mallez fera, à sa clinique, rue Christine, n° 1, un cours en dix leçons, sur la thérapeutique médicale des maladies de l'appareil urinaire. Il le commencera le mercredi 28 mai, à midi et demi, pour le continuer les vendredis, lundis et mercredis suivants, à la même heure.

— Leçons préparatoires à la lecture d'ouvrages scientifiques, et en particulier de médecine en langue allemande, traduction de documents pour thèses. — S'adresser à Mme Lackerbauer, 7, rue Laromiguière, près le Panthéon.

— *Erratum.* — Page 452, 1re colonne, ligne 13, au lieu de « les opérations de Daviel et de de Graefe, » lisez « les opérations de Daviel ».

Page 453, 1re colonne, ligne 33, au lieu de « l'opération de Daviel », lisez « de Graefe ».

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Réflexions sur les transformations des doctrines médicales, par Charles-Emile ALIX, médecin principal des hôpitaux militaires. Perpignan, 1873. In-8° de 196 pages.—Prix : 3 fr. 50. — Paris, Victor Rozier.

Guérison de la goutte et du rhumatisme à l'aide d'un traitement nouveau, par le docteur Jules BOYER. In-8°. — Prix : 1 fr. 50. — Paris, Adrien Delahaye.

Pathologie et clinique chirurgicales, contenant la manière d'examiner le malade, les maladies spéciales des dents, des oreilles, des voies urinaires et des yeux, un Manuel de médecine opératoire, de bandages et d'embaumement. 2e édition, corrigée et considérablement augmentée, par le docteur FORT, ancien interne des hôpitaux, professeur libre d'anatomie à l'École pratique. 2 beaux volumes in-8°, avec 542 figures dans le texte. — Prix : 25 francs *franco*.

Des diarrhées chroniques et de leur traitement par les eaux de Plombières, par le docteur BOTTENTUIT, ancien interne des hôpitaux de Paris, chevalier de la Légion d'honneur, etc. — Prix : 2 francs. — Paris, Delahaye.

Étude clinique sur diverses formes de bronchites, par le docteur C. SENAC-LAGRANGE, médecin consultant aux eaux de Cauterets. In-8°. — Prix : 1 fr. 50. — Adrien Delahaye.

Le Directeur : Dr E. LE SOURD.

Paris. — Typographie A. POUGIN, quai Voltaire, 13.

Eaux minérales de Vals acidules.

Gazeuses, Bicarbonatées, Sodiques, analysées par O. HENRI.

Thermalit 13°	Saint-Jean	Rigolette	Précieuse	Désirée	Magdeleine
Acide carbonique libre...	1.425	2.095	2.218	2.145	2.050
Bicarbonate de soude....	1.480	5.800	5.940	6.040	6.280
— de potasse...	0.040	0.263	0.230	0.263	0.255
— de chaux....	0.310	0.259	0.630	0.571	0.520
— de magnésie.	0.120		0.750	0.900	0.672
— fer et mang.	0.006	0.024	0.010	0.010	0.029
Chlorure de sodium......	0.060	1.200	1.080	1.100	0.169
Sulfate de soude et chaux.	0.054	0.220	1.185	0.200	0.235
Silicate et silice, alumine..	0.080	0.060	0.060	0.058	0.097
Iodure alcal. arsenic lit...	indice	traces	indice	indice	traces
	2.151	7.826	8.885	9.142	9.248

Ces eaux sont *très-agréables* à boire à table, pures ou coupées avec du vin. Un excès d'acide carbonique et la proportion heureuse des bicarbonates calciques-magnésiens en font, malgré la plus riche minéralisation qui soit connue en France, des eaux *légères, douces*, essentiellement *digestives*. Dose ordinaire, une bouteille par jour. (*Indiquer autant que possible la source que l'on entend prescrire.*) *Emplois spéciaux* : SAINT-JEAN, maladie des organes digestifs ; — PRECIEUSE, maladies de l'appareil biliaire ; — DESIREE, maladies de l'appareil urinaire ; — RIGOLETTE, chlorose, anémie ; — MAGDELEINE, maladies de l'appareil sexuel.

SOURCE FERRO-ARSENICALE DE LA DOMINIQUE

Acide sulfurique libre		1.33
Silicate acide, Arséniate », Phosphate », Sulfate »	sesqui-oxyde de fer	0.44
— de chaux		
Chlorure de sodium		
Matières organiques		

Cette eau est arsenicale ; elle n'a aucune analogie avec les précédentes. Fièvres intermittentes, cachexies, dyspnée, maladies de la peau, scrofule, maladies organiques, etc.

Les eaux de ces sources se transportent et se conservent sans altération ; elles se trouvent dans les principales pharmacies de France, au prix de 8,80 c. la bouteille en verre noir, revêtue d'une étiquette et coiffée d'une capsule en étain indiquant la source où elle a été puisée.

SHERRY-KINA

Vin de quinquina préparé avec le Xérès de la marque *Calvairac* A.G.C. de SÉVILLE, par **Thommeret-Gélis**. Pharm. 32, faub. Montmartre. La bout., 4 fr. Dépôt des **Granules et Bains sulfo-acidules**, remplaçant les eaux **sulfureuses naturelles** pour boisson et bains. Dans tes les phies

MÉDAILLE D'**OR** ET PRIX DE **16,600** FRANCS

QUINA LAROCHE ÉLIXIR

tonique, reconstituant et fébrifuge

EXTRAIT COMPLET des 3 sortes de quinquina (rouge, jaune et gris). **Paris**, *rue Drouot*, 22, *et dans toutes les pharmacies.*

J. Laroche

MÉDECINE NOIRE EN CAPSULES

Préparée par J.-P. LAROZE, pharmacien, 2, *rue des Lions-Saint-Paul, à Paris.*

Six capsules représentent la médecine noire du *Codex*, et sont prises avec facilité. Elles purgent abondamment, toujours sans coliques, sont préférables aux purgatifs salins, qui ne produisent que des évacuations aqueuses, et surtout aux drastiques, en ce qu'elles n'irritent jamais. Elles contiennent, sous forme d'extrait, le principe actif des substances qui composent cette médecine, et la manne, *d'un effet si douteux*, y est remplacée par l'huile douce de ricin. D'après les médecins qui en font usage, c'est le purgatif le plus sûr, le plus doux, le plus facile à prendre et le mieux supporté.

Dépôt à Paris, 26, rue Neuve-des-Petits-Champs.

Comptant 10 0/0 d'escompte

MALAGA

Pour la préparation des vins au quinquina, **3** fr. la bout. ; **4** fr. le litre à domicile pour Paris. Expédition pour la prov. et l'étranger.

Cie DES CAVES GÉNÉRALES

rue de Bercy, 111, Paris.

93, boul. Voltaire. | 26, rue de Grammont.
7, rue de Médicis. | 38, rue de Rambuteau.

SAINT-HONORÉ-LES-BAINS

(NIÈVRE)

EAUX SULFUREUSES SODIQUES

ÉTABLISSEMENT THERMAL COMPLET

VASTE PISCINE à Eau courante

(*Vraie rivière sulfureuse natatoire*, 28° c.)

Traitement des maladies de la Gorge, de la Voix et de la Poitrine, Asthmes, Catarrhes, Bronchites, — Affections nerveuses et cutanées. Scrofule, Lymphatisme, Maladies des femmes.

DEPOT : 60, rue Caumartin.

CHOCOLAT

FERRUGINEUX-COLMET

à la limaille de fer porphyrisé chimiquement pure. EFFICACITÉ CERTAINE : Son goût agréable permet aux personnes difficiles d'en continuer l'usage. La boîte, 3 fr. — COLMET, 12, r. Ne-St-Merry, *Paris*.

KINA DELIGNON

AU MALAGA ET ALICANTE

Le flacon : 3 fr. 50. — Le litre : 5 fr.

Préparation de premier choix, très-efficace, ne constipant jamais, et aussi agréable à prendre que les plus délicieuses liqueurs de table. — Économie de 50 *pour* 100 sur tous les autres vins de quinquina.

KINA-CACAO DELIGNON

AU MALAGA ET ALICANTE

VIN TONIQUE ET ALIMENTAIRE

Le flacon : 3 fr. 50. — Le litre : 5 fr.

Paris, Ph. BOSREDON, *r. des Francs-Bourgeois*, 41.

MALADIES DE LA GORGE

DE LA VOIX ET DE LA BOUCHE

Pastilles de Dethan au Chlorate de potasse recommandées contre les Maux de gorge, Enrouements, Angines, Aphthes, Scorbut, la Salivation mercurielle, les Ulcérations des amygdales, des gencives et de la langue. — A Paris, pharmacie DETHAN, faubourg Saint-Denis, 90, et dans les principales villes de France et de l'étranger.

EPILEPSIE

HYSTERIE — NEVROSES

Le SIROP DE HENRY MURE, **au bromure de potassium** (exempt d'iodure), dont l'usage est aujourd'hui universellement répandu, a déterminé un nombre considérable de guérisons publiées dans les recueils scientifiques.

Chaque cuillerée de SIROP DE HENRY MURE contient 2 grammes de **bromure de potassium** d'une pureté chimique irréprochable.

PRIX DU FLACON : 5 francs.

Vente au détail. — A Paris, 16, rue de Richelieu, pharmacie LEBROU.

Vente en gros. — S'adresser à M. HENRY MURE, pharmacien, à Pont-Saint-Esprit (Gard).

HÉMATOSINE

De **TABOURIN**, chev. de la Légion d'honneur et **LEMAIRE**, chimiste.

FERRUGINEUX PHYSIOLOGIQUE, ASSIMILABLE

L'Hématosine assure une guérison complète et prompte de toutes les maladies causées par l'appauvrissement du sang.

Chlorose, anémie, scrofule, lymphatisme des enfants, leucorrhée (*flueurs blanches*), **aménorrhée, maigreur excessive, faiblesse générale, épuisement, convalescences longues et difficiles, etc., etc.**

L'Hématosine est parfaitement supportée par les estomacs les plus délicats ; elle ne constipe pas ; elle passe très-bien sans amener ni fatigue, ni dégoût, ni accidents d'aucune sorte.

Vente en gros chez DESNOIX et Ce, 22, rue du Temple, à Paris. Au détail, chez tous les pharmes.

CAUTERETS (Hautes-Pyrénées)

Eaux sulfurées sodiques.

Sources de La Raillère, César, Mauhourat

Les moins altérables des eaux sulfureuses.

S'adresser chez tous les marchands d'eaux minérales, chez les principaux pharmaciens.

Ou à CAUTERETS, au Directeur des Eaux.

EAUX THERMALES SILICATÉES

De Sail-les-Bains (Loire)

Chemin de fer du Bourbonnais, station de Saint-Martin-d'Estreaux.

OUVERTURE LE 15 MAI

La silice et les silicates sont des médicaments nouveaux éminemment *dépuratifs, anti-infectieux et réparateurs.*

SAIL est le seul établissement hydro-minéral soit de France soit d'Allemagne où on traite notoirement par la silice et les silicates.

Vices du sang, dartres, scrofules, maladies de matrice, stérilité, goutte, rhumatisme, estomac, vessie, action sédative sur le système nerveux.

PANCRÉATINE DEFRESNE

ET LES PRODUITS QUI EN DÉRIVENT

EMPLOYÉS DANS LES HOPITAUX DE PARIS

(Voir le Mémoire présenté à l'Académie de médecine.)

La **Pancréatine Defresne** perd un tiers de sa force dans l'estomac, mais continue son action dans le duodenum en présence de la bile alcaline. Elle rend assimilable, 15 fois son poids de corps gras ; elle digère 50 fois son poids de fibrine ; 140 gr. d'empois ou 8,90 d'amidon.

ELLE RÉUSSIT BIEN DANS LES

DYSPEPSIES, GASTRITES, GASTRALGIES ET AUTRES AFFECTIONS DES ORGANES DIGESTIFS.

L'HUILE DE FOIE DE MORUE DEFRESNE

émulsionnée par la **Pancréatine**, est inappréciable dans les maladies de poitrine.

La Pancréatine, l'Huile de foie de morue pancréatique, l'Émulsion pancréatique, les Pilules, le Vin et l'Élixir pancréatiques, se trouvent à la pharmacie DEFRESNE, rue des Lombards, 2 et 4, et dans toutes les autres pharmacies. — ON Y TROUVE AUSSI LE

GOUDRON DEFRESNE

Liqueur préparée physiologiquement à l'aide de l'acide cholique et ayant tout l'arome et toutes les propriétés du goudron.

PILULES HÉMATIQUES DUROY

A l'extrait de sang de bœuf. — Tonique reconstituant complet

Anémies, affaiblissements, convalescences, etc. — 4 fr. le flacon de 100 pilules dragéifiées inaltérables. J.-L.-P. DUROY, pharm., lauréat de l'Institut, 10, rue du faub. Montmartre, Paris, et dans les pharm.

N° 61. — JEUDI 29 MAI 1873. 46e ANNÉE. JEUDI 29 MAI 1873. — N° 61.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Bureaux : 57, rue des Saints-Pères, 57
PRÈS L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

Le prix d'abonnement
doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne hors de Paris
dans les bureaux des Messageries et chez les Libraires
Les lettres non affranchies sont refusées.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui n'en peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS
Trois mois. . 8 fr. 50 c.
Six mois. . . 16 —
Un an. . . . 30 —

POUR L'ÉTRANGER le port en sus suivant les derniers tarifs des Postes.

Paris, le 28 mai 1873.

SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

La discussion sur le typhus a continué dans la séance d'hier. M. Briquet a terminé l'argumentation qu'il avait commencée dans la précédente séance. De fièvre typhoïde et d'identité il n'en a plus été question. Et nous n'y reviendrions pas nous-même, tant ce point nous paraît jugé, si nous n'avions à faire connaître une adhésion nouvelle à la doctrine de la non identité qui vient de nous être transmise. Voici ce que nous écrit M. le docteur Th. Caradec, médecin de l'hôpital civil de Brest :

« Ayant eu l'occasion d'observer dans notre hôpital, à la fin de l'année dernière et au commencement de celle-ci, un certain nombre de cas de typhus exanthématique, provenant d'un village aux portes de Brest, où cette affection s'est montrée sous forme épidémique, permettez-moi de venir m'associer aux protestations que MM. les docteurs Fauvel et Chauffard ont émises, dans la dernière séance de l'Académie de médecine, contre l'opinion de leur collègue, M. le docteur Briquet, qui considère le typhus et la fièvre typhoïde comme constituant une seule entité morbide.

« Il me serait facile, d'après les faits que j'ai eus sous les yeux, d'établir la non-identité de ces deux maladies, tant sous le rapport de leur évolution que de leurs caractères anatomiques, entre autres, si je ne savais qu'un médecin en chef de la marine, lequel a suivi pour ainsi dire pas à pas et jour par jour, toutes les phases de l'épidémie de Ragsau, et en a retracé avec soin la filiation dans un tableau aussi intéressant qu'instructif, le fera beaucoup mieux et avec beaucoup plus d'autorité que moi. »

M. Caradec termine sa lettre en nous annonçant que M. le docteur Gestin se propose d'adresser prochainement à l'Académie une relation de cette épidémie, qui, ajoute notre honorable correspondant, dissipera tous les doutes qui peuvent exister encore dans l'esprit de quelques-uns de nos confrères, parce qu'elle fera ressortir nettement les caractères différentiels du typhus exanthématique et de la fièvre typhoïde.

Si de ce nouveau témoignage, que nous ne pouvons accepter, il est vrai, que sous bénéfice d'inventaire, nous rapprochons les faits observés pendant l'épidémie de typhus qui a régné au bagne de Brest en 1849, par M. Marcellin Duval et tous les officiers de santé de la marine attachés alors à ce service, et ceux qui ont été recueillis par M. Baraillier pendant les épidémies qui ont régné au bagne de Toulon en 1855 et 1856, et qui ont fait le texte d'une excellente monographie du typhus (1), on ne peut se défendre contre cette conclusion que les petites épidémies locales partielles, tout aussi bien que les grandes épidémies des armées, apportent un témoignage unanime en faveur de la doctrine de la séparation, au double point de vue nosologique et étiologique, du typhus et de la dothinentérie.

Cela dit, revenons à ce qui a fait l'objet de la séance d'aujourd'hui.

M. Briquet, dans la deuxième partie de son discours, s'est attaché à montrer les conditions toutes différentes au point de vue de la génération du typhus, où se trouvaient les hommes en 1814 et en 1870 ; et c'est à ces différences, vraies au moins pour la généralité des faits, si ce n'est absolument pour tous, que M. Briquet attribue avec raison l'absence du typhus en 1870. Mais, tout en admettant qu'il y a des pays où le typhus s'acclimate, il ne croit pas cependant que nous y soyons réfractaires. Hygiène et paix et point de typhus chez nous, telle est sa conclusion. Sur ce terrain, nous sommes parfaitement d'accord avec M. Briquet.

L'entente sera beaucoup plus facile et beaucoup plus complète encore avec M. Fauvel.

Dans la première partie d'un travail approfondi sur la question et qui repose sur une analyse de la masse énorme de faits et de documents fournis par le typhus de l'armée d'Orient, M. Fauvel a déduit, avec une logique et une lucidité parfaites, des circonstances du début et de la marche de l'épidémie, qu'elle n'a pas éclaté inopinément à la manière d'une maladie importée, que son début a été précédé par une aggravation progressive dans l'état sanitaire des troupes, et que c'est après que le scorbut avait déjà acquis une grande intensité qu'elle s'est manifestée, d'abord sourdement, d'une manière insidieuse, confondue dans les premiers moments avec la fièvre typhoïde et les états typhiques antérieurs, jusqu'au jour où prenant de l'extension et attaquant d'emblée des organismes sains, elle s'est montrée avec tous ses caractères propres ; d'où il était impossible de ne pas en attribuer le développement aux déplorables

(1) *Du typhus épidémique*, par le docteur A.-M. Baraillier. Un vol in-8, Paris, 1861. — J.-B. Baillière et fils.

conditions sanitaires dans lesquelles se trouvait placée l'armée, c'est-à-dire aux causes communes auxquelles on attribue généralement le typhus.

Mais si cette démonstration ne paraissait pas suffisante, et elle est à nos yeux aussi claire que possible, pourrait-on se refuser à ce témoignage de la dernière évidence que fournit le parallèle des deux armées placées côte à côte, l'armée anglaise et l'armée française : la première atteinte par le scorbut et le typhus dès le début de la campagne, alors qu'elle manquait de tout, et voyant son état sanitaire s'améliorer à mesure que son état hygiénique s'améliorait lui-même ; la seconde, au contraire, mieux pourvue au début et résistant à toute atteinte malgré les dangers du voisinage, cédant à son tour à l'influence morbigène mais alors seulement qu'elle avait eu à subir toutes les fatigues et toutes les misères d'un long campement.

Rien de semblable ni à Paris ni à Metz en 1870, que l'imminence des mêmes dangers si les blocus s'étaient prolongés ; d'où l'absence du typhus proprement dit, mais ses préliminaires, le scorbut et les états typhiques compliquant la plupart des maladies.

Tel est le résumé de cette première partie du discours de M. Fauvel, qui est comme la photographie même des faits. A mardi prochain la partie doctrinale de son travail.

— Au début de la séance, M. Colin a lu une note sur la non-transmission de la tuberculose par l'ingestion de la matière tuberculeuse dans les voies digestives. On trouvera dans le compte rendu l'échange d'explications qui a eu lieu à ce sujet entre MM. Bouley, Chauffard et Colin.

Dr Brochin.

MAISON MUNICIPALE DE SANTÉ. — M. Féréol.

Rhumatisme articulaire aigu généralisé (quatrième attaque). Complication de pleurésie double, de purpura hémorrhagique et de suette miliaire avec hydroa pemphygoïde. — Guérison.

Le caractère diathésique de certaines éruptions cutanées qui se montrent pendant l'évolution du rhumatisme articulaire aigu est aujourd'hui accepté par tous les médecins. Depuis le jour où Legroux attirait sur ces coïncidences l'attention de ses collègues à la Société des hôpitaux et provoquait des contradictions qu'on trouve aujourd'hui surprenantes, les faits se sont indéfiniment multipliés. M. Bazin, les reliant à sa conception plus vaste des éruptions arthritiques, leur a donné une consécration à laquelle ont coopéré les efforts de MM. Pidoux, Guéneau de Mussy, Bourdon, etc.

Ce n'est donc pas à titre de nouveauté que nous publions l'observation qui va suivre ; et d'ailleurs, les modernes n'ont fait en ceci que renouer la chaîne de la tradition, car il est facile de retrouver dans Stoll, Lory, Franck, la notion très-formelle du rapport existant entre le rhumatisme et certaines éruptions cutanées. Franck, notamment, signale la miliaire et les pétéchies dans les fièvres rhumatismales, soit isolément, soit simultanément. Dans ce dernier cas, dit-il, les pétéchies précèdent, et il ajoute qu'au moment où la complication survient, les symptômes articulaires perdent de leur intensité, et l'affection accuse des caractères qui la rapprochent de ce qu'on appelait alors la *fièvre nerveuse*. Nous dirions aujourd'hui que l'élément ataxique se manifeste.

C'est précisément ce qu'on peut observer dans le fait suivant, qui, par l'intensité singulière de tous les symptômes, leur multiplicité, leur apparente gravité, mérite certainement une mention spéciale.

Il paraît très-probable que les préoccupations morales et les souffrances matérielles ont joué leur rôle dans la détermination spéciale de cette forme exceptionnelle de la maladie rhumatismale. Sous cette double influence déprimante, la crase sanguine et l'influx nerveux ont subi une modification et ont abouti à l'hémorrhagie et à la suette, ou plutôt à l'hyperhidrose, car il ne s'agit pas ici de la suette épidémique, mais simplement de l'exagération d'un des symptômes les plus constants du rhumatisme articulaire aigu. Du reste, malgré sa gravité apparente plus que réelle, le rhumatisme a conservé ici même son caractère de bénignité relative, caractère si réel que la mort, au cours des accidents aigus, reste toujours un fait rare et exceptionnel, même en acceptant les chances funestes du rhumatisme cérébral, de l'endocardite ulcéreuse et de la suppuration. Il est vrai que lorsque la maladie prend l'une de ces directions, le pronostic devient d'une gravité extrême ; mais, à part ces cas, heureusement peu fréquents, on peut et on doit compter sur la guérison. Ceci n'est point, du reste, pour contester en rien l'efficacité des traitements employés dans l'observation qui va suivre. Le traitement, comme on le verra, a été surtout tonique, et l'alcool en a fait la base avec le perchlorure de fer. L'indication en était fort nette, bien qu'elle paraisse, en général, peu compatible avec l'étiquette de rhumatisme articulaire aigu. Mais ce qui dominait ici, c'était la complication. Il fallait aller au plus pressé et soutenir le malade doublement menacé par l'hémorrhagie et par l'intensité extrême de la diaphorèse. Le succès l'a du reste justifié.

Observation recueillie par M. Courtois, interne du service.

Jean-François C..., trente-cinq ans, employé de commerce ; de taille moyenne ; cheveux bruns ; peau fine. Nombreux antécédents héréditaires ; a eu déjà lui-même trois attaques de rhumatisme : à sept, neuf et vingt et un ans. Dans ces derniers temps, il a eu de vives contrariétés avec sa famille ; s'est brouillé avec ses parents. Chagrins et difficultés matérielles d'existence.

Vers le 15 février 1873, douleurs dans les bras, les mains, les épaules, les doigts, au niveau des jointures ; puis les genoux, les mollets, les pieds. Le malade prend le lit ; en même temps quelques *taches rouges* apparaissent sur la peau, au visage.

Entre à la Maison de santé le 2 mars. Aucune trace de purpura à ce moment ; mais la cuisse droite offre une tuméfaction notable, avec suffusion séreuse et légère rougeur diffuse, sans cordon de phlébite ni de plaque d'angioleucite. La cuisse droite mesure 0m,52 ; la gauche, au même niveau, 0m,46,5. Fièvre, P. 112 ; état saburral. Les articulations des genoux, des coudes et de l'épaule gauche sont douloureuses, sans tuméfaction notable. Léger bruit de souffle à la pointe du cœur et au premier temps. — Poudre de Dower, 30 centigrammes.

5 mars. — Douleurs et rougeurs articulaires à la main et au poignet droits. Le gonflement de la cuisse droite a diminué.

Éruption de purpura par taches arrondies d'un rouge violacé vif ; les unes comme des piqûres de puces, les autres plus larges (0m,005 à 0m,01) et un peu saillantes au centre, pâlissant très-légèrement sous la pression du doigt sans disparaître, mélangées par place d'un pointillé fin de même nature et siégeant çà et là sur toute la surface cutanée, principalement à la base du nez, sur la face, les épaules, les cuisses. Aucun prurit. P. 120, T. A. 39°.

Le lendemain, l'éruption devient plus confluente. Pas de suintement sanguinolent aux gencives ; un crachat sanguinolent ; râles sibilants dans les deux côtés de la poitrine, sans matité.

Sueurs abondantes. P. 112, T. A. 39°,7.

On supprime la poudre de Dower. Potion avec quinze gouttes de perchlorure de fer.

7 mars. — La main gauche et le poignet se prennent. Rougeurs le long des gaines tendineuses. Même état. Les sueurs deviennent

d'une abondance extrême et baignent le malade, qu'il faut changer de linge plusieurs fois par jour.

10 mars. — On note des sudamina en grande quantité.

11 mars. — Subdélire; agitation nocturne; P. 128, T. A. 38°. Point de côté à droite; dyspnée; frottement à la base avec diminution des vibrations thoraciques et point diaphragmatique sensible à la pression, sous la dixième côte.

Les premières taches de purpura pâlissent; de nouvelles se montrent. Les sudamina deviennent d'une confluence et d'une grosseur considérables; au front et sur le cuir chevelu, elles prennent un aspect laiteux qui tient probablement à ce que l'épiderme macère incessamment dans la sueur. A la nuque et dans le dos, l'épiderme est complétement soulevé, comme une peau de chagrin à gros grains. Sur les cuisses, on voit de véritables bulles de la grosseur d'un pois, d'un haricot, très-étendues, très-solides, et remplies d'une sérosité parfaitement limpide, bien que quelques-unes siégent précisément sur de larges taches purpuriques. — Vésicatoire à la base du poumon droit.

13 mars. Même état. — Le vésicatoire n'a pas pris, probablement à cause de l'abondance des sueurs. Délire nocturne; diarrhée de couleur noire et laissant sur le linge une teinte évidemment sanguinolente.

Potion avec :

Cognac	60	grammes.
Teinture de cannelle	10	—
Acétate d'ammoniaque	2	—

14 mars. — Signes de pleurésie à la base gauche; à droite, la sonorité et les vibrations thoraciques reparaissent imparfaitement. — Vésicatoire à gauche.

On constate, par hasard, sur le bord gauche de la langue, à 0m,02 de la pointe, un petit ulcère taillé à l'emporte-pièce, profond de 0m,003 à 0m,004, large d'autant, à fond grisâtre et pultacé, parfaitement indolent; il n'y a pas de dents cariées en face. Le malade n'a pas eu de syphilis et ne présente aucun signe de tuberculisation. Ce petit ulcère s'est guéri parfaitement, sans aucun traitement, dès que le malade est entré en convalescence.

15 et 16 mars. — Même état. Les taches purpuriques s'effacent beaucoup. Les sudamina augmentent toujours; elles couvrent le dos des mains. Les signes de la pleurésie augmentent à gauche, ainsi que la dyspnée.

17 mars. — La diarrhée s'est supprimée et a été remplacée par de la constipation. Dyspnée; abattement. Les signes de la pleurésie reparaissent à la base droite sans diminuer à gauche.

18 mars. — La constipation persistant, on prescrivit 30 grammes d'huile de ricin qui provoquent plusieurs garde-robes contenant une assez grande quantité de sang infect avec des caillots noirâtres.

19 mars. — P. 120; insomnie; subdélire; pâleur de la face; ventre un peu tendu et légèrement douloureux à la pression. On continue la potion au cognac et on donne un lavement avec 25 centigrammes de permanganate de potasse.

20 mars. — Le facies est meilleur, plus reposé. P. 124. Les sueurs sont moins abondantes. Il n'y a pas eu de délire. A partir de ce jour, les phénomènes s'amendent; la desquamation des sudamina commence; les douleurs articulaires se calment, puis disparaissent; et à part un léger retour de l'épanchement du côté gauche, qui nécessite encore un vésicatoire et une purgation légère, le malade commença à marcher vers la convalescence, qui était franchement établie dès le 29 mars. Les bruits du cœur paraissaient alors nets et *bien frappés*; il ne semble pas qu'il reste de trace d'endocardite ancienne ni récente. Il y eut encore plus tard, vers le 5 août, une légère poussée de taches purpuriques sur les jambes, mais sans que cela ait en rien entravé le retour à la santé.

REVUE DE LA PRESSE

L'ergot de seigle en France et en Angleterre. — M. le docteur Labadie-Lagrave, après avoir succinctement présenté l'état de la science en 1871 sur cet agent thérapeutique, passe aux progrès accomplis dans ces derniers temps touchant le même sujet, soit en France, soit en Angleterre.

Chez nous, le travail le plus intéressant qui ait paru est sans contredit celui de M. Tarnier. Dans un rapport remarquable que ce dernier a présenté à l'Académie de médecine (*Bull. de l'Acad. de méd.*, t. XXIV, p. 893 et 904; t. XXX, p. 1609, 26 novembre 1872), il a étudié les avantages et les dangers que pouvait offrir l'ergot de seigle dans la pratique obstétricale. Selon lui, l'utilité du seigle ergoté se fait sentir dans un accouchement rendu laborieux par l'insuffisance de contractions utérines, mais on ne doit en user que dans les cas urgents, en n'oubliant pas surtout d'en surveiller les effets sur la circulation fœtale par une auscultation souvent répétée. On peut aussi l'employer pendant la délivrance; mais c'est surtout lorsqu'on est en présence d'hémorrhagies utérines que son administration est de rigueur, soit à titre d'agent prophylactique, soit comme agent curatif. Dans ce cas, son action est double; car, en même temps qu'il amoindrit la circulation utérine, il amoindrit aussi la circulation du cœur et des artères en général; et le moment le plus urgent de l'ordonner, est surtout celui où, après l'expulsion du placenta, le sang coulant à flots, la vie de la malade est compromise.

On envisage d'une tout autre façon, chez nos voisins d'outre-Manche, l'action de ce médicament, et l'usage n'en est pas exactement le même.

C'est ainsi que le docteur John Denham, dans un intéressant mémoire présenté récemment à la Société obstétricale de Dublin, affirme que l'ergot de seigle n'est nullement un agent toxique et délétère. Son action sur le fœtus est d'après lui plutôt mécanique.

L'ergot de seigle, dit-il, n'a d'action sur le travail de la parturition que lorsque la gestation est arrivée à son terme. Administré entre le sixième et le neuvième mois de grossesse, il ne compromet ni la vie, ni la santé de l'enfant.

Au point de vue hémostatique, il a obtenu des résultats tout aussi avantageux de l'emploi du fer à haute dose, d'un régime tonique et d'injections astringentes.

Voici, du reste, ses conclusions :

1° Donné même à doses répétées, l'ergot de seigle n'a d'autre inconvénient que celui de provoquer des nausées et de l'anorexie ;

2° Il n'exerce aucune influence fâcheuse sur le fœtus ;

3° Lorsqu'un avortement est commencé, l'ergot l'accélère et l'active.

4° Administré dans la deuxième période du travail, il en hâte, en général, la fin. Mais si le travail ne se termine pas promptement, l'administration de l'ergot donne lieu aux plus grands dangers pour l'enfant; non pas que ce médicament soit toxique, comme certains accoucheurs le prétendent, mais parce qu'il arrête la circulation et provoque des contractions utérines continues, qui compriment violemment le fœtus.

5° Dans les hémorrhagies *post-partum*, après l'expulsion du placenta, le docteur Denham ne croit pas que l'ergot de seigle exerce une grande influence sur l'utérus; aussi n'y a-t-il que rarement recours.

Cet important mémoire fut le point de départ d'une discussion scientifique à la Société obstétricale de Berlin, où figurent les noms des docteurs Ringland, Thomas More Madden, Atthill.

Le premier accepte en tous points l'opinion du docteur Denham, et n'accorde aucun crédit aux effets toxiques du médicament, bien que pourtant il ajoute plus de confiance en son efficacité dans la troisième période du travail.

Le docteur Madden, lui, pose deux questions importantes à résoudre : 1° Quels sont les cas qui réclament l'emploi de l'ergot de seigle ? — 2° Quelle est la préparation que l'on doit préférer ? —

Pour lui, l'application du forceps même entre des mains inexpérimentées est encore préférable à l'usage du seigle ergoté, et, dans les cas très-rares, où il consent à l'administrer, c'est à la poudre fraîche, donnée à la dose d'un demi-drachme dans l'eau chaude, qu'il donne la préférence.

Le docteur Atthill, comme le docteur Denham, refuse à l'ergot toute influence toxique sur le fœtus.

Après avoir signalé, ainsi que nous venons de le résumer, les divergences d'opinion qui existent en France et en Angleterre sur les propriétés de l'ergot de seigle et son emploi, le docteur Labadie-Lagrave termine par une appréciation de la question qui lui est personnelle.

Ce médicament, dans son opinion, peut rendre d'incontestables services lorsqu'il est sagement administré. Il réveille assurément la contractilité des parois utérines et peut aider l'accoucheur, mais il ne faut pas en user inconsidérément et à tout propos. Entièrement partisan des idées du docteur Denham, il dénie à l'ergot de seigle toute action toxique sur le fœtus ; ce médicament ne fait en réalité qu'éveiller ou augmenter les contractions de la matrice. — (*Gaz. hebdom.*)

Du phosphore dans les maladies cutanées. — Jusqu'à présent, en France, on a redouté d'employer les préparations phosphorées dans le traitement des maladies de peau, surtout à cause des symptômes d'aphrodisie qui pouvaient en résulter. De l'autre côté de la Manche, on semble y attacher une certaine importance, et voici que le docteur Eames dit en avoir obtenu les meilleurs effets dans bien des cas où l'arsenic et l'iodure de potassium avaient échoué. Il cite un cas d'acné, trois cas de lupus, deux de psoriasis qui ont cédé à l'action thérapeutique de ce médicament.

En voici le mode d'administration : 50 centigrammes de phosphore pur dissous dans 32 grammes d'huile d'olives dont on prend de cinq à dix gouttes trois fois par jour. (*Courr. méd.*).

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 27 mai 1873. — Présidence de M. Depaul.

CORRESPONDANCE OFFICIELLE

M. le ministre de l'agriculture et du commerce transmet : 1° le compte rendu des maladies épidémiques qui ont régné sur le territoire de Belfort pendant les années 1870-1871, dans le département du Pas-de-Calais et dans le département de la Seine-Inférieure pendant l'année 1872.

CORRESPONDANCE NON OFFICIELLE

Elle comprend : 1° une lettre de M. Ercolani (de Bologne), qui remercie l'Académie de l'avoir nommé membre correspondant ; — 2° un extrait du testament de M. Herpin (de Metz), par lequel il lègue à l'Académie une rente annuelle de 400 francs pour la fondation d'un prix qui devra être décerné tous les quatre ans ; — 3° une note de M. le docteur Pigeon (de Fourchambault), sur la théorie du sommeil.

PRÉSENTATIONS

M. Roger, au nom de M. le docteur Bonnafont, présente la deuxième édition de son *Traité des maladies de l'oreille et des organes de l'audition*.

M. Devilliers, de la part de M. Blanc, fabricant d'instruments de chirurgie, dépose sur le bureau un nouvel aspirateur construit sur les indications du docteur Gallard. (Voir le numéro du 13 mai dernier.)

M. Richet offre en hommage, au nom de M. le docteur Guyon, un volume ayant pour titre : *Éléments de chirurgie clinique*.

M. Larrey, de la part de M. le docteur Marvaud, présente une brochure intitulée : *Étude sur les casernes et les camps permanents.*

COMMUNICATIONS

Contagion de la tuberculose. — **M. Colin** lit une note sur *la non transmission de la tuberculose par l'ingestion de la matière tuberculeuse dans les voies digestives.*

M. Colin croit pouvoir conclure des résultats qu'il a obtenus sur une trentaine d'animaux : taureaux, béliers, porcs, chiens, lapins, cochons d'Inde, que le tubercule n'est point inoculable par les voies digestives, et que l'usage de la chair des animaux phthisiques n'offre pas les dangers qu'on lui a supposés. Il est convaincu que ces résultats seront ceux de tous les expérimentateurs qui auront soin de ne pas opérer sur des sujets tuberculeux et qui s'abstiendront de faire avaler par force la matière tuberculeuse écrasée et délayée, laquelle, en tombant dans les voies aériennes, peut donner lieu à des pneumonies caséeuses plus ou moins étendues.

M. Bouley fait des réserves, au nom de l'École de Lyon, au sujet de la communication que vient de faire M. Colin. Il ne doute pas que M. Colin n'ait parfaitement conclu des expériences qu'il a faites, mais il ne saurait douter non plus des résultats obtenus par M. Chauveau. Il est incontestable, à ses yeux, que M. Chauveau a *obtenu* la tuberculose sur des animaux auxquels il a fait manger des matières tuberculeuses.

M. Chauffard fait observer qu'on ne peut cependant invoquer ici des différences dans le procédé expérimental, puisqu'il a consisté, pour les deux expérimentateurs, à faire avaler à des animaux des substances tuberculeuses. Il y a donc là quelque chose de bien obscur et qui demande à être élucidé.

M. Colin dit que le procédé expérimental employé par M. Chauveau n'est pas le même que celui auquel il a eu recours, puisque M. Chauveau fait avaler *par force*, aux animaux en expérience, de la matière tuberculeuse ramollie. Dans de pareilles conditions, ces animaux avalent de travers, et cette matière tuberculeuse tombe dans le larynx, dans les bronches, et c'est ainsi que ces animaux se trouvent atteints de pneumonie caséeuse.

En outre, M. Colin fait observer que M. Chauveau n'a expérimenté que sur deux génisses ; les animaux de la race bovine sont très-fréquemment atteints de tubercules. Rien ne prouve donc que les génisses ne fussent pas déjà phthisiques. M. Colin, de son côté, a expérimenté sur une trentaine d'animaux ; il les a habitués peu à peu à manger des substances animales tuberculeuses, mais jamais il ne les leur a fait avaler de force. Il ne s'est donc pas exposé à commettre des erreurs.

Reprise de la discussion sur le typhus.

M. Briquet montre les différences qui séparent ce qui s'est passé en 1814 de ce qui a eu lieu en 1870.

En 1814, on voyait arriver, dans les hôpitaux militaires, des jeunes gens de dix-huit à vingt ans, venant de faire cinq cents lieues en battant tous les jours en retraite, épuisés et abîmés par les fatigues et les privations, mal nourris, à peine couverts, abattus et découragés. En outre, comment étaient les hôpitaux alors ? Non-seulement tous les lits étaient occupés, mais encore on couchait des hommes sur de la paille entre les lits ; les salles ainsi encombrées étaient déjà remplies de malades atteints de typhus et de gangrène d'hôpital. Aussi à peine un homme était-il entré qu'il était atteint de la typhoïde ; si c'était un blessé, il était certain qu'il serait affecté de pourriture d'hôpital.

En 1870, les conditions sont tout autres ; ce sont des mobiles très-forts et bien portants, venant de leur pays en chemin de fer, dans de bonnes dispositions morales, puisqu'ils étaient compatriotes et commandés par des chefs de leur choix ; ils étaient bien couverts, relativement bien nourris ; on leur donnait du vin ; en un mot, ils ne manquaient pour ainsi dire de rien ; leur service n'a jamais été très-pénible ; ils ne sont jamais restés plus de huit jours dans les tranchées.

M. Briquet, en terminant, cherche à démontrer que le typhus, dès la plus haute antiquité, a toujours été observé parmi les armées

en déroute, parmi des armées vaincues. Il n'est donc pas nécessaire, selon lui, qu'il soit importé; il naît spontanément, et ce sont les désastres de la guerre qui l'engendrent le plus souvent.

M. Briquet ne croit pas que nous soyons plus que d'autres réfractaires au typhus; mais il est disposé à admettre qu'il y a des pays où le typhus s'acclimate, en Irlande, en Pologne, par exemple; cela tient à la nature des lieux et non à la nature des hommes.

En résumé, donc, de l'hygiène et pas de guerre, et l'on n'aura pas le typhus.

M. FAUVEL donne lecture d'un travail sur l'étiologie du typhus exanthématique.

En entendant, il y a plusieurs mois, le discours de M. Chauffard, dit M. Fauvel, je me suis reporté aux grandes épidémies de typhus qu'il m'a été donné d'observer, afin de voir s'y j'y trouverais la confirmation ou la négation de la doctrine nouvelle professée par notre éminent collègue.

Mes études sur ce sujet m'avaient conduit, ainsi que la plupart des médecins qui observaient avec moi, à voir dans le typhus une maladie septique, née dans un milieu infectieux et propagée ensuite par contagion, c'est-à-dire à admettre la doctrine généralement adoptée.

Ma première impression n'était donc pas favorable à la doctrine proposée par M. Chauffard. Mais il pouvait se faire qu'en étudiant de nouveau à la lumière de son discours, j'y trouvasse des données à l'appui.

M. Fauvel expose d'abord les faits. De cet exposé très-détaillé, il déduit les conséquences suivantes :

De tout ce qui précède, il résulte que le typhus n'a pas éclaté inopinément dans notre armée à la manière d'une maladie importée, que son début a été précédé par une aggravation progressive dans l'état sanitaire de nos troupes sous l'influence de fatigues extrêmes, d'une mauvaise alimentation, d'une station prolongée sur un sol fétide, de l'entassement des hommes pendant l'hiver dans des tanières ou des tentes infectées, de l'agglomération outre mesure de blessés et de malades déjà septicémisés, dans les ambulances, à bord des navires de transport et dans les hôpitaux; que cette aggravation dans l'état sanitaire se traduisait par le nombre croissant des diarrhées incoërcibles, des états scorbutiques, par la pourriture d'hôpital, les infections septique et purulente chez les blessés, enfin qu'avant l'apparition du typhus, on notait déjà depuis un certain temps que la plupart des manifestations morbides étaient accompagnées d'un état typhique qui leur imprimait une gravité insolite.

C'est au milieu de cet état de choses et alors que les affections scorbutiques prenaient une grande extension, que le typhus exanthématique se montra sourdement, d'une manière insidieuse, d'abord en Crimée, puis à Constantinople, confondu dans ces premiers moments avec la fièvre typhoïde et les états typhiques antérieurs, jusqu'au jour où, prenant de l'extension et attaquant des organismes sains, il apparut avec tous ses caractères propres.

Une fois déclaré dans nos hôpitaux, le typhus s'y maintint avec des oscillations en rapport avec l'état sanitaire général et l'encombrement, en même temps que des manifestations typhiques plus ou moins graves accompagnaient la plupart des états morbides diversement localisés. Cette influence typhique généralisée suivit toutes les oscillations de l'épidémie de typhus.

Il me semble donc difficile de ne pas admettre un lien de parenté entre ces états typhiques et le typhus proprement dit, c'est-à-dire une relation de cause.

Considérant ensuite ce qui se passait à côté, M. Fauvel montre l'armée anglaise d'abord atteinte la première, alors que l'armée française n'avait rien encore, n'ayant plus ni scorbut ni typhus du moment où elle a été largement pourvue.

Ainsi, voilà deux armées vivant côte à côte sur le même sol, ayant entre elles des relations constantes et où l'état sanitaire suit une progression inverse en rapport avec les conditions hygiéniques auxquelles elles sont soumises. L'une, l'armée anglaise, subit tout d'abord les conséquences de son incurie administrative, elle est cruellement atteinte par le scorbut et le typhus; mais à mesure que son état hygiénique s'améliore, ces maladies s'atténuent, et bientôt elle en est entièrement délivrée.

L'autre, mieux pourvue au commencement, souffre moins dans les premiers temps; mais, comme ses conditions hygiéniques, loin de s'améliorer tendent plutôt à devenir plus mauvaises, l'armée française va s'étiolant, se cachectisant de plus en plus, et devient finalement la proie d'une épidémie des plus meurtrières.

Ne trouve-t-on pas dans cette comparaison la preuve incontestable de l'action toute-puissante des causes dites banales sur la production du typhus?

Rien de semblable n'a eu lieu ni à Paris ni à Metz, du moins au degré où étaient les choses en Crimée. Il y a tout lieu de présumer que si la situation où était la population de Paris s'était prolongée plus longtemps, des faits semblables se seraient produits.

Reste à examiner le côté doctrinal de la question. C'est ce que M. Fauvel se propose de faire dans une suite de cette lecture qui, vu l'heure avancée, est renvoyée à la séance prochaine.

La séance est levée à quatre heures trois quarts.

VARIÉTÉS

Paris, ses organes, ses fonctions et sa vie dans la seconde moitié du dix-neuvième siècle (seconde édition). Tome second (1), par MAXIME DU CAMP.

L'alimentation de Paris est une des plus grosses questions que jamais économiste se soit posée. Il suffit de se reporter à la vieille France, de se souvenir du droit haineux, d'écouter les derniers échos de la *Complainte du pauvre commun*, pour comprendre tout ce qu'il a fallu d'efforts et de travaux consciencieux pour arriver à clore l'ère des famines qu'il serait injuste de faire peser sur l'ancien régime; car notre état actuel n'est que le résultat des travaux, des épreuves et des souffrances de l'époque qui précéda notre révolution de 1789. Il est, toutefois, vrai de dire que la question de l'alimentation non-seulement de Paris, mais de la France entière, date de la Révolution. Cependant n'oublions pas combien sous le régime républicain, il y eut encore de doutes, d'excès, de fausses idées sur la question des subsistances. Mais les questions économiques gagnaient du terrain, et dans un chapitre intitulé *Dispositions générales*, nous voyons où en est arrivée l'autorité municipale dans cette question : ce qu'on appelle les facteurs; le rôle de nos marchés, et ce qui est le plus singulier, que si Paris est un gros mangeur, l'Angleterre vient elle-même s'approvisionner à Paris.

La viande, le pain et le vin dominent l'alimentation. Voici d'abord la halle aux blés, puis le marché aux bestiaux, et enfin l'entrepôt général : trois établissements qui répondent aux besoins de cette triple base de l'alimentation. Rien de plus curieux que de suivre les dispositions qui ont permis d'élever ces trois halles à la hauteur, et disons-le, à la simplicité merveilleuse de leur fonctionnement. La halle aux blés était peut-être mieux connue à cause des graves questions de famine, qui s'attaquaient toujours aux grains. Mais la viande joue un grand et légitime rôle dans l'alimentation du dix-neuvième siècle, et après avoir visité le marché aux bestiaux et compris les soins dont on entoure l'alimentation du peuple parisien, nous recommandons la visite aux abattoirs; faites dans un fauteuil, elles sont faciles, et le médecin y puisera des enseignements qui lui feront mieux comprendre les progrès de l'hygiène.

Les éléments de l'alimentation sont introduits dans Paris; ils sont prêts à être livrés au consommateur; il ne lui manque qu'un lieu où les transactions puissent s'opérer convenablement. Oublions un instant les marchés que nous avons vus jadis. Voici les halles centrales; une des plus belles créations de l'hygiène moderne. M. Maxime du Camp nous conduit par la main aux pavillons. Il nous

(1) In-8°. Prix du volume : 7 fr. 50. — L. Hachette et Ce.

fait assister aux transactions et nous livre des industries mystérieuses et presque sans noms. Puis il nous montre le marché, devenu ambulant, allant à la rencontre de celui que les exigences de la vie empêcheraient d'aller chercher ses aliments. Il n'y a qu'un mot devant ces révélations : c'est merveilleux !

Le peuple a mangé : mais il lui faut autre chose, un besoin lui est né, et l'Etat a su y trouver une si belle source de profits, que nous avons grande crainte de voir s'épuiser en vain les efforts pour parer aux excès. Le tabac est, en effet, tellement entré dans nos mœurs, que l'État s'en est emparé. De là une première question, le monopole.

Depuis Nicot, jusqu'à l'établissement des tabacs confiés aux anciens élèves de l'École polytechnique, quelle distance! Voici le laboratoire! et plaignons-nous des nôtres! — Passons au Gros-Caillou, assistons à toutes les préparations qui transforment le tabac. Voici les cigares. Quelles études ont préparé cette dernière expression du bon dans le mauvais. Voulons-nous creuser plus avant le problème, suivons M. Maxime du Camp dans son étude de la nicotine, et nous verrons l'apport de ce poison, dans ce que l'alcoolisme et l'absinthe fournissent à nos asiles d'aliénés.

Le cigare coûte cher, plus cher que l'absinthe — et cette dernière ne sera jamais assez chère, selon nous — il faut donc de l'argent monnayé. M. Maxime du Camp nous répond immédiatement en nous faisant pénétrer dans l'hôtel du quai Conti.

Poinçons, fabrication, médailles et garantie, telles sont les termes de cette usine où la science le dispute à l'industrie pour rendre certaines et plus assurées les conditions de sûreté absolue réclamées par ce métal destiné à nos transactions journalières. L'or, l'argent et les métaux ne sauraient suffire aux conditions économiques des échanges, et dans la Banque de France, nous allons voir une des plus belles institutions qui existent.

La Banque est un État : voici son gouvernement et les conditions qui en font une maison de crédit de premier ordre : voici ses billets, la manière dont on les fait, les garanties dont on les entoure; les attaques qu'on dirige contre eux. Puis les opérations de cette institution vont nous émerveiller par l'ordre, la richesse et en même temps l'esprit de longanimité qui y président. La Banque est une riche famille, et on y sent l'esprit de famille, dans ce qu'il y a de bon et de plus estimable dans la nature humaine. On a parlé bien souvent des retraites où la Banque cachait ses trésors. M. Maxime du Camp n'a rien d'ignoré; avec lui nous pénétrons dans les caves de la Banque; et quand nous les aurons parcourues, vous partagerez entièrement notre appréciation en disant que ce second volume est entièrement à la hauteur du premier, pour l'intérêt, la diversité et l'imprévu des révélations que nous lui devons.

Des purgatifs et du sulfovinate de soude, par M. le docteur Jules Benoit, ancien médecin en chef de l'hôpital de Rocroi.

Ce travail est destiné à faire connaître aux médecins les propriétés thérapeutiques de ce sel, auquel M. le docteur Rabuteau avait déjà, dans l'*Union médicale*, consacré un article dont voici les conclusions :

1° Le sulfovinate de soude purge à des doses relativement faibles; — 2° Le nombre des selles varie suivant la quantité ingérée. Les effets commencent à se manifester en général au bout d'une heure; — 3° Le sulfovinate de soude est le plus doux des purgatifs salins, sans doute parce qu'il n'est pas exclusivement minéral comme le sulfate de soude. Il ne produit aucune fatigue, aucune douleur; il fait même disparaître les coliques qui pouvaient exister avant son administration, par exemple, dans certaines diarrhées qu'il peut arrêter rapidement; — 4° Ce médicament ne produisant aucune douleur, aucune contraction intestinale anormale, agissant en un mot comme des purgatifs dyalitiques, peut être prescrit même pendant la menstruation et pendant la grossesse; — 5° A cause de sa saveur très-faible d'abord, puis sucrée, il est pris sans répugnance par les personnes les plus difficiles et par les enfants; — 6° Le sulfovinate de soude doit être préféré au citrate de magnésie, attendu qu'il présente les avantages et non les inconvénients de ce dernier sel. D'abord, il est plus agréable à prendre que ce dernier médicament lorsqu'il est dissous dans l'eau de Seltz; en second lieu, il ne peut déterminer la formation d'aucun calcul.

(1) Brochure in-8. — Adrien Delahaye.

THÈSES
SOUTENUES A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS
PENDANT L'ANNÉE 1873.

132. Alquier. De l'anesthésie cutanée et de sa valeur séméiologique.

133. Beau. Étude physiologique et clinique sur la période de défervescence dans les maladies aiguës fébriles.

134. Potheau. Étude sur la valeur séméiologique de la ménorrhagie ou exagération du flux mensuel.

135. Jagueneau. Essai sur la symptomatologie et le diagnostic de la phthisie pulmonaire commençante.

136. Girard. Résorption urineuse et urémie dans les maladies des voies urinaires. — Contribution à l'étude du traitement de la pierre dans la vessie.

137. Sève. Étude sur les variations de la température animale sous l'influence de certaines substances médicamenteuses.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Par décret en date du 22 mai 1873, ont été nommés ou promus dans l'ordre de la Légion d'honneur :

Au grade de commandeur : M. Godelier, médecin principal de première classe.

Au grade d'officier : MM. Eon et Tassard, médecins-majors de première classe.

Au grade de chevalier : MM. Maturié, médecin-major de première classe; Mairet, Denoix et Dumaine, médecins-majors de deuxième classe; Pressoir, pharmacien-major de première classe; M. le docteur Milhet-Fontarabie, maire de la ville de Saint-Paul (Réunion); Petit, vétérinaire en premier; Sorbière et Auger, vétérinaires en deuxième.

— Le 23 mai, M. Waddington, ministre de l'instruction publique, a réuni dans son cabinet M. Jourdain, inspecteur général de l'enseignement supérieur, et M. Mourier, vice-recteur de l'Académie de Paris, désignés pour procéder, sous sa présidence, au dépouillement des votes des professeurs des Facultés des divers ordres pour le choix de leurs délégués au Conseil supérieur de l'instruction publique.

Le dépouillement a donné les résultats suivants :

Dans l'ordre des Facultés de médecine, 57 professeurs ont pris part au vote. M. Wurtz, doyen de la Faculté de médecine de Paris, a obtenu 47 voix; M. Bouisson, doyen de la Faculté de médecine de Montpellier, 6; M. Gavarret, professeur à la Faculté de médecine de Paris, 2; M. Tardieu, professeur à la même Faculté, 1. Bulletin blanc, 1.

Dans l'ordre des Facultés des sciences, 84 professeurs ont pris part au vote. M. Milne Edwards, doyen de la Faculté des sciences de Paris, a obtenu 55 voix; M. Paul Bert, professeur à la même Faculté, a obtenu 24 voix; M. Isidore Pierre, doyen de la Faculté des sciences de Caen, 3; M. Favre, doyen de la Faculté des sciences de Marseille, 2.

En conséquence, sont élus membres du Conseil supérieur de l'instruction publique, M. Wurtz, doyen de la Faculté de médecine de Paris; M. Milne Edwards, doyen de la Faculté des sciences de Paris.

— Nous sommes heureux d'annoncer que notre excellent ami et collaborateur, M. le docteur Netter, médecin principal en retraite, vient d'être nommé bibliothécaire de la Faculté de médecine de Nancy.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Comptes rendus des séances de la Société de biologie. (Fascicule 1er janvier à fin mars 1873.) Le premier fascicule des Mémoires paraîtra prochainement. Les deux parties formeront, à la fin de l'année, 1 fort vol. in-8°, accompagné de planches noires et coloriées. — Prix de l'abonnement : 7 fr. — Paris, Adrien Delahaye.

Du diagnostic des maladies traitées par les eaux thermales de Vichy, par le docteur Léonce Souligoux, médecin consultant à Vichy. 1 vol. in-8°. — Prix : 3 fr. 50. — Adrien Delahaye.

L'Étudiant micrographe, traité pratique du microscope et des préparations, par Arthur Chevalier, O. ✻, 1 vol. de 600 pages, 600 figures : 7 fr. 50. — Delahaye, place de l'École-de-Médecine. — Catalogue illustré des microscopes, gratis, chez Arthur Chevalier, Palais-Royal.

Des diarrhées chroniques et de leur traitement par les eaux de Plombières, par le docteur Bottentuit, ancien interne des hôpitaux de Paris, chevalier de la Légion d'honneur, etc. — Prix : 2 francs. — Paris, Delahaye.

Clinique ophthalmologique du Dr Wecke, relevé statistique par le docteur Georges Martin, chef de clinique, des opérations pratiquées pendant l'année 1872. In-8° avec 9 figures. — Prix : 1 fr. 25. — Paris, Adrien Delahaye.

Le Directeur : Dr E. Le Sourd.

Paris. — Typographie A. Pougin, quai Voltaire, 13.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Bureaux : 57, rue des Saints-Pères, 57
PRÈS L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix d'abonnement doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois

On s'abonne hors de Paris dans les bureaux des Messageries et chez les Libraires. Les lettres non affranchies sont refusées.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui n'en peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS: Trois mois. . . 8 fr. 50 c. Six mois. . . 16 — Un an. . . . 30 —

POUR L'ÉTRANGER le port en sus suivant les derniers tarifs des Postes.

REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE

Ligature de l'artère linguale.

Dans un mémoire sur la ligature de l'artère linguale lu à l'Académie de médecine en 1868, M. Demarquay faisant remarquer l'espèce de contraste qu'il y avait entre l'importance théorique donnée à cette opération dans les traités de médecine opératoire et la place minime qu'elle a occupée en réalité jusqu'à présent dans la pratique, se demandait si ce n'était pas à un sentiment exagéré des difficultés de cette opération qu'il fallait attribuer l'hésitation de beaucoup de chirurgiens à la tenter, alors même que de cette hésitation pouvait dépendre le salut des malades.

Nous avons été témoin, il y a quelques jours, d'un fait qui nous a montré du même coup et la facilité avec laquelle on peut atteindre cette artère pour la lier, à la condition, bien entendu, d'avoir parfaitement présente à l'esprit la connaissance exacte de la région où elle est accessible, et les services qu'elle peut rendre dans des cas d'urgence où tout autre moyen serait inapplicable ou manifestement insuffisant. Nous assistions à la visite de service de chirurgie de la Maison de santé où, entre autres malades que M. Demarquay avait signalés à notre attention, nous avions remarqué un homme qui avait subi quelques jours auparavant une amputation partielle de la langue, lorsqu'on vint le prévenir que cet homme venait à l'instant même d'être pris d'une hémorrhagie incoërcible qui menaçait immédiatement ses jours. En arrivant auprès de son lit, nous le vîmes, en effet, la bouche béante penchée au-dessus d'une cuvette déjà remplie de sang.

M. Demarquay n'eut pas un instant d'hésitation. Ayant préalablement reconnu la position de l'os hyoïde, il pratiqua parallèlement à cet os une incision s'étendant du bord antérieur du muscle sterno-cléido-mastoïdien vers la ligne médiane du cou et ne comprenant d'abord que la peau. Dans une seconde incision, il coupa le muscle peaucier et les parties sous-jacentes à la peau, de manière à mettre à découvert la glande sous-maxillaire et au-dessous d'elle le muscle digastrique. Arrivé à ce point et ayant senti du doigt toute l'étendue de la grande corne de l'os hyoïde qui forme l'un des côtés d'un triangle dont les autres côtés sont formés par le tendon du digastrique et par une ligne qui se dirige du côté de la carotide, c'est au fond de ce triangle, tout près de la grande corne de l'os hyoïde qu'il a cherché à percevoir les battements de l'artère linguale à travers l'épaisseur du muscle hyoglosse. Une incision des fibres de ce muscle faite avec précaution mit à nu l'artère placée à proximité du nerf hypoglosse. L'artère ayant été isolée et saisie à l'aide d'une aiguille de Deschamps fut liée. L'hémorrhagie s'arrêta aussitôt.

Pansement ouaté.

Dans l'une de nos revues du mois de mars dernier, à l'occasion de deux cas d'accidents survenus chez des sujets qui avaient été pansés à l'ouate à la suite d'amputation de phalanges, sans prétendre le moins du monde établir un rapport certain entre ces deux circonstances, l'accident et le mode de pansement, nous faisions un appel soit au souvenir des praticiens, soit à des observations nouvelles pour lever un dernier scrupule à l'égard d'une ancienne opinion qui attribuait au tissu de coton une action irritante ou malfaisante sur les plaies. Non-seulement notre appel est resté sans réponse affirmative au point de vue de la nocuité présumée, mais nous avons eu l'occasion, depuis, de voir et de vérifier par nous-même, dans le service de M. Alph. Guérin, à l'Hôtel-Dieu, un magnifique résultat du pansement ouaté pour l'une des plus graves opérations de la chirurgie, pour une résection du coude.

Une femme à laquelle M. Alph. Guérin a pratiqué, il y a environ six semaines, une résection du coude gauche pour une arthrite tuberculeuse avec une perte de substance des os d'au moins 0m,13, a été pansée devant nous. C'était le deuxième pansement qu'on lui faisait depuis l'opération. Le premier avait été fait le vingtième ou le vingt-deuxième jour. Le pansement qu'on défaisait en notre présence était en place depuis quinze jours. Si ce n'est pas sans surprise ce n'a pas été du moins sans une vive satisfaction que nous avons constaté, malgré l'abondance de la suppuration qui était emprisonnée depuis si longtemps sous l'appareil, l'absence de toute odeur putride et l'excellent aspect de la plaie qui était couverte de beaux bourgeons charnus. Ajoutons que l'opérée, bien qu'atteinte d'une affection diathésique grave, avait très-bon aspect, qu'elle n'avait jamais cessé de s'alimenter depuis son opération, qu'elle était sans fièvre et qu'elle n'avait jamais accusé aucune douleur dans son membre.

Nous ne rappellerons pas ici le *modus faciendi* de ce pansement que nos lecteurs connaissent, nous ferons remarquer seulement qu'il n'a toute son efficacité qu'à la condition qu'il soit fait comme nous l'avons vu faire, c'est-à-dire à grand renfort d'ouate accumulée couche sur couche autour de la plaie et bien au delà de ses limites, de manière à ce que l'occlusion soit exacte à ses deux extrémités.

Il suffit d'avoir été témoin d'un pareil pansement pour se rendre compte aisément des excellents effets qu'on en obtient et de la réalité des propriétés particulières qui lui ont été attribuées, savoir : assurer l'immobilité du membre sans gêne ni douleur et le prémunir contre l'action de tout choc et de toute secousse à raison de l'élasticité des agents mêmes du pansement ; prévenir tout contact des éléments nuisibles dont l'air peut être le véhicule par l'action filtrante de l'ouate sur ce fluide ; entretenir l'uniformité de température autour de la plaie, et enfin ne nécessiter que de très-rares pansements.

Quelque faible que puisse être notre témoignage après ceux qui sont venus de toutes part confirmer les premiers résultats obtenus par M. Alph. Guérin, nous tenons à le donner et à exprimer ici l'impression que ce fait a produite sur notre esprit.

Propriétés antiputrides et antifermentescibles des solutions d'hydrate de chloral.

Dans une communication à la Société médicale des hôpitaux, dans l'une des séances du mois d'avril, M. Dujardin-Beaumetz a exposé les résultats d'une série d'expériences qu'il a entreprises avec le concours de M. Hirne, interne des hôpitaux, sur les propriétés antifermentescibles de l'hydrate de chloral et les applications qui en ont été faites à la thérapeutique.

Une première série d'expériences ayant établi que le chloral empêche la fermentation dans un grand nombre de substances, dont la plupart contiennent des principes albuminoïdes, des expériences thérapeutiques ont été faites en conséquence de ce fait acquis. Elles se rapportent aux groupes suivants :

Plaies de mauvaise nature. — Gangrène de la peau ou des muqueuses. — Ulcères carcinomateux. — Chancres phagédéniques ; maladies de la peau.

Lorsqu'on applique l'hydrate de chloral sur la peau ou sur les muqueuses, on détermine une action caustique fort énergique, mais à mesure que l'on étend ce chloral dans l'eau, cette action caustique s'atténue de plus en plus, pour disparaître complétement lorsque la solution ne contient plus que 1 gramme pour 100 de principe actif.

M. Beaumetz a fait de nombreuses applications de ces solutions chloralées au centième et au cinquantième, comme pansement soit de plaies gangréneuses, soit de plaies de mauvaise nature.

Depuis, dans deux cas semblables, M. le docteur Martineau suivant ces indications, a appliqué avec avantage les solutions de chloral pour les eschares profondes produites par la dothinentérie. Nous en avons déjà fait connaître les résultats.

Dans une observation recueillie dans le service de M. Cadet de Gassicourt, l'application topique du chloral a amené la guérison d'une plaie gangréneuse du cou, survenue dans le cours d'une rougeole, chez un enfant de dix-huit mois.

M. Cadet de Gassicourt a obtenu aussi d'heureuses modifications dans un cas de chancre phagédénique.

Dans le service de M. le professeur Dolbeau existe une malade atteinte d'une de ces plaies à marche envahissante, qui se rapprochent par bien des points de l'esthiomène, et qui, partie d'un des côtés de la vulve, occupe en ce moment toute la région inguinale droite. Cette plaie, qui dure depuis longtemps, n'avait pu, jusqu'ici, être modifiée par aucun traitement. Sur le conseil de M. Beaumetz, M. Dolbeau a employé une solution de chloral au centième, et dès le lendemain, la malade éprouvait une amélioration très-notable ; la plaie était complétement modifiée ; les bourgeons charnus apparaissaient à sa surface, et la cicatrisation a fait depuis des progrès sensibles.

Collections purulentes. — Pleurésies suppurées. kystes hydatiques.

Les solutions chloralées ont été employées aussi au centième dans les cas d'empyème ; et ces injections ont toujours paru modifier fort heureusement l'écoulement purulent et les parois de la plèvre.

Ce mode de traitement a été appliqué dans quatre cas d'empyème, et ce procédé a paru donner des avantages plus marqués que les injections iodées.

Dans un cas de kyste hydatique suppuré, l'emploi de solutions chloralées au centième a paru aussi modifier d'une façon plus active la poche suppurante.

Les faits exposés par M. D. Beaumetz devant ses collègues de la Société des hôpitaux peuvent se résumer dans les conclusions suivantes :

1° L'hydrate de chloral est un corps antiputride et antifermentescible ;

2° Les solutions chloralées au centième modifient heureusement les plaies de mauvaise nature et les cavités suppurantes ;

3° En empêchant toute décomposition des urines, les solutions chloralées sont appelées à rendre de grands services dans les maladies des voies urinaires ;

4° Les solutions de chloral n'ont aucune action dans la septicémie expérimentale.

VOMISSEMENTS INCOERCIBLES DE LA GROSSESSE

AVORTEMENT PROVOQUÉ. — GUÉRISON

Par M. le docteur ANGOT.

Marie G..., fermière, âgée de vingt-cinq ans, d'une santé et d'une constitution peu communes, mariée le 15 novembre 1872, à Saint-Germain-le-Fouilloux (Mayenne), est, selon toute probabilité, devenue enceinte vers le 10 janvier de cette année, ayant encore vu ses règles à la fin de novembre et de décembre 1872. Dès le 25 janvier, elle fut atteinte de vomissements tels, que sa famille qui ne l'avait jamais vue malade, crut devoir appeler un médecin. Celui-ci vint voir la malade à plusieurs reprises et lui prescrivit à chaque fois des remèdes, que la malade prenait, il faut le dire, avec répugnance, et rejetait presque aussitôt, comme ce qu'on lui donnait en fait de nourriture, ne fût-ce même que quelque peu d'eau sucrée.

La malade dépérissait à vue d'œil, selon l'expression des gens de la ferme, et on jugea à propos de voir un médecin de la ville. Je fus donc appelé, et voici l'état dans lequel je trouvai la malade le 15 février : épuisement extrême, agitation incessante, efforts continuels de vomissements glaireux, petitesse extrême du pouls, amaigrissement considérable, absence complète de sommeil, et cela depuis quinze jours déjà, en un mot, une expression de faiblesse et d'abattement telle que j'eus l'idée de provoquer immédiatement l'avortement ; je me bornai toutefois à une cautérisation sur le col, lequel était un peu ramolli, et à une légère dilatation de sa cavité avec une pince à polypes.

Cette manœuvre, que je considérais comme bien insignifiante,

amena cependant pour quelques jours un peu de repos, et permit à la malade de supporter un peu de nourriture. Mais ce ne fut pas pour longtemps, et dès le 25 février, les vomissements revinrent avec une telle intensité, qu'il était facile pour tout le monde de prévoir une terminaison fatale et prochaine. Aussi n'hésitai-je pas, et le 1er mars, après avoir vainement essayé les jours précédents d'amener l'avortement par l'introduction répétée de la sonde utérine, le 1er mars, dis-je, je crus devoir en venir aux douches non-seulement vaginales mais rectales. Le 2, le 3 et le 4 mars, deux douches furent données comme je viens de le dire, sans provoquer de contraction du côté de la matrice. Toutefois, confiant dans ce moyen, je ne jugeai pas à propos de le répéter davantage, et en effet, le 8 mars, une perte légère se déclara, continua le 9, et amena le 10, à trois heures du matin, presque sans douleur, l'expulsion d'un avorton de fœtus, que les gens m'apportèrent, sans aucun débris de membranes. Ce ne fut que quatre jours après, le 14, que le délivre fut rendu.

Pendant tout ce temps, la perte fut heureusement très-modérée, grâce aux réfrigérants employés, car la malade ne voulait encore prendre aucun remède autre que du vin froid, du bouillon et de l'eau-de-vie, toniques avec lesquels j'ai pu combattre les fréquentes syncopes qu'elle éprouvait. Dès le 16, on voyait que la malade renaissait à la vie. Je n'ai point eu, du reste, chez elle cette diarrhée, qui tue, parait-il, beaucoup de ces pauvres patientes.

Un pareil résultat dans un cas aussi désespéré, me paraît bien propre à encourager celui que la crainte retiendrait à pratiquer une pareille opération, laquelle me paraît pleinement justifiée si elle n'est employée qu'en désespoir de cause, mais à temps toutefois.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 16 avril 1873. — Présidence de M. Maurice Perrin, vice-président.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

CORRESPONDANCE

La correspondance comprend :

La *Gazette des Hôpitaux*; — l'*Union médicale*; — la *Gazette hebdomadaire*; — la *France médicale*; — le *Mouvement médical*; — le *Bulletin général de thérapeutique*; — le *Journal de médecine et de chirurgie pratiques*; — la *Tribune médicale*; — le *Lyon médical*; — le *Montpellier médical*; — le *Bordeaux médical*; — le *Bulletin médical du nord de la France*.

Le *Rapport fait à la Société académique des Hautes-Pyrénées au nom de ses délégués au congrès*, par Jules Mareschal.

Traitement de la tumeur et de la fistule lacrymales par la cautérisation du sac combinée avec la section d'un conduit lacrymal, par le docteur Paul Olivier (de Rouen).

M. le Président annonce à la Société que MM. Pétrequin (de Lyon), Courty (de Montpellier), Herrgott (de Nancy), membres correspondants, assistent à la séance.

LECTURE

M. Courty (de Montpellier) lit le travail suivant.

Traitement chirurgical des rétrécissements du col utérin. — Je me bornerai dans ce travail à parler du traitement chirurgical des rétrécissements de l'orifice vaginal du col.

En outre je supposerai admises quelques propositions qu'il serait trop long de développer ici et qui sont l'objet d'un autre travail, à savoir qu'il y a des atrésies ou imperforation du col, des étroitesses congénitales et des rétrécissements consécutifs sont dus presque toujours à la formation d'un tissu cicatriciel rétractile intéressant plus ou moins profondément la muqueuse et le tissu propre; qu'ils sont dans quelques cas, comme les étroitesses congénitales, de simples coarctions spasmodiques ou contractures; que ces contractures, dilatables à une époque, peuvent à une époque plus avancée devenir permanentes, ne pouvant plus être dilatées, c'est-à-dire passer à l'état de rétraction par la substitution du tissu fibreux au tissu musculaire; que dans ces étroitesses, comme dans celles du prépuce, et de plusieurs autres orifices naturels, la cause de la difformité est loin d'être toujours la même, mais qu'elle porte soit exclusivement sur le sphincter ou anneau musculaire plissant la muqueuse ou la fronçant comme une bourse dont on a tiré les cordons, soit exclusivement sur la muqueuse de la surface vaginale, de la paroi intracervicale ou des deux à la fois, soit enfin sur tous les tissus qui participent à la formation de cet orifice, et qui, dans ce dernier cas elle ne peut s'étendre à une certaine profondeur dans le col, ce qui constitue une étroitesse canaliculée; que les mêmes différences peuvent se rencontrer dans les cas d'atrésie proprement dite ou d'imperforation; enfin que dans les cas de rétrécissement consécutif il peut y avoir déviation de cet orifice par suite de l'irrégularité des cicatrices ou de l'hypertrophie partielle de l'une ou de l'autre des deux lèvres.

Il résulte de cette distinction entre les rétrécissements, d'après leur nature, que le même traitement ne saurait être applicable à tous.

La dilatation brusque peut guérir des contractures.

La dilatation soutenue quelques heures est parfois nécessaire alors.

La dilatation lente, renouvelée, pratiquée surtout à l'aide de tentes d'éponge, est utile dans les rétrécissements organiques, et, comme pour ceux de l'urèthre, elle n'est pas un simple palliatif, car elle peut provoquer la résolution graduelle de l'hypertrophie pathologique, qui cause le rétrécissement lorsque cette altération morbide n'est pas très-ancienne.

Mais, quoi qu'on ait dit, je puis affirmer que ces moyens ne suffisent pas au traitement de toutes les étroitesses du col, et qu'en se bornant à y appliquer des moyens dilatants, il est impossible d'obtenir non-seulement la cure radicale, mais la simple dilatation momentanée et passagère de l'orifice. J'ai rendu bien souvent mes confrères et mes élèves témoins de cette impossibilité. Après des essais de dilatation souvent répétés, variés de toutes les manières, quelquefois douloureux pour les malades, je n'obtenais qu'un agrandissement insignifiant de l'ouverture naturelle, qui se déchirait et saignait, plutôt que de céder à l'action des corps dilatants. Dans ce cas, l'orifice reste circulaire, il finit par acquérir, sous l'influence de la pression excentrique soutenue de la laminais ou de l'éponge, un diamètre de $0^m,002$ ou $0^m,003$, quelquefois même un peu plus, mais il se déchire, il saigne et il ne tarde pas à revenir à ses dimensions premières. Cela tient à ce que le tissu du col n'est pas seulement resserré sur lui-même, si l'on veut bien me passer l'expression, mais à ce qu'il manque d'étoffe ou à ce que l'orifice n'est pas façonné normalement dans ce tissu, au milieu duquel il se présente alors sous la forme d'un point ou d'un trou circulaire, ou d'un étroit canal cylindrique plus ou moins long, au lieu d'une ligne, d'une fente, enfin d'une bouche véritable (*os uterinum*) munie de deux lèvres.

Aussi dans ces cas, après les tentatives infructueuses de dilatation, il faut bien, de toute nécessité, recourir à des moyens chirurgicaux, si l'on veut créer un orifice qui se rapproche autant que possible de la forme et des dimensions de l'orifice normal, faire cesser, par suite, la dysménorrhée, qui est presque toujours liée à cette imperfection de structure, et tenter de guérir la stérilité, qui en est la conséquence naturelle.

Bien que l'expérience prouve, comme je viens de le dire, que la dilatation seule est impuissante dans ces cas, il faut bien pourtant en essayer d'abord, et cela pour deux raisons : la première est de s'assurer qu'il est nécessaire de recourir à un traitement; la seconde, c'est qu'on peut considérer la dilatation comme un moyen préparatoire utile, qui donne la mesure de ce qui reste à faire et éclaire

le chirurgien sur les ressources que lui présente l'organe et dont il peut tirer parti.

C'est alors le moment d'appliquer le traitement chirurgical. On peut avoir recours, suivant les cas, à trois méthodes différentes :

1° Le débridement instantané, à l'aide des instruments tranchants;

2° La section lente de chaque commissure par la méthode de l'anneau et de la constriction graduelle par un fil métallique ;

3° L'autoplastie de l'orifice utérin ou la formation d'un *os uterinum*, avec deux lèvres et des commissures ineffaçables.

I. Le seul moyen dont on ait fait usage jusqu'à ce jour, est le *débridement* ou *incision bilatérale*, *instantanée*, à l'aide d'hystérotomes simples ou doubles. Il est utile, je lui ai dû de nombreux succès et. en réalité, il est des cas où il est suffisant, soit seul, soit précédé et suivi de la dilatation.

Pour pratiquer cette opération, j'ai renoncé aux hystérotomes, car ils coupent trop peu ou trop profondément, ils coupent la muqueuse intra-cervicale et le tégument extérieur ou vaginal du col à des hauteurs différentes, moindres pour le dernier que pour le premier, ce qui est une condition défavorable ; enfin, ils ne permettent pas au chirurgien de mesurer l'étendue de l'incision, d'apprécier la résistance des tissus et de rester toujours maître de son intervention.

J'y ai substitué un simple ténotome, à lame étroite et à long manche ; mais cet instrument ne suffit pas, car le col fuit du côté où l'on dirige le tranchant, et la section est le plus souvent impossible.

Dans le principe, je conduisais cet hystérotome simple sur une sonde cannelée, qui servait à la fois à le guider et à donner à l'utérus quelque fixité. Comme il est inutile de guider l'instrument dans le col, la main qui tient le manche suffisant à cette besogne, et la sonde devenant quelquefois embarrassante dans l'orifice, j'en ai supprimé l'emploi et je l'ai remplacé par des érignes. D'abord, je me suis contenté de fixer le col ou de l'incliner dans un sens opposé à celui de la section, à l'aide d'une fine et longue érigne simple, ou d'une longue pince dont chaque mors constitue une érigne analogue, simple, coudée plutôt que recourbée en crochet, et dont les points n'excèdent pas $0^m,002$ ou $0^m,003$, de manière à blesser l'utérus le moins possible. Mais je n'étais pas encore pleinement satisfait de ces adjuvants, ils ne donnent pas toujours au col une fixité suffisante, surtout ils ne donnent pas aux tissus sur lesquels va porter la section cette tension favorable à la netteté et à la limitation exacte de l'incision.

Pour obtenir ce double avantage, j'ai eu recours à de longues et minces pinces érignes à mors divergents qui, introduites à une profondeur variable de $0^m,005$ à $0^m,010$ dans le col et ouvertes alors autant que possible, permettent de fixer parfaitement cet organe et de l'abaisser un peu au besoin, d'en distendre l'orifice et de tendre les tissus au devant du ténotome à mesure qu'ils sont coupés, de manière à préciser parfaitement l'étendue de l'incision, à la prolonger, à la compléter, dans un sens ou dans un autre, si c'est nécessaire.

Le ténotome est boutonné, habituellement droit; il peut être avantageux de se servir, suivant les cas, d'un ténotome concave ou d'un ténotome convexe. On peut se servir également de longs ciseaux, instrument préféré par quelques chirurgiens, mais qui me paraît avoir moins d'utilité que le ténotome, en ce qu'il se prête moins à la manœuvre de l'opérateur. Du reste, rien n'empêche d'avoir recours à l'un ou à l'autre de ces instruments, suivant le cas. Je veux dire seulement qu'aucun des deux ne paraît avoir sur l'autre une supériorité réelle ni justement motivée.

Mais, bien que le débridement bilatéral de l'orifice utérin réussit dans quelques circonstances à restituer à cet orifice des dimensions suffisantes, il s'en faut de beaucoup qu'il en soit toujours de même. Quand on l'a pratiqué souvent et qu'on a pu en vérifier les résultats définitifs, après un certain temps, on reconnaît que chez un grand nombre de malades, malgré le soin pris après le débridement, de pratiquer le cathétérisme et la dilatation, la cicatrisation des incisions s'est avancée graduellement des points extrêmes qui devaient former les commissures latérales des deux lèvres, vers la partie moyenne, au point de remettre l'orifice presque dans le même état qu'auparavant. On y gagne quelquefois alors d'amoindrir ou de faire disparaître la dysménorrhée, mais on ne peut concevoir aucun espoir de faire cesser la stérilité. J'ai même vu, chez plus d'une malade, les accidents dysménorrhéiques se reproduire avec le retour des conditions d'étroitesse de l'orifice. Il arrive, après ce débridement, ce qui arrive après la section simple de la palmature interdigitale : si l'on n'interpose pas de temps en temps le cathétérisme entre les deux lèvres, elles se réunissent très-rapidement, quelquefois par première intention : en admettant même qu'on ait fait d'abord cicatriser à droite et à gauche les incisions, le tissu cicatriciel se rétracte ou se résorbe à partir des angles droit et gauche de la cicatrice et finit par rapprocher ces deux angles l'un de l'autre, au point de les faire presque confondre avec le pourtour primitif de l'orifice. Cette terminaison se produit surtout lorsque l'étroitesse porte sur toute l'épaisseur du col, ou sur les muqueuses interne et externe de cet organe, de manière qu'il y a manque d'étoffe et que ces muqueuses ne peuvent pas rapprocher leurs bords de manière à se réunir et à recouvrir la surface de section du tissu intermédiaire.

On ne se contentera donc du débridement que lorsque le froncement de l'orifice indiquera une étendue suffisante de la muqueuse externe du col, et que le bec de la sonde introduit par cet orifice, pouvant librement se mouvoir dans tous les sens derrière lui, indiquera une étendue suffisante de la muqueuse interne. Alors il y a quelque chance pour que les bords des deux muqueuses adhérant complétement l'une à l'autre, assurent la persistance de l'élargissement dû au débridement.

II. Dans le but d'assurer la persistance de cet élargissement, j'ai imaginé de pratiquer le débridement du col d'une autre façon : par le passage d'un *anneau métallique en dehors de chaque commissure et sa constriction graduelle, consécutive.*

Cette nouvelle méthode consiste à assurer d'abord la persistance des angles qui formeront les limites de la division de droite et de celle de gauche, et qui devront être les commissures labiales de l'*os uterinum.* L'usage familier des fils métalliques, les avantages qu'ils présentent, la possibilité d'obtenir une cicatrisation des tissus qu'ils traversent et où ils séjournent un certain temps, comme on l'obtient tous les jours par l'introduction à demeure d'anneaux métalliques à travers le lobule de l'oreille, m'ont fait espérer que j'obtiendrais ainsi une commissure persistante, invariable ou ineffaçable pour chaque extrémité des futures lèvres d'un col à orifice trop étroit. J'ai donc fait construire un instrument, encore un peu trop volumineux, mais qui pourra être perfectionné, consistant en une sonde creuse que l'on introduit dans l'orifice utérin, et une érigne double accrochant extérieurement un des côtés du col et l'empêchant de s'éloigner de la sonde, pendant qu'à l'aide d'une vis de pression on pousse hors de la sonde une aiguille, qui traverse le col de dedans en dehors : cette aiguille porte un fil métallique qu'on dégage avec un petit crochet ou des pinces aussitôt qu'il se présente. En passant de chaque côté du col à une distance de $0^m,01$ à $0^m,02$ de l'orifice un fil d'argent, dont on rapproche et dont on tord les extrémités, de manière à en faire deux larges anneaux, en laissant ces deux anneaux à demeure une ou deux semaines et même davantage, et faisant dans le vagin, pendant tout ce temps, des injections détersives, on finit par obtenir, au bout de dix à quinze jours, deux orifices parfaitement constitués et n'ayant aucune tendance à l'oblitérer. Il est bon de ne pas toucher à ces anneaux métalliques jusqu'après la fin de la prochaine menstruation. Quelques jours après ce moment, il suffit de serrer tous les jours un peu plus chaque anse, à l'aide du fulcrum et des pinces, ou à l'aide du serre-nœud métallique à deux anneaux contigus portés au bout d'une longue tige, pour faire peu à peu la section des tissus compris entre les deux ouvertures artificielles et l'orifice naturel du col, sans effusion de sang, sans accidents et presque sans douleur, et pour obtenir ainsi une ouverture définitive, longitudinale, dont les dimensions

ne se réduiront pas à l'avenir d'une manière sensible ou du moins dans des proportions suffisantes pour faire perdre à la malade le bénéfice de l'opération qu'elle a subie.

Quand l'instrument nouveau qui doit servir à passer le fil métallique à travers le col sera assez perfectionné pour que la manœuvre devienne plus facile qu'elle ne l'est encore aujourd'hui, cette opération aura le double avantage d'être d'une grande simplicité et d'une efficacité incontestable. Qnand l'étendue des surfaces muqueuses du col est insuffisante, quand la forme de cet organe ne s'éloigne pas trop de la forme normale et surtout n'est pas sensiblement conique, quand son volume ne le rend pas trop saillant dans le vagin, le passage de l'anneau métallique et sa constriction graduelle consécutive donnent d'excellents résultats.

Lorsque les anomalies de volume et de forme dont je viens de parler existent, elles nécessitent d'autres opérations, notamment des résections partielles; lorsque l'étendue des surfaces muqueuses est insuffisante, on ne peut obtenir la formation d'un orifice durable qu'en le créant de toutes pièces.

III. Dans les cas où il y a, comme je le disais plus haut, manque d'étoffe, où l'étroitesse dépend du tissu intermédiaire autant que de la muqueuse, où la méthode de l'anneau métallique et de la section lente des tissus par constriction graduelle est insuffisante, il faut alors recourir à une véritable *autoplastie de l'orifice*, c'est-à-dire qu'il faut construire un orifice utérin artificiel, qui présente des conditions de forme et de dimensions aussi analogues que possible aux conditions de l'orifice naturel, de la manière que l'on construit partiellement un orifice buccal ou une ouverture palpébrale.

J'ai employé divers procédés pour faire cette autoplastie, suivant la diversité de longueur et de forme du col, d'épaisseur du tissu autour de l'ouverture étroite, de la disposition canaliculée de cet orifice, etc.

1° Ainsi, dans les cas où l'on pourrait à la rigueur se contenter d'une simple incision bilatérale, on se trouve bien d'affronter la muqueuse extérieure ou la muqueuse interne sur chaque lèvre, par un point de suture métallique à chaque extrémité. L'habitude de placer ces sutures pour le traitement des fistules vésico vaginales, en rend l'application facile sur les lèvres du col. De la sorte, il y a deux points de suture près de chaque commissure, et cela suffit pour maintenir un affrontement partiel qui prévient l'adhérence des parties divisées ou le retrait de la cicatrice. Mais pour que ce procédé soit applicable, il faut que les muqueuses externe et interne soient assez mobiles pour pouvoir être affrontées. C'est ce qui ne saurait arriver lorsque la muqueuse interne a peu d'étendue, souvent aussi lorsque le col est conique, particularité qui rend les suites du débridement peu conformes à la disposition normale, le col ayant alors deux longues lèvres allongées en forme de groin.

2° Dans ce cas, voici ce que je fais : je pratique une incision à droite et à gauche, comme pour un débridement, mais n'intéressant que la muqueuse, je dissèque alors en haut et en bas un lambeau quadrilatère adhérant par sa base, je fais la section d'une petite extrémité du cône dépouillé de sa muqueuse, et, rabattant les deux lambeaux, je les rattache chacun par un ou deux points de suture métallique à la lèvre correspondante : il n'est pas nécessaire que la suture soit continue, deux points à chaque lèvre sont très-suffisants. Ce procédé est très-supérieur pour les conséquences à la résection simple du col; car, à la suite de cette dernière, il y a souvent des difformités produites soit par les irrégularités, soit par le retrait de la cicatrice, laquelle reproduit un rétrécissement d'un autre genre et souvent un obstacle aussi sérieux, sinon à l'évacuation menstruelle, au moins à la pénétration de la semence.

3° Dans les cas où l'étroitesse existe sur un col et où il n'y a pas de conicité, mais où il serait impossible d'affronter les bords de la muqueuse intérieure avec ceux de la muqueuse extérieure, il faut s'y prendre d'une autre façon et assurer par-dessus tout la persistance des commissures. Au lieu de faire alors des lambeaux antérieur et postérieur, je taille des lambeaux latéraux, soit quadrangulaires, soit triangulaires (comme ceux que notre excellent confrère le docteur Cusco m'a dit qu'il taillait quelquefois pour assurer la persistance de la commissure interlabiale de l'orifice buccal dans la restauration de la bouche).

Il y a des cas où la forme du col comporte la préférence pour les lambeaux quadrangulaires, d'autres pour les lambeaux triangulaires. Les lambeaux étant taillés, disséqués et renversés, je distends bien l'orifice à l'aide de pinces-érignes divergentes, et je débride à droite et à gauche, comme dans le cas précédent, sans faire ici, bien entendu, aucune résection : les lèvres ainsi formées étant toujours tenues écartées par les érignes divergentes, j'insinue dans chaque commissure saignante que je viens de faire, plus ou moins profonde, suivant la nécessité, la surface saignante de chaque lambeau latéral, et je l'y maintiens à l'aide d'un simple point de suture de chaque côté ou de deux points de chaque côté serrés par simple torsion, ou formant une anse en dedans et retenus au dehors par un bouton de chemise, ou indépendants et reliés ensuite et retenus par deux boutons de chemise, un en dedans et un autre en dehors. Au bout de huit jours, on peut ôter les fils et les boutons, l'adhérence est produite.

Il est intéressant de constater les résultats consécutifs de ces autoplasties lorsqu'il s'est écoulé un certain temps depuis le moment où elles ont été pratiquées. J'en ai vu dernièrement qui ont été pratiquées depuis quatre ans, et j'ai constaté que le résultat que j'avais cherché à produire avait été parfaitement maintenu par mon opération.

J'ai pratiqué jusqu'à ce jour une douzaine d'autoplasties de l'orifice utérin par le procédé des lambeaux latéraux. Les résultats opératoires sont satisfaisants et durables. Il en est de même des résultats physiologiques : chez toutes les malades, les douleurs dysménorrhéiques ont cédé, trois d'entre elles ont cessé d'être stériles.

En résumé, lorsque les rétrécissements du col et notamment de l'orifice vaginal du col utérin ne peuvent pas céder à la dilatation, il est possible de leur appliquer très-avantageusement trois sortes d'opérations chirurgicales : la première, le simple débridement instantané à l'aide d'instruments tranchants; la deuxième, la section lente de chaque commissure par la méthode de l'anneau et de la constriction graduelle par un fil métallique; la troisième, l'autoplastie de l'orifice utérin; cette dernière opération comporte trois procédés différents : la simple suture après incision bilatérale, les deux lambeaux antérieur et postérieur et la résection de la partie proéminente du col conique, les deux lambeaux latéraux retenus par la suture dans les commissures artificielles.

Chacune de ces méthodes, chacun de ces procédés peut être employé suivant le cas, et par conséquent répond plus ou moins à une indication spéciale. Les résultats qu'ils produisent ne peuvent être obtenus par aucun autre moyen, notamment par la dilatation, quel que soit le procédé de dilatation auquel on ait recours.

M. DESPRÉS. Je voudrais demander à M. Courty s'il n'a observé aucune mort, aucune péritonite à la suite des opérations qu'il a pratiquées sur le col utérin rétréci.

Puis, il serait important de savoir à quoi tient la grande quantité relative de rétrécissements du col de l'utérus qu'il a opérés. En effet, sans avoir l'expérience de M. Courty, j'ai vu, pendant sept ans, à l'hôpital de Lourcine, 4,000 cols de l'utérus environ sur des femmes de tout âge, et je n'ai rencontré que deux rétrécissements capables d'exiger l'intervention chirurgicale. Je ne parle pas des étroitesses relatives du col chez des femmes soumises antérieurement à mon examen, à des cautérisations du col avec le fer rouge ou avec le crayon de nitrate d'argent laissé à demeure, cautérisations qui me paraissent être une détestable pratique.

M. BLOT. Je suis, ainsi que M. Després, surpris de la fréquence des rétrécissements du col utérin rencontrés par M. Courty. Depuis vingt sept ans, j'ai été bien souvent tourmenté par des jeunes femmes désirant être mères, et si j'ai vu sept ou huit cas de cols

rétrécis, je n'en ai pas vu d'assez étroits pour nécessiter une intervention chirurgicale.

De plus, M. Courty ne nous a parlé que des rétrécissements de l'orifice externe. Or, je ne comprends absolument pas qu'en ne s'attaquant qu'à cet orifice, il puisse faire disparaître la dysménorrhée et la stérilité. Sans dilatation de l'orifice interne, les fausses membranes qui accompagnent ordinairement la dysménorrhée ne pourront sortir. Quant à la stérilité, les causes en sont si complexes, que l'on ne peut guère affirmer l'avoir guérie. Peut-on expliquer pourquoi certaines femmes conçoivent après cinq, dix et même quatorze ans de mariage? Je crois, pour mon compte, qu'il y a pour les organes génitaux une certaine maturité nécessaire à la conception, que le mariage développe, mais qui n'existe pas toujours à cette époque.

Je résume mon argumentation en disant :

1° Je suis surpris du nombre de cas d'étroitesse du col utérin rencontrés par M. Courty;

2° Je reproche à notre collègue de ne s'occuper que de l'orifice externe;

3° L'étroitesse du col n'a pas, selon moi, autant d'importance qu'on le dit sur la production de la dysménorrhée, qui reconnaît le plus souvent pour cause une irritabilité nerveuse.

M. COURTY. Je n'ai nulle intention de m'occuper ici de la dysménorrhée ou de la stérilité. C'est une pure question de médecine opératoire que j'ai voulu aborder. Je dirai seulement à M. Després que le genre de malades qu'il reçoit à Lourcine me paraît expliquer la rareté des cas d'étroitesse du col dans cet hôpital.

Je n'ai perdu aucune de mes opérées. Je n'en ai pas d'ailleurs un grand nombre : j'ai opéré douze femmes par le procédé des commissures artificielles.

A M. Blot, je dirai qu'il est très-rare que l'orifice interne soit aussi étroit que l'externe, et l'orifice interne n'est ordinairement resserré que si l'interne est libre.

Les accidents dysménorrhéiques ont cessé à la suite de mes opérations. Je partage l'opinion de M. Blot sur les causes multiples de la stérilité; je ne crois pas toutefois que la conception puisse se faire à travers un col conique et très-étroit.

M. VERNEUIL. Je désirerais que M. Courty nous fixât davantage sur les indications opératoires; je voudrais qu'il nous édifiât sur la valeur des divers procédés qu'il nous a exposés. Les indications me paraissent très-difficiles. J'ai vu, à la suite d'une amputation, un col recevant à peine un stylet et les règles étaient normales. Dans un autre cas d'étroitesse, je songeais à employer l'électrolyse, mais ayant trouvé un ovaire douloureux, je m'attaquai à ce symptôme et la dysménorrhée disparut.

J'ai vu Robert pratiquer plusieurs débridements du col dans des cas de dysménorrhées membraneuses; accident qu'il attribuait à un spasme de la portion cervicale.

M. COURTY. Je n'ai pas tracé ici le chapitre des indications qui sont, en effet, fort difficiles, parce que je n'ai voulu faire part à la Société que de ce qui a trait à la médecine opératoire.

Je crois aussi aux contractures spasmodiques du col comme cause de dysménorrhée.

(A suivre.)

VARIÉTÉS

Manuel de microscopie dans ses applications au diagnostic et à la clinique, par MM. MATHIAS DUVAL et LÉON LEREBOULLET (1).

Voici un petit volume qui, par la modicité de son prix et par la concision de son texte, est appelé à prendre place dans la bibliothèque de l'étudiant et du jeune médecin qui veulent se mettre au courant des recherches les plus récentes de la micrologie.

La prolixité des micrologues est telle qu'on est heureux de trouver un résumé bien fait des applications du microscope au diagnostic. Sous ce rapport, le livre de MM. Duval et Lereboullet mérite de fixer l'attention des médecins.

Il comprend : l'étude microscopique du *sang normal et pathologique;* la mélanémie, la leucocythose et la bactériémie dont on parle tant depuis quelques mois. Toute cette partie relative aux bactéries, faite en dehors de toute idée doctrinale, est très-intéressante.

Vient ensuite l'étude *microscopique du pus*, celle des *produits de la peau*, matière sébacée, sueur, poils et les êtres parasitaires qui jouent un si grand rôle dans la pathologie actuelle. Des figures indiquent à cette occasion la configuration du mycélium du conduit auditif, de l'achorion du favus, du microsporon de l'herpès tonsurant, de l'oïdum du muguet, enfin des acarus de la gale. Les auteurs parlent ensuite des *produits des membranes muqueuses*, tels que le mucus, les épithéliums, les œufs d'helminthes qui remplissent les fèces, etc. Cette partie est très-complète et fort instructive.

L'*Étude microscopique de la muqueuse des voies respiratoires*, montre d'abord quelle en est la structure normale, puis quelle est la composition des matières expectorées et les moyens d'y découvrir les fibres élastiques du poumon lorsque cet organe est ulcéré par la tuberculose ou par la pneumonie chronique. Aux organes respiratoires, succèdent les organes sécréteurs d'urine, et là se trouvent les altérations de la muqueuse urinaire et les altérations de l'urine par des graviers de toute espèce, par le pus, le sang, l'albumine, le sucre, le sperme, etc.

L'ouvrage se termine par l'étude des altérations microscopiques du lait et par les lésions des séreuses. Une centaine de figures donnent au texte la clarté nécessaire pour l'intelligence des descriptions microscopiques et histologiques, et après l'avoir lu avec plaisir, nous pensons que ceux qui voudront l'étudier y trouveront comme nous un véritable profit pour leurs études.

E. BOUCHUT.

THÈSES

SOUTENUES A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

PENDANT L'ANNÉE 1873.

138. Dubujadoux. Action de l'atropine sur l'iris et l'accommodation.
139. Charpentier. Étude comparative sur les rétrécissements organiques de l'urèthre au point de vue de leur traitement.
140. Duhourcau. Eaux minérales sulfureuses : étude sur les eaux de Cauterets.
141. Verneuil. De la congestion et de l'inflammation des méninges cérébrales et spinales dans la pneumonie.
142. Caillau. Considérations sur les difficultés du diagnostic des maladies de l'estomac.
143. Éloy. Considérations cliniques sur l'allaitement.
144. Saint-Paul. Étude sur la médication thermale sulfureuse appliquée à la syphilis.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

La Société de médecine légale a procédé dans sa dernière séance à l'élection de trois membres titulaires. Ont été nommés : MM. Manuel, avocat général à la cour de Paris; Riant, docteur en médecine; Liouville, docteur en médecine.

Des élections auront très-prochainement lieu pour la nomination à douze places de correspondants nationaux, parmi lesquelles six seront exclusivement attribuées à des membres de la magistrature ou du barreau.

Les candidats sont invités à adresser, sans délai, leurs demandes

(1) In-18. Prix : 5 fr. — G. Masson.

à M. le docteur T. Gallard, secrétaire général, 7, rue Monsigny, à Paris.

— Clientèle à céder à une heure de Paris. — Rapport 11,500 fr. — S'adresser pour renseignements à M. Taly, 1, rue Antoine-Dubois, Paris.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Leçons faites à l'hôpital des Cliniques, par le docteur Guéniot, suppléant M. le professeur Depaul, et recueillies par le docteur Chantreul, ancien chef de clinique. In-8°. — Prix : 1 fr. 50. — Adrien Delahaye.

Traité élémentaire d'histologie, contenant l'histologie des éléments anatomiques, des tissus et des organes en particulier, d'après les travaux les plus récents, publiés en France et à l'étranger, par le docteur Fort, ancien interne des hôpitaux, professeur libre d'anatomie à l'École pratique. 1 beau vol. in-8° avec 522 fig. dans le texte. 2e édition entièrement refondue.—Prix : 14 francs *franco*.

Manuel de toxicologie, par Draggendorff, professeur à l'université de Dorpat, traduit avec de nombreuses additions et augmenté d'un précis des autres questions de chimie légale, par E. Ritter, docteur ès sciences, professeur adjoint de chimie médicale et de toxicologie à la Faculté de médecine de Nancy, chef des travaux chimiques à la même Faculté. Paris, 1873. 1 vol. petit in-8° de 708 pages avec 47 figures dans le texte et une planche chromolithographiée représentant l'analyse spectrale du sang. — Prix : 7 fr. 50. — Paris, F. Savy.

Des diarrhées chroniques et de leur traitement par les eaux de Plombières, par le docteur Bottentuit, ancien interne des hôpitaux de Paris, chevalier de la Légion d'honneur, etc. — Prix : 2 francs. — Paris, Delahaye.

De l'influence des événements politiques sur la production de la folie, par C.-E. Bourdin, membre honoraire de la Société médico-psychologique de Paris, etc. In-8°.—Prix : 1 fr. — Adrien Delahaye.

Le Directeur : Dr E. Le Sourd.

Paris. — Typographie A. Pougin, quai Voltaire, 13.

N° 63. — MARDI 3 JUIN 1873. 46e ANNÉE. MARDI 3 JUIN 1873. — N° 63.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Bureaux : 57, rue des Saints-Pères, 57
PRÈS L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix d'abonnement
doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

On s'abonne hors de Paris
dans les bureaux des Messageries et chez les Libraires
Les lettres non affranchies sont refusées.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui n'en peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS			POUR L'ÉTRANGER
	Trois mois. .	8 fr. 50 c.	le port en sus suivant les derniers tarifs des Postes.
	Six mois. . .	16 —	
	Un an. . . .	30 —	

HOPITAL DE LA CHARITÉ. — M. GOSSELIN.

Leçon clinique sur les formes insolites de l'orchite (1).

V. Il ne nous restait à envisager que l'existence possible d'un engorgement chronique ou d'une tuberculisation. Mais le phlegmon chronique de cette région est, comme je vous le disais tout à l'heure, habituellement uréthral ; or, le gonflement n'avait, comme sur le malade précédent, aucune adhérence avec l'urèthre ; il en était même assez éloigné. J'arrivai donc, par voie d'exclusion, à la pensée d'un dépôt tuberculeux devenu le siége d'une poussée inflammatoire expliquant les douleurs que ressentait le malade.

Mais dans quelle partie des organes génitaux avait pu se faire ce dépôt tuberculeux ?

Deux fois j'ai eu entre les mains une pièce provenant de malades qui avaient présenté des symptômes analogues à ceux qui nous occupent, et j'ai cru qu'il s'agissait d'une tuberculisation avec dépôts crétacés dans le tissu cellulaire qui entoure l'épididyme, d'une tuberculisation excentrique de cet organe, comme je l'ai appelée dans une note à ma traduction de Curling (2). Mais depuis j'ai eu l'occasion de voir en 1868 un malade atteint de la même façon, je m'étonne de n'avoir pas songé tout d'abord à une autre explication.

Puisque, d'une part, la tuberculisation avec ou sans dépôts crétacés, est fréquente dans l'épididyme et le canal déférent, qu'elle se circonscrit assez souvent dans un point limité de cet organe, puisque d'autre part le *vas aberrans*, continuation évidente de l'épididyme, n'est pas très-rare, pourquoi ne pas admettre que le tubercule se dépose quelquefois dans un de ces conduits diverticulaires? J'ai donc pensé qu'au lieu de tubercules excentriques, il s'agissait, sur ce malade, de tubercules dans un *vas aberrans* d'une grande longueur, comme on en trouve quelquefois avec une poussée inflammatoire récente que j'appellerais volontiers une *aberrantite tuberculeuse*.

J'ai regretté que ce malade ne soit pas entré. J'aurais voulu savoir si la poussée inflammatoire récente se serait, après les soins que nous aurions donnés, terminée par résolution, ou si, comme je l'ai vu sur un des sujets dont j'ai parlé dans ma note de la traduction de Curling, la terminaison aurait eu lieu par suppuration et ensuite par une des fistules de longue durée que nous donne souvent la tuberculisation de l'épididyme. J'aurais voulu savoir en outre si ces fistules auraient laissé échapper des produits crétacés comme il y en avait sur les deux malades que j'ai cités dans la note ci-dessus. Il eût été intéressant enfin de rechercher si quelque autre partie des voies génito-urinaires était atteinte de tuberculisation.

VI. *Épididymite scrotale avec inclusion inguinale du testicule.* — Au n° 19 de la salle des hommes est couché un jeune homme de vingt-cinq ans qui a senti, depuis quelques jours, un gonflement du scrotum, à gauche, avec quelques douleurs qui ont gêné la marche et empêché le travail. En l'examinant, nous avons trouvé dans la bourse un gonflement allongé se portant de l'anneau inguinal au fond du scrotum, un peu plus large que le pouce, dur par places, comme pâteux en certains points, et partout douloureux à la pression. Le testicule correspondant n'est pas dans la bourse; on le sent dans l'anneau inguinal, où le malade sait qu'il est arrêté depuis la naissance.

Je pensai d'abord qu'il s'agissait d'une épiplocèle dans la tunique vaginale, restée vide par suite de l'arrêt du testicule, et que cette épiplocèle s'était spontanément enflammée. Il est vrai que le malade n'avait aucune irradiation douloureuse vers le ventre ni aucun symptôme de péritonite. Mais l'épiploïte herniaire, même celle qui est périto-néo-vaginale ou congénitale, existe quelquefois sans propagation vers le ventre. La seule indication, au reste, était le repos et l'emploi des émollients. Je m'étonnai de la rapidité avec laquelle se faisait la diminution du volume et des douleurs. Au bout de quinze jours, il ne restait plus qu'un cordon étroit, allongé, dont la forme et la consistance rappelaient celles de l'épididyme. Ce cordon, par sa partie supérieure, adhérait évidemment au petit testicule inguinal ; une nouvelle exploration attentive me fit alors reconnaître qu'il s'arrêtait en ce point et ne se continuait en aucune façon le long du canal inguinal et dans le ventre, comme aurait dû le faire une épiplocèle. D'autre part, je trouvai un écoulement uréthral assez abondant, dont le malade faisait remonter l'origine à trois années, mais qui, depuis trois semaines, avait repris de l'acuité. En réunissant toutes ces circonstances, et me

(1) Fin. — Voir les numéros des 13, 15, 20 et 27 mai 1873.
(2) Curling, *Maladies des testicules*. Traduction 1857, p. 432.

rappelant que Follin (1) a fait connaître des cas positifs d'inclusion testiculaire inguinale dans lesquels l'épididyme, au lieu de rester accolé au testicule, descend jusqu'au bas du scrotum, je pensai que nous avions eu affaire, non pas à une épiplocèle enflammée, mais à une épididymite blennorrhagique.

Aujourd'hui, vous trouverez encore, dans le côté gauche du scrotum, ce cordon étroit, allongé et mollasse qui tient au testicule par en haut et ressemble bien à un épididyme séparé de son testicule et un peu allongé. Je demeure convaincu que notre diagnostic est le bon, et je tiens à laisser dans vos esprits ce souvenir que l'épididymite blennorrhagique peut se développer non-seulement sur un testicule en inclusion, mais aussi sur un épididyme descendu seul, pendant que le testicule s'est arrêté plus haut.

VII. — *Orchite métastatique d'un oreillon, avec prostatite analogue.* — Nous avons reçu, il y a trois jours, un malade sur lequel le diagnostic a été un moment incertain à cause d'une lésion à la connaissance de laquelle je n'étais pas initié jusqu'à présent.

Le jeune homme de vingt et un ans couché au n° 29 de la salle Sainte-Vierge, nous offrait un gonflement très-médiocrement douloureux du testicule lui-même. Il n'avait pas de blennorrhagie, et l'épididyme ne paraissait pas encore enflammée. Mais l'induration qu'offrait la partie supérieure du testicule donnait assez l'idée d'un noyau tuberculeux autour duquel se serait faite une légère poussée inflammatoire. Pour me renseigner à cet égard, j'ai pratiqué le toucher rectal et j'ai trouvé un gonflement considérable de la prostate. Je n'ai pas senti les noyaux durs et disséminés que forment habituellement les tubercules superficiels de cet organe. Mais je me suis demandé s'il ne s'agissait pas de tubercules profonds, autour desquels se serait développée une prostatite générale.

La bonne constitution du sujet et l'origine récente de son orchite ne se prêtaient pas à l'opinion d'une tuberculisation vers laquelle tendait cependant à m'entraîner le gonflement incontestable de la prostate.

Pour lever tous les doutes, je songeai cependant à la métastase d'un oreillon, et je demandai au malade s'il n'avait pas eu, quelques jours avant le gonflement du testicule, un autre gonflement dans la région parotidienne. Il me répondit très-affirmativement et ne me laissa pas un instant de doute sur la présence d'un oreillon quelques jours avant le développement de l'orchite.

Il devenait donc probable que nous avions tout simplement affaire à une orchite métastatique. Mais alors pourquoi ce développement de la prostate ?

La question s'est éclaircie au bout de trois jours. En effet, le gonflement du testicule avait tout à fait disparu sans laisser d'atrophie ; et en faisant de nouveau l'exploration de la prostate par le toucher rectal, je reconnus que cette glande était elle-même diminuée de volume, et revenue aux dimensions d'une prostate de jeune homme. La différence était d'envion moitié.

J'ai conclu de ce fait que la métastase des oreillons peut se faire vers la prostate en même temps que vers le testicule, que, sur le premier de ces organes comme sur le second, elle se traduit par une fluxion plutôt que par une inflammation, et qu'il faut se garder de prendre pour une prostatite symptomatique de tubercules cet état de la prostate à la suite des oreillons.

(1) Follin, *Études anatomiques et pathologiques sur les anomalies de position et les atrophies du testicule* (*Archives gén. de médecine*, Ve série, juillet 1851.)

BLESSURE DE L'AVANT-BRAS

INTÉRESSANT LES ARTÈRES RADIALE ET CUBITALE. — LIGATURE DE L'HUMÉRALE. — GUÉRISON

Par M. le docteur MARCEL BOUYER (de Saintes).

Le conseil donné par tous les auteurs modernes de combattre les blessures artérielles par la ligature des deux bouts du vaisseau blessé est depuis longtemps devenu classique ; et, même en présence de grands désordres, ils conseillent de pratiquer de grandes incisions sur le point blessé pour rechercher l'artère dans la blessure même. Chacun doit reconnaître, en effet, l'excellence de ce procédé, quand il est applicable, mais à quelles difficultés ne vient-on pas se heurter quand les tissus ont été broyés ou contus par un violent traumatisme. Dans ces cas très-graves, on me paraît avoir trop négligé le précepte de Dupuytren, de lier le vaisseau entre le cœur et la plaie. Les craintes de gangrène dans ce cas-là ont été, je crois, bien exagérée. J'en ai publié un cas dans la *Gazette des Hôpitaux* le 27 septembre 1860, et j'en ai rencontré depuis un plus grave qui a été, comme le précédent, suivi d'une belle et rapide guérison.

M[lle] F..., âgée de vingt et un ans, jouait, le 11 septembre 1870, avec une amie, dans une chambre dont les fenêtres donnant sur un balcon étaient vitrées jusqu'au raz du sol, quand elle glissa si malheureusement que son avant-bras nu traversa le carreau inférieur. La propulsion fut si violente, que la peau de la face antérieure et tous les muscles fléchisseurs furent complétement coupés, ainsi que les artères radiale et cubitale jusqu'aux os et au ligament interosseux. La plaie, oblique de haut en bas et d'avant en arrière, est située à la réunion du tiers moyen avec le tiers inférieur; les bords en sont hachés et déchiquetés; les sections musculaires et tendineuses donnent lieu à des rétractions de fibres, qui rendent encore plus irrégulier le fond de cette vaste ouverture.

Les docteurs Besse et Bouyer père, voisins du lieu de l'accident et accourus de suite, compriment la plaie avec des rondelles d'agaric, et arrivé moi-même peu de minutes après auprès de M[lle] F..., je constate qu'elle a perdu beaucoup de sang et qu'elle est sans cesse menacée de syncopes. Je découvre alors avec mes deux confrères la plaie de l'avant-bras qui, immédiatement, laisse échapper le sang par ses deux artères, et pendant qu'un des aides comprimait la brachiale, j'essaye à saisir dans la plaie les bouts des vaisseaux coupés; mais l'irrégularité de la coupe, les saillies des muscles, les anfractuosités qui recèlent les artères, tout cela réuni m'empêche de les saisir.

Devais je alors, en présence de cette syncope commençante, continuer la compression médiate et faire au milieu de ce magma informe la quadruple opération, consistant à lier les quatre bouts d'artères? Je ne l'ai pas cru.

J'ai immédiatement, au contraire, appliqué un tamponnement sur la plaie, et j'ai pratiqué la ligature de la brachiale au lieu d'élection. Rien à noter dans l'opération, si ce n'est que la faiblesse de la jeune blessée rendant les battements du pouls très-faibles, l'artère est reconnue bien plus par sa position anatomique que par ses mouvements d'expansion.

La ligature faite, je procède au nettoyage de la plaie inférieure et à son pansement définitif. L'écoulement reparaît alors, mais faible. Je badigeonne la surface saignante au perchlorure de fer qui, soit dit en passant, ne m'a jamais donné de gangrène, comme le lui reproche le professeur Verneuil ; puis des rondelles d'agaric recouvertes d'un bandage modérément serré constituent tout le pansement.

Dans la soirée, le membre un peu froid d'abord commence à se

bien réchauffer, et dans la nuit suivante, une franche réaction suivie d'une bonne moiteur éloigne toute inquiétude de gangrène.

Les deux plaies suivent leur marche normale. Celle de la ligature suppure modérément, tandis que la plaie contuse et irrégulière de l'avant-bras suppure très-abondamment. Au bout de quelques jours, les bourgeons charnus commencent à apparaître, et quelques semaines après, une cicatrice régulière ne permettait point de juger les grands désordres dont le membre a été le témoin.

Les mouvements des doigts ensemble et séparément sont parfaits, ainsi que ceux du poignet. Le petit doigt et l'annulaire restent seuls paresseux plusieurs mois après les autres; ils sont pourtant revenus à leur usage régulier, ce qui tend à faire croire que le nerf cubital, sectionné en partie ou en totalité pendant l'accident, aura fini par se reconstituer dans sa continuité.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Séance du 22 février 1873 (1). — Présidence de M. Lunier.

Note sur deux cas de syphilis développée après la vaccination, mais non transmise par elle.

État du malade à son arrivée à l'hôpital. — L'attention est, au premier abord, attirée par la plaie du bras que signale son billet d'entrée. Cette plaie, qui mesure $0^m,02\ 1/2$ de largeur, $0^m,03$ de longueur et à peine $0^m,002$ à $0^m,003$ de profondeur, est située au milieu du bras droit, à sa face externe, et correspond au bord externe du muscle biceps. Arrondie assez régulièrement, elle présente des bords très-nets, non déchiquetés et entourés d'une auréole rouge assez étendue. Son fond, tout à fait dénué de bourgeons charnus, est très-rouge et saigne facilement. L'induration sur laquelle siégeait naguère l'ulcère, a presque complétement disparu.

Toutes les autres piqûres vaccinales sont entièrement cicatrisées; cinq d'entre elles, trois au bras gauche et deux au bras droit, ont laissé à leur place une tache brunâtre, large de $0^m,004$ à $0^m,005$. L'épiderme qui les recouvre offre un aspect brillant et nacré, il n'existe aucune induration.

Dans l'aisselle droite, on perçoit d'une façon très-nette deux ou trois ganglions hypertrophiés à peine sensibles à la pression. Rien de pareil à gauche.

On ne trouve de ganglion épitrochléen ni à droite ni à gauche.

Les ganglions cervicaux du côté droit sont pris, tandis qu'à gauche, le ganglion sous-mastoïdien présente seul une hypertrophie manifeste. De chaque côté, le ganglion sous-maxillaire est devenu volumineux, mais peu sensible à la pression.

Dans l'aine, quelques ganglions se font sentir des deux côtés, mais ils ne sont pas très-développés.

L'enrouement du malade amène ensuite à examiner sa bouche et sa gorge. La cavité buccale est entièrement saine, la muqueuse paraît de la plus complète intégrité. Au contraire, il existe une hypertrophie considérable des amygdales qui, du reste, n'occasionne pas de gène au malade. De plus, un certain degré de rougeur et de tuméfaction a envahi la muqueuse qui tapisse le voile du palais et ses piliers, ainsi que la partie postérieure du pharynx.

A cause de l'hypertrophie des amygdales, l'examen du larynx est remis à plus tard.

La peau, dont la température n'est nullement augmentée, est le siége d'une éruption, de petites taches rouges de $0^m,002$ à $0^m,003$ de diamètre, beaucoup plus nombreuses sur la face antérieure du tronc, où elles sont presque confluentes, que sur le dos et aux membres, où elles sont relativement rares. Beaucoup de ces petites taches rouges, qui s'effacent momentanément sous la pression du doigt et sont absolument dépourvues de prurit, font une saillie au-dessus de l'épiderme ambiant, dont la coloration est restée normale. A ces caractères, il est aisé de reconnaître une roséole parfaitement accusée.

(1) Suite. — Voir le numéro du 20 mai 1873.

Au scrotum, près du raphé médian et vers la partie inférieure, l'on aperçoit deux ou trois papules rouges à bords luisants et aplatis, exfoliées au centre, où se fait un suintement manifeste. Ce sont bien là des plaques muqueuses. Le malade accuse de la démangeaison en ces points.

Au pénis, quelques rares papules se montrent sur le gland et à la face muqueuse du prépuce.

Notre homme accuse depuis quelques jours un peu de douleur à l'anus pendant les selles; il lui semble avoir « de l'échauffement». A l'examen, une plaque muqueuse apparaît sur le côté droit de l'ouverture anale.

Les cheveux tombent toujours un peu, et l'impétigo de la tête n'a pas entièrement disparu.

Le malade se plaint encore de quelques douleurs rhumatoïdes dans les jambes.

En raison du diagnostic porté par le médecin traitant, S... commence dès le lendemain matin 26 janvier, un traitement antisyphilitique (deux pilules de protoiodure de mercure; 1 gramme d'iodure de potassium en solution et un gargarisme antisyphilitique).

La plaie est pansée simplement.

Le 8 février, une grande amélioration s'est produite dans l'ulcération du bras; elle est à présent moins large de plus de $0^m,003$, et la réparation s'en effectue rapidement, ce qu'on reconnaît au liséré épidermique qui en borde le contour. En outre, au lieu d'être creusée aux dépens de la peau environnante, elle bourgeonne maintenant d'une façon très-active. La rougeur périphérique, si intense il y a quelques jours, a fait place à une coloration violacée, qui pâlit à mesure que l'on s'éloigne des bords de la plaie. Celle-ci ne présente plus la moindre trace d'induration; de plus, au lieu d'avoir au fond, comme le jour de l'entrée du malade à l'hôpital, une couleur rouge très-foncée, elle a maintenant un aspect rosé tout à fait satisfaisant.

Les ganglions de l'aisselle droite ont subi une notable diminution de volume. Les autres n'ont pas sensiblement changé.

La bouche et l'arrière-bouche sont aussi dans le même état, c'est-à-dire que la cavité buccale est toujours saine, tandis que l'isthme du gosier n'a pas cessé d'être le siége d'une certaine rougeur, ainsi que les amygdales qui sont toujours hypertrophiées.

La voix ne paraît pas avoir beaucoup gagné, du reste il faut bien dire que sa raucité n'était pas très-considérable. L'examen laryngoscopique, rendu difficile et incomplet par le gonflement des amygdales et des parties environnantes, a néanmoins été pratiqué aujourd'hui. Il n'a révélé qu'un peu de rougeur de la muqueuse qui tapisse les replis aryténo-épiglottiques.

La roséole est manifestement en voie de régression, les taches sont moins nombreuses et surtout beaucoup plus pâles; de plus, celles qui restent encore saillantes sont devenues fort rares.

Le scrotum est entièrement guéri; mais depuis quelques jours le gland et le revêtement muqueux du prépuce présentent un plus grand nombre de papules, surtout le gland, où elles sont très-accusées.

En outre, trois plaques muqueuses sont nées sur le collet du gland, deux à gauche et une à droite.

La douleur que le malade accusait pendant la défécation a disparu aujourd'hui, et il n'y a plus qu'un simple vestige de plaques muqueuses.

L'impétigo du cuir chevelu n'existe plus et les cheveux ont cessé de tomber.

Enfin les quelques douleurs rhumatoïdes dont S... se plaignait au moment de son entrée à l'hôpital se sont dissipées complétement.

Le traitement institué le 26 janvier n'a pas été interrompu; la dose d'iodure de potassium a seulement été portée à 2 grammes depuis le 30.

Quant au mode de pansement (cérat), il n'a pas varié.

Le 1er mars, la plaie du bras droit pansée depuis quelques jours avec de la pommade mercurielle, est comme guérie.

Les ganglions de l'aisselle ont, pour ainsi dire, disparu. Ceux de la nuque et de l'aine subsistent, mais sont à peine perceptibles au toucher.

L'isthme du gosier a repris sa coloration normale, mais les amygdales sont restées un peu grosses.

La voix est redevenue normale.

Il n'existe plus de traces de roséole nulle part, les papules et les plaques muqueuses des parties génitales ont complétement disparu.

Le traitement antisyphilitique est suspendu à dater de ce jour. Il paraît avoir dérangé un peu la santé générale de S..., qui a eu quelques accès de fièvre.

Il part en convalescence le 16 mars, paraissant entièrement guéri.

Obs. II (salle 8, n° 35). — J... (Jean-François), fusilier au 97e régiment d'infanterie de ligne, né à la Courtine (Creuse), est un homme de vingt et un ans, de taille moyenne, d'un tempérament lymphatico-sanguin, qui paraît jouir d'une assez bonne constitution.

Il raconte avoir eu la fièvre intermittente vers l'âge de dix ans.

En fait de maladie vénérienne, il contracta, il y a deux ans, un écoulement blennorrhagique, qui paraît avoir été bénin, et il s'est terminé assez promptement, sans complication d'aucune sorte, avec l'aide de quelques injections de vin.

Jamais il ne gagna de chancre, on n'en trouve d'ailleurs aucune trace sur ses organes génitaux.

Depuis qu'il est au service, il affirme de la manière la plus formelle n'avoir pas vu de femme; le dernier rapprochement sexuel remonterait, d'après ses assertions, à une dizaine de jours avant son arrivée au corps, qui a eu lieu le 22 octobre, c'est-à-dire environ du 10 au 15 octobre 1869.

Au point de vue de la syphilis, les antécédents héréditaires de J... sont entièrement négatifs (1).

J... a été vacciné vers l'âge de deux ou trois ans avec du vaccin pris, dit-il, sur un autre enfant, sur lequel il ne peut nous fournir aucun renseignement. Cette inoculation, qui semble avoir réussi tout à fait normalement, a laissé des traces très-apparentes en quatre points, deux à chaque bras, où l'on trouve de petites cicatrices blanchâtres entièrement semblables aux cicatrices vaccinales ordinaires. Elles siégent un peu plus haut que le milieu du bras, celles de droite au niveau du bord externe du biceps, celles de gauche un peu plus en arrière.

Le 3 novembre 1869, J... fut revacciné en même temps que toute sa compagnie. Sept inoculations furent pratiquées, quatre au bras gauche, avec du vaccin pris sur le nommé L..., qui, d'après lui, paraissait robuste et bien portant.

A cette époque, les pustules vaccinales de ce dernier n'offraient aucune particularité digne de remarque. J... ne saurait dire si elles saignèrent; mais il se rappelle bien que les piqûres qu'on lui fit amenèrent un peu de sang (2).

Des sept inoculations pratiquées sur lui, une seule réussit, au bras gauche, et donna lieu à un bouton qui ne présenta pourtant rien d'anormal. Pourtant, dans la suite, il s'y produisit, à deux ou trois reprises, une sorte de phlyctène remplie d'un liquide roussâtre, et l'induration des premiers jours fut fort lente à disparaître, puisqu'elle persistait encore le 22 novembre, date de l'arrivée à Lyon de notre malade.

A cette époque, dit-il, son bras continuait à être le siége d'un endolorissement vague, toutefois il ne s'est jamais aperçu qu'il existât de l'adénite axillaire, du moins il ne s'en souvient pas.

Vers les premiers jours de décembre, c'est-à-dire un mois au moins après la vaccination, le bras finit par se guérir; mais à peu près en même temps, J... remarqua sur sa poitrine une éruption, qu'il compare à la rougeole, et qui était survenue sans qu'il en ait eu conscience. A cette époque aussi, il eut un peu d'angine. En outre, il ressentit à l'anus un sentiment de cuisson assez vive, exaspéré par le passage des matières fécales et un prurit fort incommode au scrotum.

Quelques jours plus tard, apparaît à la naissance du mollet droit un gros bouton, absolument identique, suivant ce qu'assure J..., à ceux qu'il a en ce moment et que nous décrirons tout à l'heure; ce bouton dura dix jours. Depuis cette époque, il n'a cessé d'en avoir aux jambes et aux fesses, et quelquefois deux en même temps.

Sur la fin de novembre, il croit se rappeler que ses cheveux ont commencé à tomber, mais leur chute n'est devenue vraiment copieuse que vers le milieu du mois de décembre, sans qu'il se soit jamais aperçu qu'il eût des boutons sur la tête.

Vers le 20 décembre, époque à laquelle il monta avec son bataillon au camp de Sathonay, J... ressentit, outre de l'inappétence et un sentiment de fatigue générale très-accusé, quelques douleurs à la jambe et à la cuisse, aux environs du genou. Ces douleurs ont notablement augmenté depuis.

Le 29 janvier, las de voir ses boutons se perpétuer, J... se présente à la visite. Le surlendemain, 31, son médecin-major l'envoie à l'hôpital, ou il entre (salle 8, n° 35) le 1er février, pour « ecthyma ».

État du malade à son arrivée à l'hôpital. — La jambe gauche présente cinq à six gros boutons à divers degrés d'évolution. Les plus larges ont des croûtes de la dimension d'une pièce de 2 francs et plus, sous lesquelles existent des ulcérations à fond rouge foncé, facilement saignantes, à bords nets et taillés à pic. Tout autour s'étend une auréole rouge d'abord, puis violacée, qui repose comme la pustule elle-même sur une sorte de piédestal induré et douloureux.

Un de ces boutons existe à la jambe droite vers la partie moyenne.

De plus, à la base du mollet gauche, un peu en dedans, se voit une croûte présentant avec celles des pustules que je viens de décrire, cette différence qu'elle n'est pas entourée d'une auréole rouge indurée et douloureuse comme elles, et que, venue en moins de temps, elle a commencé par une vaste phlyctène, les autres ayant débuté à la façon de gros furoncles; c'est là, d'après quelques-uns des médecins qui ont vu le malade — et je ne cite leur opinion que pour mémoire, — une bulle de pemphigus, tandis qu'ailleurs c'est de l'ecthyma.

Aucune adénite nulle part, sauf dans le creux axillaire droit et dans l'aîne gauche.

Pas la moindre trace d'éruption roséolique sur la peau du tronc ni des membres.

Pas de plaques muqueuses ni à la bouche, ni à l'anus, ni au scrotum. Nulle trace d'angine, pas de boutons dans les cheveux, qui ont cessé de tomber.

Quant à la douleur qu'éprouvait le malade aux environs du genou droit, et qui le fait boiter, elle a son maximum d'intensité à la face externe du condyle externe du tibia, et aussi au niveau du bord interne de la rotule. Le premier de ces deux points semble être le siége d'un peu de tuméfaction.

Traitement. — Un litre de tisane d'orge avec bicarbonate de soude, 4 grammes. Bains.

Le 6 février, J... montre sur le bord droit de sa langue et un peu en arrière, une petite excoriation, qui, examinée de près, présente l'aspect d'une plaque muqueuse.

(1) Quand je recueillis l'observation de J.... pendant son séjour à l'hôpital de Lyon, je pris sur ses antécédents héréditaires des notes très-circonstanciées que j'ai conservées. Je ne crois pas avoir besoin de les reproduire ici, car au point de vue de la syphilis, en admettant que notre malade eût reçu de ses parents le germe de cette affection et qu'il fût encore (à vingt et un ans) sous son influence, les symptômes qu'il présenterait ne ressembleraient en rien à ceux qu'il a offerts et dont nous allons donner la description détaillée.

La même remarque peut s'appliquer au malade de la première observation.

(2) C. L.... était du nombre des quatre hommes qui subirent les premières revaccinations, le 27 novembre, sept jours auparavant. On se rappelle que S..., qui est l'objet de la première observation, faisait aussi partie de cette même série.

Pas de changement notable dans l'éruption des jambes.

Le 8 février, même état.

Si l'on cherche à rapporter à une cause générale, après les avoir commentés dans ce sens, les divers symptômes présentés par J..., aussi bien avant son entrée à l'hôpital que depuis lors, il devient possible de les rattacher à la syphilis. En raison de cette opinion, à laquelle vient se rallier le médecin traitant, M. Béchade, le malade est soumis, à partir du 8, à un traitement antisyphilitique (deux pilules de protoiodure, un gargarisme antisyphilitique; pansement des ulcères des jambes avec de la pommade au calomel camphrée).

Le 19 février, le malade accuse un peu de céphalée dans le côté droit du haut de la face. L'excoriation de la langue est guérie, mais il survient un peu de stomatite

Il ne reste plus actuellement que deux boutons d'ecthyma à la jambe gauche, l'un à sa partie externe et supérieure, l'autre en bas et en dedans.

Le 21 février, même état que précédemment, à cela près que nous découvrons quelques tubercules plats au scrotum et quelques très-petites vésicules d'herpès à la verge.

En outre, il existe un peu d'angine.

Le 28 février, le traitement mercuriel est interrompu, eu égard à la stomatite. J... a pris trente-deux pilules de protoiodure. Depuis trois jours, on lui donne du vin de quinquina.

Mars. — Dès le commencement du mois, l'angine a disparu, ainsi que les tubercules plats du scrotum et l'*herpès preputialis* ci-dessus signalés.

Quant aux plaies des jambes, on y applique d'abord des cataplasmes, puis on les panse avec de la pommade au calomel.

Contre l'endolorissement persistant du genou droit, on fait faire au malade des frictions avec un liniment camphré opiacé.

Dans le courant du mois, on lui donne quelques bains sulfureux.

Petit à petit, l'amélioration s'accentue. Vers le 15, les ulcères des jambes sont cicatrisés et il ne se produit pas de nouveaux boutons d'ecthyma. De plus, l'état général est bon et la douleur du genou droit tend à disparaître. J..., proposé pour un congé de convalescence, a dû partir dans les premiers jours d'avril.

(A suivre.)

CORRESPONDANCE

A M. le Dr Le Sourd, directeur de la Gazette des Hôpitaux.

Djeddah, 1er mai 1873.

La dengue, ou abourakab.

La *Gazette hebdomadaire de médecine et de chirurgie* traitait cette question dans son numéro du 14 mars 1873.

Le docteur William Dunkley a relaté les observations qu'il a faites au sujet de cette maladie qui sévit épidémiquement dans l'Inde, et qu'il désigne sous le nom de *dengue fever of India.* Mais ce n'est pas seulement dans l'Inde que règne la dengue, c'est aussi sur toute la côte africaine et la côte arabique de la mer Rouge.

Elle étend son rayon fort loin, au Sénégal, à Maurice où, dans ce moment, elle est très-intense.

On l'a observée à Zanzibar, à Massouah, à Djeddah, à Aden, en un mot sur les deux rives de la mer Arabique. Elle porte le nom de dengue aux Indes et d'abourakab chez les Arabes du Hedjaz et de l'Yemen. Tels sont les deux noms les plus connus, car elle a été également désignée sous une foule d'autres. En présence de l'extension des épidémies de dengue, extension telle qu'il serait difficile de citer un point qui, dans ces échelles de l'extrême Orient, ou aux Indes, en eût été exempt, en présence surtout de la fréquence de ces mêmes épidémies, la presse médicale anglaise paraît s'être émue et réclame l'étude prophylactique de cette maladie au même titre que celle de toutes autres épidémies, du choléra, par exemple. (*Medical Times and Gazette,* 18 janvier 1873.)

Abourakab veut dire maladie du genou ou des articulations. Tel est, en effet, le caractère de cette maladie, qui semblerait tout d'abord une arthrite rhumatismale. M. le docteur Dubreuil, médecin sanitaire de France à Djeddah, a pu l'observer dans cette dernière ville, où elle a régné près de quatre mois.

Personne n'est épargné, pas plus les Européens que les indigènes; elle ne fait grâce à aucun âge, à aucun tempérament, et, lorsqu'elle règne, il est bien peu de personnes qui ne lui payent leur tribut.

L'invasion est brusque. Évolution rapide, peu de prodromes. La céphalalgie est intense, et les douleurs arthritiques et musculaires sont générales et assez violentes pour empêcher tout mouvement. La fièvre, ardente le premier jour, tombe assez rapidement ou devient modérée; troubles digestifs; vomissements bilieux dans la plupart des cas (et ces vomissements paraissent exercer une action rapide et heureuse sur l'issue de la maladie; souvent aussi, éruption par plaques rouges (scarlatiniforme) au visage, au cou et à la paume des mains; courte durée (trois ou quatre jours); pas de mortalité, à moins qu'il n'y ait complication, comme dysentérie, par exemple (ce qui arrive encore assez fréquemment); mais rechutes fréquentes et convalescence longue et pénible. Tels sont les principaux traits de la maladie qui l'assimilent assez, comme on voit, à une violente courbature; car si l'on veut bien considérer que tout le système musculaire est pris aussi bien que les articulations; que, de plus, l'inflammation, si inflammation il y a, ne se traduit nullement comme dans la véritable arthrite, par de la rougeur, du gonflement et de la chaleur, on est fort éloigné de cette même arthrite. Et maintenant, pourquoi lui avoir donné cette qualification de *rhumatismale?* Où saisit-on le *vice* rhumathoïde? Par quoi se manifeste-t-il?

Ce serait chose bien étonnante, dans un pays où ne règnent point les affections rhumatismales, malgré l'absence de toutes précautions hygiéniques, malgré des variations de température souvent très-sensibles et brusques (sans que cependant, chose importante à noter, on arrive jamais, comme en Europe, au froid absolu).

Tous les symptômes observés dans la *dengue* permettent de ranger cette maladie dans la classe des affections saisonnières dites *grippe, courbature,* etc., en un mot du genre *grippe.* L'abattement est profond, la faiblesse est grande; les membres sont comme *brisés,* et tout mouvement impossible, particulièrement dans les régions articulaires, et en général dans les muscles qui président aux grands mouvements. La fièvre ne dure jamais plus de quarante-huit heures, et elle n'est violente que le premier jour. La céphalalgie sus-orbitaire est intense; les articulations ne se prennent jamais isolément, mais l'une après l'autre, débutant le plus souvent par le genou, d'où le nom d'abourakab.

Si les vomissements surviennent, la maladie s'amende de bonne heure, et, au bout de trois jours, tout est terminé.

Dans tous les cas, il n'y a jamais de longue durée; l'issue est toujours bénigne, et il ne reste pas de localisation.

Nous sommes loin d'une affection franchement rhumatismale et surtout d'une arthrite de cette nature, qui s'accompagne toujours de douleurs extensives, d'une fièvre intense et durable, et enfin de tous les phénomènes qui sont propres à l'inflammation. Voici donc une affection à invasion brusque, à marche rapide, très-envahissante, frappant toute une population, à caractère épidémique, mais dont la bénignité contraste singulièrement avec la gravité apparente des symptômes.

Elle n'a point précisément d'époque fixe, n'est pas annuelle ni périodique, et n'est jamais que de courte durée. Au bout de trois ou quatre jours, tous les symptômes s'apaisent, à part les douleurs articulaires, qui persistent encore quelque temps. Lorsqu'il y a eu éruption scarlatiniforme, on observe bientôt une vraie desquammation, surtout au cou, à la face, à la paume des mains; mais il reste, pendant longtemps encore, une grande faiblesse et beaucoup de

sensibilité aux mains, à la plante des pieds, qui se posent difficilement sur le sol.

Les rechutes sont fréquentes, mais sans autre gravité.

Les cas rapides et les plus bénins sont ceux qui s'accompagnent de vomissements ; les seuls cas sérieux sont ceux qui sont suivis de dysentérie, dont alors on ne se rend pas maître facilement.

Le traitement est symptomatique ; les purgatifs, les sudorifiques surtout constituent la seule médication ; il est ainsi des plus anodins. On a essayé en vain le sulfate de quinine, les sels de nitre à haute dose.

M. le docteur Dubreuil, qui a observé une de ces épidémies à Djeddah, au mois de décembre 1871, pensait, si on en juge par sa correspondance, à un état purement névralgique, à un empoisonnement miasmatique ayant troublé le système nerveux ; il fondait cette explication sur la situation topographique de Djeddah, qui est entourée, au nord et au sud, de véritables marais formés par les eaux de la mer ; sous l'influence des vents du nord, qui avaient été très-violents, le dépôt de ces eaux, véritable bourbe, s'était trouvé à l'air libre, et avait répandu sur toute la ville une odeur infecte.

La sécrétion biliaire avait également paru à cet observateur distingué le fait le plus caractéristique de la maladie, soit que cette fonction fût momentanément suspendue, soit qu'elle ne s'exécutât que d'une manière imparfaite.

Quelques malades avaient présenté une notable augmentation du volume du foie, au point que cet organe dépassait le rebord inférieur des fausses côtes, mais sans autre symptôme d'inflammation ; de plus, la coloration légèrement jaune de la face, qui avait la pâleur ictérique des maladies intertropicales, prouvait que le sang charriait des matériaux de la bile.

C'était donc pour M. Dubreuil une fièvre bilieuse plutôt qu'une fièvre rhumatismale, et il l'attribuait à l'influence des conditions atmosphériques produites par les miasmes maritimes.

Je ne puis non plus partager la manière de voir de ce dernier observateur, et j'incline de plus en plus à penser que la *dengue* n'est que le reflet d'une constitution médicale particulière comme il s'en présente en Europe ; seulement, ici, elle aura, grâce à ces influences climatériques et météorologiques qui n'existent pas chez nous, une physiologie spéciale ; ce sera, si l'on veut une *grippe nouvelle*, ce sera la *courbature des pays chauds*.

Les phénomènes bilieux sont aussi très-communs dans la grippe vulgaire, et personne n'ignore que parfois les éméto-cathartiques en triomphent vite.

Quant à y voir le produit d'effluves miasmatiques, j'éprouve la même répugnance ; le miasme palustre produit la fièvre pure et simple, et nous venons d'en avoir précisément, cet hiver, à Djeddah, un exemple frappant ; jamais on n'avait observé pareilles variations de température, sauts si brusques de vents ; aussi la ville a-t-elle payé jusqu'ici son tribut à la fièvre intermittente qui y a régné, on peut le dire, endémiquement, cette année (1).

Il me semble donc que les médecins qui ont été à même d'observer cette affection plutôt curieuse que réellement dangereuse, n'ont pas porté une attention suffisante sur les conditions ambiantes, sur les milieux environnants ; personne, que je sache, n'a même relevé ce fait que c'est dans les villes du littoral surtout, pour ne pas dire exclusivement, c'est-à-dire, sur le bord de la mer et de certaines mers, et particulièrement de la mer Rouge, que règne la *dengue*. Le docteur Sparrow, chirurgien du 89e régiment de l'armée anglaise, a observé la dengue sur des militaires qui revenaient d'Aden, où elle régnait épidémiquement ; il fait remarquer que l'isolement et la séquestration ont empêché l'extension de la maladie (*Madras Monthly, journal of medical sciences, may* 1872) ; mais, peut-on avancer un fait pareil en présence d'une maladie qui ne dure guère que trois jours, et qui, issue d'une constitution médicale particulière, d'une simple influence saisonnière, suit fatalement les variations de cette dernière. Il n'est pas possible, ce me semble, d'appliquer à une affection aussi éphémère, aussi bénigne, quelque extension qu'elle puisse prendre, des mesures qui ne s'adressent guère qu'à de grandes épidémies, redoutables, meurtrières comme le choléra, la variole, par exemple, ni surtout de conclure, lorsque manquent les termes de comparaisons.

J'accorde que la dengue soit épidémique, transmissible et contagieuse même si l'on veut ; mais, la grippe vulgaire ne l'est-elle pas au même degré ? Et a-t-on jamais songé à séquestrer les individus qui en sont atteints ? Aussi, je ne comprends pas le cri d'alarme poussé par le *India Mirror*, qui se plaint que le gouvernement anglais, en face des progrès croissants de cette épidémie, n'ait pris aucune mesure pour en arrêter les ravages. Vraiment, voilà beaucoup de bruit et une bien grande émotion pour un si maigre sujet.

Que les Anglais ne réservent-ils toute leur sollicitude et ne prennent-ils toutes les mesures nécessaires contre le choléra, dont les foyers sont dans leurs possessions de l'Inde ? Qu'ont-ils fait pour arrêter ou détruire ce terrible fléau ? Ils ne s'en sont réellement occupés que du jour où ils ont vu qu'il était contagieux ; tant qu'ils ont cru qu'il n'exerçait ses ravages que parmi les natifs, ils s'en sont fort peu souciés ; mais, dès que leur armée s'est trouvée menacée, alors ils se sont émus et se sont décidés à s'associer aux mesures sanitaires prises, sur l'initiative de la conférence internationale de Constantinople, avec un empressement si louable par la Turquie et l'Égypte, pour ce qui regarde la mer Rouge ; et, encore aujourd'hui sont-ils loin, sous ce rapport, de ces deux dernières puissances.

Qu'a-t-on fait dans ce fameux delta du Gange, qui est, dit-on le berceau du fléau indien ?

Sait-on seulement les influences morbides qui y règnent ? On en est encore à hasarder des théories à cet égard.

Dr A. Buez.

(1) Certes, si la *dengue* devait son origine au miasme palustre, elle avait un beau théâtre à Djeddad, cette année, pour se développer ; et cependant il n'y en a pas eu.

VARIÉTÉS

Des ovaires, de leurs anomalies (1)

Par le Dr Albert Puech.

M. le docteur Puech vient de donner un digne pendant à son travail sur les *anomalies de l'homme*. Frappé de l'absence de tout travail sur les anomalies des ovaires, notre distingué confrère s'est mis bravement à l'œuvre, et après avoir compulsé les journaux de médecine français et étrangers, recueilli de nombreuses autopsies, il en présente un tableau méthodique.

Traitant d'abord les variétés anatomiques, M. Puech étudie ensuite les déplacements congénitaux, puis l'état rudimentaire, enfin l'absence des organes.

Les variétés anatomiques de l'ovaire étudiées à la période d'augment sont résumées en considérant la longueur à la naissance et les diamètres pendant l'enfance, l'époque pubescente, la menstruation et la grossesse. A la période d'état, l'auteur étudie les diamètres pendant l'espace intermenstruel, ceux que reconnaissent les auteurs, enfin à la période de déclin.

M. Puech examine ensuite le volume et le poids de l'ovaire chez les animaux, les anomalies de volume et de forme ; les déplacements congénitaux ou éctopies (lombaire, inguinale) ; l'état rudimentaire (unilatérale, bilatérale, infantile, embryonnaire) ; l'absence unilatérale des ovaires, ou des deux ovaires et les conséquences physiologiques de ces deux états.

Dans un appendice, M. Puech étudie la menstruation précoce ; cite deux observations d'éctopie lombaire ; des cas de grossesse dans un ovaire hernié. L'état fœtal des organes de la génération chez une brebis ; torsion et détachement de l'ovaire pendant la vie intra-utérine ; deux faits d'utérus unicorne ; la castration chez les

(1) in-8°. Prix : 5 francs. — F. Savy.

femelles domestiques, et un index bibliographique complétent cette étude consciencieuse, qui se recommande à l'attention toute particulière des médecins.

Traité des plantes médicinales indigènes (1)

Par M. le docteur Bossu.

Nous présentons à nos lecteurs la *troisième édition* d'un livre qui a rendu et qui rendra encore de grands services au médecin praticien de la campagne. A la ville, on ne croit plus aux simples — et c'est un tort; — à la campagne, on est forcé de faire une médecine plus simple, plus appropriée aux clients, et c'est alors que le livre de M. Bossu est d'un précieux secours.

Après un cours de botanique utile à ceux qui ont oublié leurs études premières, l'auteur a écrit l'histoire botanique, médicale et économique des végétaux de notre climat. Des considérations générales sur la pathologie et ses principales divisions précèdent l'histoire spéciale des plantes, où l'on trouve le nom principal : la synonymie latine, la désignation de la famille et des genres, l'etymologie du nom, les dénominations vulgaires, la description des caractères physiques, l'exposé raisonné des propriétés et usages, l'époque de la récolte, enfin l'indication des préparations pharmaceutiques et du mode d'administration du médicament.

Un atlas de 60 planches en taille-douce accompagne l'ouvrage dont le texte est lui-même illustré de nombreuses gravures sur bois.

Ce livre vise à être utile; il remplit parfaitement son but et mérite d'être vivement recommandé.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Par arrêté en date du 29 mai, M. Charles Aylies est nommé chef du cabinet du ministre de l'instruction publique.

(1) 1 vol. in-8° avec atlas. Prix :

— La session du conseil supérieur de l'instruction publique, qui devait s'ouvrir le 4 juin, est renvoyée au 10 du même mois.

— La Société nationale d'encouragement au bien a accordé une médaille d'honneur à MM. les docteurs Bitterlin (de Saint-Maur), Jules Benoît (de Montreuil), Achille de Beauvais (à Paris), pour dévouement à l'humanité.

— Clientèle à céder à une heure de Paris. — Rapport 11,500 fr. — S'adresser pour renseignements à M. Taly, 1, rue Antoine-Dubois, Paris.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Philosophie zoologique, ou exposition de considérations relatives à l'histoire naturelle des animaux, à la diversité de leur organisation et des facultés qu'ils en obtiennent, aux causes physiques qui maintiennent en eux la vie et donnent lieu aux mouvements qu'ils exécutent; enfin, à celles qui produisent les unes le sentiment, les autres l'intelligence de ceux qui en sont doués, par Lamarck. Nouvelle édition, revue et précédée d'une introduction biographique, par Charles Martins, professeur d'histoire naturelle à la Faculté de médecine de Montpellier, etc. Paris, 1873. 2 vol. in-8° de 900 pages. — Prix : 12 fr. — F. Savy.

Anatomie descriptive et dissection, contenant un Précis d'embryologie, la structure microscopique des organes et celle des tissus, par le docteur Fort, ancien interne des hôpitaux, professeur d'anatomie à l'École pratique. 2e édition, considérablement augmentée. 3 vol. in-12, avec 662 fig. intercalées dans le texte. — Prix : 25 fr. *franco*.

Des diarrhées chroniques et de leur traitement par les eaux de Plombières, par le docteur Bottentuit, ancien interne des hôpitaux de Paris, chevalier de la Légion d'honneur, etc. — Prix : 2 francs. — Paris, Delahaye.

Le Directeur : Dr E. Le Sourd.

Paris. — Typographie A. Pougin, quai Voltaire, 13.

Eaux minérales de Vals acidules. Gazeuses, Bicarbonatées, Sodiques, analysées par O. Henri.

Thermalit 13°	Saint-Jean	Rigolette	Précieuse	Désirée	Magdeleine
Acide carbonique libre...	1.425	2.095	2.218	2.145	2.050
Bicarbonate de soude....	1.480	5.800	5.940	6.040	6.280
— de potasse...	0.040	0.263	0.230	0.263	0.255
— de chaux....	0.310	0.259	0.630	0.571	0.520
— de magnésie.	0.120		0.750	0.900	0.672
— fer et mang.	0.006	0.024	0.010	0.010	0.029
Chlorure de sodium......	0.060	1.200	1.080	1.100	0.169
Sulfate de soude et chaux.	0.054	0.220	1.185	0.200	0.235
Silicate et silice, alumine..	0.080	0.060	0.060	0.058	0.097
Iodure alcal. arsenic lit...	indice	traces	indice	indice	traces
	2.151	7.826	8.885	9.142	9.248

Ces eaux sont *très-agréables* à boire à table, pures ou coupées avec du vin. Un excès d'acide carbonique et la proportion heureuse des bicarbonates calciques-magnésiens en font, malgré la plus riche minéralisation qui soit connue en France, des eaux *légères, douces*, essentiellement *digestives*. Dose ordinaire, une bouteille par jour. (*Indiquer autant que possible la source que l'on entend prescrire.*) *Emplois spéciaux* : SAINT-JEAN, maladie des organes digestifs ; — PRECIEUSE, maladies de l'appareil biliaire ; — DESIREE, maladies de l'appareil urinaire ; — RIGOLETTE, chlorose, anémie ; — MAGDELEINE, maladies de l'appareil sexuel.

SOURCE FERRO-ARSENICALE DE LA DOMINIQUE

Acide sulfurique libre................		1.33
Silicate acide	sesqui-oxyde de fer	0.44
Arséniate »		
Phosphate »		
Sulfate »		
— de chaux..............................		
Chlorure de sodium.........................		
Matières organiques........................		

Cette eau est arsenicale ; elle n'a aucune analogie avec les précédentes. Fièvres intermittentes, cachexies, dyspnée, maladies de la peau, scrofule, maladies organiques, etc.

Les eaux de ces sources se transportent et se conservent sans altération ; elles se trouvent dans les principales pharmacies de France, au prix de 8,80 c. la bouteille en verre noir, revêtue d'une étiquette et coiffée d'une capsule en étain indiquant la source où elle a été puisée.

SIROP DE DIGITALE DE LABÉLONYE

Excellent sédatif et puissant diurétique employé avec un succès constant depuis plus de 30 ans par les médecins de tous les pays contre les maladies organiques ou non organiques du cœur, les diverses hydropisies et la plupart des affections de poitrine et des bronches PNEUMONIES, CATARRHES PULMONAIRES, ASTHMES, BRONCHITES NERVEUSES, COQUELUCHE, etc.)

A la pharmacie, 99, rue d'Aboukir (*place du Caire*) à Paris, et dans les principales pharmacies de France et de l'étranger.

KINA DELIGNON
AU MALAGA ET ALICANTE

Le flacon : 3 fr. 50. — Le litre : 5 fr.

Préparation de premier choix, très-efficace, ne constipant jamais, et aussi agréable à prendre que les plus délicieuses liqueurs de table. — Economie de 50 *pour* 100 sur tous les autres vins de quinquina.

KINA-CACAO DELIGNON
AU MALAGA ET ALICANTE

VIN TONIQUE ET ALIMENTAIRE

Le flacon : 3 fr. 50. — Le litre : 5 fr.

Paris, Ph. BOSREDON, *r. des Francs-Bourgeois*, 41.

SHERRY-KINA

Vin de quinquina préparé avec le Xérès de la marque *Calvairac* A.G.C. de SÉVILLE, par **Thommeret-Gélis**. Pharm. 32, faub. Montmartre. La bout., 4 fr. Dépôt des **Granules et Bains sulfo-alcalins**, remplaçant les eaux **sulfureuses naturelles** pour boisson et bains. Dans tes les phies.

SAINT-HONORÉ-LES-BAINS
(NIÈVRE)
EAUX SULFUREUSES SODIQUES

ÉTABLISSEMENT THERMAL COMPLET

VASTE PISCINE à Eau courante

(*Vraie rivière sulfureuse natatoire*, 28° c.)

Traitement des maladies de la Gorge, de la Voix et de la Poitrine, Asthmes, Catarrhes, Bronchites, — Affections nerveuses et cutanées. Scrofule, Lymphatisme, Maladies des femmes.

DEPOT : 60, rue Caumartin.

Aménorrhée, Dysménorrhée. — L'observation médicale confirme chaque jour les propriétés véritablement spécifiques de l'APIOL des docteurs JORET et HOMOLLE comme emménagogues, et sa supériorité bien marquée sur les agents thérapeutiques de la même classe. Le succès est assuré quand l'aménorrhée ou la dysménorrhée est indépendante d'un état anatomique ou d'une lésion organique, mais se rattache à un trouble de l'innervation vaso motrice de l'utérus et des ovaires. *Il provoque les règles, prévient les coliques, dissipe les douleurs des reins et les tranchées* qui accompagnent souvent les *Epoques*, sans qu'on ait jamais à redouter aucun accident de son emploi, même dans le cas de grossesse.

Le seul moment opportun pour administrer l'APIOL est celui qui correspond à l'époque présumée des règles ou la précède immédiatement. — Dose, une capsule matin et soir pendant six jours.

Dépôt général, pharm. BRIANT, 150. r. de Rivoli.

EAUX THERMALES SILICATÉES
De Sail-les-Bains (Loire)

Chemin de fer du Bourbonnais, station de Saint-Martin-d'Estreaux.

OUVERTURE LE 15 MAI

La silice et les silicates sont des médicaments nouveaux éminemment *dépuratifs, anti-infectieux et réparateurs.*

SAIL est le seul établissement hydro-minéral soit de France soit d'Allemagne où on traite notoirement par la silice et les silicates.

Vices du sang, dartres, scrofules, maladies de matrice, stérilité, goutte, rhumatisme, estomac, vessie, action sédative sur le système nerveux.

EPILEPSIE
HYSTERIE — NEVROSES

Le SIROP DE HENRY MURE, **au bromure de potassium** (exempt d'iodure), dont l'usage est aujourd'hui universellement répandu, a déterminé un nombre considérable de guérisons publiées dans les recueils scientifiques.

Chaque cuillerée de SIROP DE HENRY MURE contient 2 grammes de **bromure de potassium** d'une pureté chimique irréprochable.

PRIX DU FLACON : 5 francs.

Vente au détail. — A Paris, 16, rue de Richelieu, pharmacie LEBROU.

Vente en gros. — S'adresser à M. HENRY MURE, pharmacien, à Pont-Saint-Esprit (Gard).

EXPOSITION DE 1867

La seule et unique Médaille pour la Pepsine, en récompense de la supériorité de fabrication constatée après expériences faites par les membres du Jury de l'Exposition 1867, MM. FEHLING (de Stuttgart), FRITSCHE (de Saint-Pétersbourg), a été accordée exclusivement à la

Pepsine de Boudault, seul fabricant et fournisseur de la Pepsine dans les hôpitaux de Paris depuis 1854.

Quinze années de fabrication supérieure.

Elle est employée dans les *dyspepsies légères et rebelles, gastrites, gastralgies, dans les vomissements incoercibles de la grossesse, la lienterie des enfants, et autres affections des organes digestifs,* sous forme de vin, Elixir, Prises, Pastilles et Dragées. *Se méfier des contrefaçons.*

Pharmacie HOTTOT, 24, rue des Lombards, Paris.

PAPIER RIGOLLOT
POUR SINAPISMES

Adopté par les Hôpitaux de Paris, les Ambulances et Hôpitaux militaires, et par les Marines française et anglaise.

26, rue Vieille-du-Temple, à Paris, et dans toutes les pharmacies.

PANCRÉATINE DEFRESNE
ET LES PRODUITS QUI EN DÉRIVENT

EMPLOYÉS DANS LES HOPITAUX DE PARIS

(Voir le Mémoire présenté à l'Académie de médecine.)

La **Pancréatine Defresne** perd un tiers de sa force dans l'estomac, mais continue son action dans le duodenum en présence de la bile alcaline. Elle rend assimilable, 15 fois son poids de corps gras ; elle digère 50 fois son poids de fibrine ; 140 gr. d'empois ou 8,90 d'amidon.

ELLE RÉUSSIT BIEN DANS LES

DYSPEPSIES, GASTRITES, GASTRALGIES ET AUTRES AFFECTIONS DES ORGANES DIGESTIFS.

L'HUILE DE FOIE DE MORUE DEFRESNE

émulsionnée par la **Pancréatine**, est inappréciable dans les maladies de poitrine.

La Pancréatine, l'Huile de foie de morue pancréatique, l'Émulsion pancréatique, les Pilules, le Vin et l'Élixir pancréatiques, se trouvent à la pharmacie DEFRESNE, rue des Lombards, 2 et 4, et dans toutes les autres pharmacies. — ON Y TROUVE AUSSI LE

GOUDRON DEFRESNE

Liqueur préparée physiologiquement à l'aide de l'acide cholique et ayant tout l'arome et toutes les propriétés du goudron.

PRIME DE **16,600** FRANCS — MÉDAILLE D'**OR** A LAROCHE

QUINA LAROCHE

Extrait COMPLET **des 3 SORTES de quinquinas**

ÉLIXIR *reconstituant, tonique* et *fébrifuge*. A base de vin d'Espagne et d'un goût agréable, ce produit participe du vin et du sirop de quinquina, mais leur est bien supérieur en efficacité.

Le procédé **Laroche** consiste à épuiser par une série de véhicules variés et un outillage spécial, la totalité des nombreux principes contenus dans les 3 meilleures sortes de quinquinas (*jaune, rouge et gris*), principes essentiels qui se complètent l'un par l'autre, et qui manquent presque toujours dans les préparations ordinaires.

Combiné au fer le *Quina Laroche* **Ferrugineux** offre une préparation aussi complète que possible, pour tous les cas où le *quinquina* et *le fer* sont jugés utiles.

PARIS, 22 et 15, rue Drouot, et dans toutes les pharmacies françaises et étrangères.

J. Laroche

N° 64. — JEUDI 5 JUIN 1873. 46e ANNÉE. JEUDI 5 JUIN 1873. — N° 64.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Bureaux : 57, rue des Saints-Pères, 57
PRÈS L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix d'abonnement doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois

On s'abonne hors de Paris dans les bureaux des Messageries et chez les Libraires
Les lettres non affranchies sont refusées.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui n'en peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS	
Trois mois. .	8 fr. 50 c.
Six mois. .	16 —
Un an. . . .	30 —

POUR L'ÉTRANGER le port en sus suivant les derniers tarifs des Postes.

Paris, le 4 juin 1873.

SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

Le mémoire de M. Fauvel sur le typhus exanthématique doit faire époque. Rien ne pouvait mieux élucider les questions jusque-là douteuses que cet exposé de faits innombrables recueillis et analysés au jour le jour avant et pendant trois épidémies meurtrières.

Ces épidémies ont eu chaque fois la même histoire. Le miasme humain, avant de se révéler comme un principe morbifique, capable de contaminer les individus les plus robustes, a dû d'abord s'élaborer sous l'influence de l'encombrement dans des organismes malades et profondément débilités.

Il y a donc toujours eu une première période *prodromique*, pour ainsi dire, et prémonitoire, pendant laquelle les caractères du typhus pleinement développé ne se dessinaient pas. Il n'y avait pas encore alors de contagion proprement dite, ni d'exanthème.

Cette première période, les observateurs un peu attentifs qui ont assisté au siége de Paris peuvent en retrouver dans leur souvenir les traits principaux.

Les affections les plus diverses prenaient une marche spéciale et se compliquaient d'un état typhique qui ne leur était point habituel.

Les morts subites, inattendues, étaient fréquentes. Dans les grands dépôts d'isolés où l'on entassait de pauvres soldats qui ne pouvaient plus trouver place dans les hôpitaux encombrés, nous avons vu un certain nombre de ces morts subites, sans aucune affection locale assez profonde pour les expliquer.

Or, c'est là un des caractères que M. Fauvel a signalés avec le plus d'insistance en décrivant l'évolution des épidémies qu'il a observées.

De ces épidémies, si l'une mérite bien le nom de *typhus des armées*, puisqu'elle s'est développée au milieu de soldats et pendant une guerre, les deux autres, ayant éclaté au milieu de populations qui mouraient de faim, semblent identiques à ce que l'on a nommé la *fièvre de famine* ou *typhus fever*.

Eh bien, suivant M. Fauvel, chez les Tartares et les Circassiens faméliques, comme chez les Anglais et les Français progressivement affaiblis par les fatigues d'un long siége, sous l'influence de l'encombrement, on aurait vu se produire de même, après les morts subites et les états typhiques, le germe du typhus complet exanthématique et contagieux.

C'était alors, seulement alors, qu'il venait atteindre épidémiquement les médecins, les infirmiers, les équipages des navires affectés au transport de ceux chez qui le germe avait couvé, et c'était alors que la maladie devenait facile à reconnaître.

Les premiers cas, isolés, passaient le plus souvent inaperçus; et certainement à Paris, à Metz, ceux qui auraient vu des cas de ce genre (s'il s'en est produit), sans avoir jamais assisté à une épidémie complète, auraient hésité à se prononcer affirmativement sur l'existence d'un vrai typhus.

Aussi la plupart de ceux qui affirment avoir soigné en France, pendant la guerre de 1870-1871, des soldats atteints du typhus, sont des médecins qui avaient servi en Crimée pendant la guerre, ou en Algérie pendant la famine.

Aujourd'hui encore nous recevons de M. le docteur d'Alix, médecin principal de l'hôpital militaire de Lyon, une note sur des typhiques qu'il aurait observés à Longwy.

Voici un extrait de cette note :

« Longwy, avant d'être cerné, avait servi d'asile à plusieurs de nos soldats, échappés des mains des Prussiens après Saint-Privas et Gravelotte et aux désastres de Sedan.

« A un moment donné, j'avais dans mes salles des *fièvres typhoïdes* et des diminutifs de cette maladie des *états typhoïdes*, ce que quelques médecins appellent *fébricules ;* à côté se trouvaient des *typhus* vrais et des *états typhiques*, diminutifs du typhus.

« Les physionomies de ces diverses affections avaient beaucoup de rapports communs, même dans les cas les mieux accentués ; elles ne se distinguaient souvent que par des nuances, mais surtout par l'origine. Tous les soldats atteints de symptômes typhiques étaient des soldats échappés de Sedan, ayant, pendant de nombreux jours, subi les plus grandes privations, sans nourriture, sans abris, accablés de fatigue ; ils nous arrivaient exténués.

« Dans notre petite ville, nous n'avions rien de cela ; nos militaires contractaient des fièvres typhoïdes.

« Dans certains cas, malgré mes opinions et une certaine expérience des maladies typhoïdes et typhiques, le diagnostic me paraissait difficile. Il ne me semblait pas possible d'affirmer *absolument* l'existence soit d'une fièvre typhoïde, soit d'un

typhus, bien que des spécimens de ces deux affections fussent couchés l'un près de l'autre, et quelques-uns évidents. Et si je n'avais pas, non l'observation complète de ces maladies, mais l'indication sommaire des résultats de l'autopsie, je ne pourrais me prononcer catégoriquement.

« Dans mon résumé sur l'état sanitaire à cette époque, je trouve signalés cinq décès par suite de fièvre typhoïde (dont un prisonnier prussien) et deux par suite de typhus. Comme j'ai l'habitude de faire l'autopsie des décédés, je ne mets presque jamais le diagnostic définitif qu'après l'examen cadavérique ; de cette façon, on ne peut en discuter la valeur. Les fièvres typhoïdes étaient donc bien des fièvres typhoïdes ayant offert à l'amphithéâtre les altérations pathognomoniques.

« De même pour les cas de typhus, mais, en plus, il y a une note que je vais relever :

« *Premier cas.*—L..., soldat au 77e de ligne, entré à l'hôpital le 16 septembre, décédé le 27 du même mois, avec ces mots : typhus vrai ; caractères nettement tranchés. D'où il suit qu'il n'y avait dans l'intestin aucune altération des plaques de Peyer.

« *Deuxième cas.* — S..., 10e de ligne, entré le 2 octobre, décédé le 27 du même mois, avec cette note : caractères du typhus nettement tranchés: éruption générale. Ce malade succomba dans une période que je prenais pour une rechute, ayant cru à la guérison.

« L'autopsie fait voir des ulcérations dysentériques dans le gros intestin. Nulle part aucune trace de follicules altérés.

« Évidemment, si j'avais trouvé dans ces deux cas les moindres indices d'une modification quelconque dans les glandes de Peyer, je n'aurais pas timbré ces maladies du nom de typhus ; pour rester fidèle à mes opinions, j'aurais dit : ce sont des fièvres typhoïdes.

« Voilà donc en même temps des affections qui, pendant leur évolution, offrent beaucoup de symptômes communs, avec des nuances diverses ; mais ces nuances ne sont pas assez accentuées pour, dans tous les cas, permettre d'affirmer ce type morbide. L'autopsie révèle des altérations dans certains cas, et dans d'autres est absolument négative.

« En présence de faits aussi patents, est-il permis de dire : la fièvre typhoïde et le typhus sont la même affection à des degrés divers. Dans les salles, on trouve, dans le même moment, des spécimens de gravité diverse pour les deux affections ; les uns meurent du typhus, les autres de la fièvre typhoïde.

« Circonstance qu'il ne faut pas oublier, les cas de typhus sont tous des soldats venant du dehors, échappés aux désastres de nos armées vaincues, ayant subi la misère sous toutes les formes, et toutes les fatigues morales et physiques. »

Le dépouillement de la correspondance ayant occupé la plus grande partie de la séance, M. Fauvel a dû remettre à mardi prochain la dernière partie de son mémoire.

Parmi les pièces de cette correspondance intéressante, nous signalerons particulièrement une dépêche de M. le ministre de la guerre, qui consulte l'Académie sur la réorganisation possible des corps médical et pharmaceutique de l'armée française.

Il s'agirait d'écarter les conflits entre médecins et pharmaciens, sans recourir à l'intervention de l'intendance militaire ; et, à cet effet, M. le ministre propose, ou bien de supprimer tous les pharmaciens militaires en chargeant une partie des médecins subalternes de préparer les médicaments, ou bien de subordonner partout les pharmaciens aux médecins en ne leur donnant pas l'équivalence de grade.

L'Académie, transformée ainsi en grand conseil consultatif d'administration, fait étudier cette question par une commission de neuf membres.

Dr Victor Révillout.

HOPITAL DU MIDI. — M. Charles Mauriac.

Étude clinique sur l'influence curative de l'érysipèle dans la syphilis (1).

XIX

L'insuffisance préventive de l'érysipèle n'est pas dans un rapport direct avec son action curative. Ainsi, parce qu'il y aura guérison rapide et complète de certaines manifestations syphilitiques par une fièvre ou une phlogose érysipélateuses, on aurait tort de croire que la disposition générale de l'organisme à concevoir de nouveau la même action morbide ou d'autres de même nature a été détruite. Le fait précédent prouve le contraire. En voici un autre, qui ne peut laisser aucun doute à cet égard.

Obs. IV. — R.... (Charles), âgé de dix-neuf ans, maçon, entré le 22 octobre 1872 à l'hôpital du Midi, dans mon service, salle 8, n° 17, se portait habituellement bien et n'avait eu aucune maladie vénérienne, lorsque, après une continence d'un mois, il eut commerce, vers le 3 août 1872, avec une coureuse de Boulogne-sur-Seine. Quinze jours après, apparition d'un chancre infectant balano-préputial compliqué de phimosis.

Deux mois après le début du chancre, vers le 20 octobre, accidents consécutifs : maux de tête, étourdissements, courbature, fièvre et roséole papuleuse. Ce malade fut soumis au traitement spécifique dès son entrée.

Vers le 5 novembre (deux mois après le début du chancre), plaques muqueuses confluentes sur les bourses et à la partie interne des cuisses ; quelques-unes de ces plaques muqueuses formant une tumeur par leur conglomération, se convertirent en une vaste ulcération : sécrétion infecte, opiniâtreté de ces lésions, qui résistèrent pendant longtemps à un traitement local énergique.

Les autres accidents consécutifs, sauf ces plaques muqueuses, avaient complétement disparu depuis plusieurs jours, lorsque, vers la fin de décembre 1872 (quatrième mois de la syphilis), la muqueuse labiale se couvrit de plaques muqueuses. En même temps survint un enrouement qui allait presque par moments jusqu'à l'extinction de voix : douleur légère au niveau du larynx ; difficulté très-grande dans la déglutition. Le traitement général spécifique n'avait pas été interrompu un seul instant.

État du malade le 9 janvier 1873 (cinquième mois du chancre, dixième ou quinzième jour de la laryngopathie). — Un peu d'amélioration du côté du larynx, moins de douleur en parlant et en mangeant. Rien sur la peau. Balano-posthite et plaques muqueuses glando-préputiales.

Le périnée est couvert de plaques muqueuses confluentes, qui sécrètent abondamment. C'est une nouvelle poussée aussi forte que la première qui, du reste, n'a jamais été entièrement guérie. Il n'existe aucune circonstance locale de nature à expliquer la persistance si singulière de ces papules périnéo-fémorales. Aucun trouble de la santé générale.

Plaques muqueuses opalines, saillantes, confluentes sur les deux lèvres. Quelques-unes sont ulcérées. Plaques muqueuses

(1) Suite. — Voir les numéros des 3, 8, 15-17, 29 avril, 6, 15 et 22-24 mai 1873.

sur les deux piliers antérieurs et sur le bord libre du voile du palais.

Les plaques muqueuses des lèvres, de la gorge et du périnée furent cautérisées plusieurs fois avec énergie. Cependant elles ne cédèrent point à cette médication locale combinée avec le traitement général, les soins de propreté, etc. Je n'ai jamais vu ces lésions, qui se guérissent en général très-facilement, présenter une pareille opiniâtreté. Sous ce rapport-là, ce fait est tout à fait exceptionnel.

Le 24 janvier (trentième jour de la laryngopathie), l'examen laryngoscopique pratiqué par M. Krishaber, donna les résultats suivants : les deux cordes vocales inférieures présentent une coloration marbrée et sont épaissies. Vers le bord libre de la corde vocale gauche, l'épaississement est plus considérable que dans les autres points, et on y voit, au point de réunion de la glotte interarythénoïdienne et de la glotte interligamenteuse, une perte de substance nettement accusée, de $0^m,003$ à $0^m,004$ d'étendue, à bords déchiquetés. Pharynx, épiglotte et entrée du larynx d'un rouge foncé uniforme. Tuméfaction et rougeur générale de l'isthme. Sur le pilier gauche, petite échancrure ulcérée avec traînées blanches périphériques.

XX

J'ai insisté sur le caractère particulièrement opiniâtre des manifestations syphilitiques de ce malade, sur leur tendance à la récidive, sur le peu d'efficacité des médications employées, afin de bien faire sentir l'importance des changements que produisit en peu de temps la maladie accidentelle qui me reste à décrire.

Le 24 janvier (cinquième mois de la syphilis, trente-deuxième jour de la laryngopathie), le malade fut pris d'une fièvre violente avec prostration des forces, puis d'une angine érysipélateuse avec tuméfaction énorme des amygdales, impossibilité d'avaler et d'ouvrir la bouche, menace d'asphyxie, etc.

Le 3 février, cette angine était à son maximum d'acuité : réaction générale des plus violentes, agitation excessive, délire pendant la nuit, turgescence violacée de la face, etc.

Le 5 février (douzième jour de l'angine), il survint une grosse tuméfaction ganglionnaire sur les côtés du cou, un peu en arrière des amygdales, accompagnée d'un empâtement diffus du tissu cellulaire ambiant. Douleur vive à ce niveau. Déglutition toujours extrêmement difficile. Impossibilité d'explorer la gorge.

Les jours suivants, l'état général s'améliora progressivement, mais l'agitation avec délire nocturne persista quelque temps. Enfin, vers le 8 ou le 10, les phénomènes locaux s'amendèrent, la déglutition devint possible, la tuméfaction externe du cou s'affaissa, et le malade entra franchement en convalescence.

Le 15 février (vingtième jour de l'angine), il était complétement guéri. Or, chose remarquable, cette fièvre avec détermination inflammatoire si violente sur les deux amygdales avait fait disparaître comme par enchantement toutes les manifestations que présentait la maladie au moment de son invasion. Et cependant la médication spécifique interne, le traitement local, avaient été supprimés depuis le début de cette angine.

Les plaques muqueuses de l'anus et du périnée, si opiniâtres, si rebelles, qui en étaient à leur deuxième poussée, celles qui recouvraient les deux lèvres et l'isthme du gosier et étaient en pleine activité, toutes avaient complétement disparu, sans qu'on y eût touché, sans qu'on leur eût fait le plus petit pansement.

Mais, phénomène encore plus curieux, la voix qui auparavant était enrouée jusqu'à l'extinction, était revenue à son état normal, comme timbre, comme portée, comme étendue ; et, quand l'examen laryngoscopique fut pratiqué, on constata une absence de toute lésion dans l'intérieur de la cavité laryngée.

Quant à la santé générale, elle sortit de cette épreuve meilleure et comme fortifiée.

Malheureusement, cette guérison si extraordinaire ne fut pas de longue durée, et la fatale prédisposition du malade à la plaque muqueuse ne tarda pas à donner des preuves de sa persistance. Dès le 22 février, une plaque muqueuse était revenue sur la joue gauche. Le 10 mars, bien que l'état général fût excellent, les plaques muqueuses s'étaient multipliées sur les joues et les lèvres ; mais l'isthme du gosier, les cordes vocales, la région ano-génitale n'en présentaient encore aucune.

Le malade se sentant beaucoup mieux, sortit de mon service peu de temps après. Je ne l'ai pas revu depuis (1).

(*A suivre.*) CHARLES MAURIAC.

REVUE DE LA PRESSE

Du traitement palliatif des difficultés d'uriner. — M. Cazenave préconise l'emploi de la glace dans les cas de rétentions d'urine occasionnées par des rétrécissements de l'urèthre, dans celles qui sont les conséquences des hypertrophies de la prostate, ou bien même pour conjurer ou faire cesser les accidents qui surviennent à la suite de la lithotritie ou de la taille.

Il introduit à cet effet dans le rectum un morceau de glace dépoli ayant la forme d'un ovale allongé et la grosseur d'une châtaigne ordinaire ; il le pousse par delà les sphincters et les fait renouveler toutes les heures.

De toutes les considérations qu'il développe en faveur de ce traitement auxiliaire, il conclut ceci :

1° Que les rétrécissements de l'urèthre et que les hypertrophies de la prostate occasionnent tantôt des difficultés d'uriner plus ou moins considérables et tantôt des rétentions d'urine, *dysuries* et *ischuries*, dont les conséquences sont parfois désastreuses ;

2° Que le traitement de ces impossibilités d'uriner par la dilatation, par le cathétérisme simple ou forcé, par l'uréthrotomie interne ou externe, par les divers modes de ponctionner la vessie, est toujour difficile, quelquefois impossible, parfois très-aventureux, très-compromettant et assez souvent mortel, quelle que puisse être d'ailleurs l'habileté des chirurgiens qui opèrent ;

3° Que le traitement palliatif de ces deux maladies des voies urinaires (traitement qu'il expérimente depuis vingt ans et qui lui a toujours donné de bons résultats) doit être mis en pratique toutes les fois qu'on rencontre des malades qui n'urinent qu'avec difficulté ou qui n'urinent pas du tout. La glace rend d'immenses services dans ces cas-là et dispense les malades de voir les chirurgiens être obligés de recourir à des expédients toujours douloureux, parfois d'une exécution difficile, assez souvent impossible, et pis que cela ;

4° Que le traitement des maladies des voies urinaires dont je m'occupe ici (par des morceaux de glace qu'on introduit dans le

(1) Ce malade est rentré dans mon service, salle 8, n° 7, le 8 avril. — Quinze jours environ après sa sortie, il avait été repris de troubles fonctionnels du côté du larynx, tels que raucité, enrouement, aphonie, etc. L'examen laryngoscopique, pratiqué le 27 avril par M. Krishaber fit constater, sur le bord de la corde vocale inférieure droite, dans la partie voisine de l'angle antérieur, une découpure en dents de scie reposant sur un fond blanchâtre. — Depuis sa rentrée, malgré le traitement, le repos et les soins de propreté, d'énormes papilles muqueuses confluentes se sont reproduites dans la région anale et à la partie interne et supérieure des cuisses. Les lèvres et le voile du palais en sont également couverts. — Ainsi cinq à six semaines après la guérison par l'érysipèle, la syphilis est revenue ce qu'elle était auparavant et a donné lieu aux mêmes manifestations. Du reste, la santé est excellente, et il n'existe pas d'autre lésion que ces plaques muqueuses, dont la tendance à la récidive et l'opiniâtreté sont vraiment extraordinaires.

rectum) fait presque immédiatement cesser les accidents souvent si redoutables occasionnés par des difficultés d'uriner ou par des empêchements absolus de vider la vessie et donne le temps aux chirurgiens de prendre sagement et résolûment leurs mesures pour procéder à un traitement curatif s'il y a lieu ;

5° Enfin, que l'introduction de morceaux de glace dans le rectum facilite beaucoup les préludes obligés de la lithotritie, et que le même moyen remédie efficacement aux accidents qui sont si communément, quoi qu'on fasse, les conséquences du traitement des calculs ou de leur extraction de la vessie par la taille.

(*Courr. méd.*)

Galactorrhée. — Emploi de l'agaric blanc. — Guidé rationnellement par l'action bien connue qu'exerce l'agaric blanc sur les sécrétions sudorrales des phthisiques, l'auteur de cet article eut l'idée d'essayer cette substance dans les cas de surabondance de lait chez les femmes enceintes ou chez les nourrices.

Il cite, à ce sujet, diverses observations rigoureusement étudiées sur des femmes prises de sécrétion lactée, les unes peu de temps après le début de la gestation, les autres quelques mois avant la parturition, observations qui l'amènent à avouer qu'aucun traitement ne possède une efficacité aussi rapide et aussi manifeste.

A la dose de 1 gramme en quatre fois dans le cours de la journée, dose qui peut être élevée à celle de 1 gr. 50 en cas d'insuffisance d'action, on est toujours sûr d'obtenir le résultat désiré.

Qu'on se garde bien pourtant d'amener l'effet purgatif par une quantité exagérée ; à la moindre manifestation de diarrhée, le médecin doit suspendre la prescription du médicament pour l'ordonner de nouveau un peu plus tard.

C'est surtout lorsque la galactorrhée survient pendant la grossesse qu'on peut apprécier l'efficacité de l'agaric; car on n'a pas affaire, comme après l'accouchement, à des supersécrétions qui se tarissent spontanément. (*Gaz. de Joulin*).

Valeur du ballottement perçu dans la région abdominale comme signe diagnostique de la grossesse. — Le docteur Blachez, dans une observation soigneusement rédigée, nous fait assister à une de ses consultations :

C'est une jeune femme de vingt-trois ans, qui lui est présentée à la fin de novembre. Le ventre a pris chez elle, depuis deux mois, un tel accroissement que, pour son amour-propre, et dans le but de mettre fin aux rumeurs scandaleuses qui circulent sur son compte, elle en est réduite à consulter la science.

Elle se présente, toute décontenancée, ne répondant aux questions qui lui sont adressées qu'avec hésitation, et jurant, par le serment le plus solennel, qu'elle n'est pas enceinte.

La pudeur, chez notre cliente, dit-il, était poussée à un tel degré, que je pus seulement obtenir d'elle de lui palper le ventre sur la chemise. Je le trouvai volumineux et régulièrement développé comme dans une grossesse de cinq mois. Pour chercher à obtenir la sensation du ballottement, je mis les deux mains bien étendues sur les côtés du ventre, les serrai en les rapprochant, de façon à faire bomber les parois en avant.

Alors, avec l'indicateur de la main droite, j'exerçai sur la ligne médiane une pression rapide sur la tumeur, que je sentis immédiatement filer et revenir frapper sur mon doigt. Je pus répéter la même expérience plusieurs fois, et confiant dans la certitude du diagnostic, assurer à la personne qui avait présenté la jeune fille, que celle-ci était enceinte.

Je fus appelé, à la fin de mars, près de la même jeune personne, qui ressentait, disait-on, de grandes coliques. Je l'examinai et lui dis qu'elle allait accoucher dans quelques heures. Elle voulut encore nier, mais les grandes douleurs la forcèrent bientôt à se taire et finirent par donner issue à une grosse tumeur qui, heureusement pour ma réputation, jetait des cris et portait le sexe féminin.

M. Blachez conclut de cette observation que le ballottement est d'un grand secours pour le médecin comme signe diagnostique d'une grossesse lorsqu'il se trouve dans les conditions spéciales où l'intérêt du malade est de fausser son jugement, et lorsque certaines raisons délicates l'empêchent d'exercer le toucher.

Il est un autre symptôme de grossesse plus sûr encore que la sensation du ballottement, ce sont les battements du cœur, mais il est des cas, comme celui qui vient d'être cité, où il est impossible de les constater.

Ici, la quantité de liquide amniotique était considérable, et c'est précisément pour cela que le ballottement devait être plus sensible. Du reste, les battements du cœur du fœtus et le ballottement, ces deux symptômes certains et infaillibles de la grossesse, se complètent réciproquement ; *lorsque l'un manque, l'autre doit exister*, sauf le cas exceptionnel où les parois abdominales sont trop épaisses. (*Courr. méd.*)

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 3 juin 1873. — Présidence de M. Depaul.

CORRESPONDANCE OFFICIELLE

M. le ministre de l'instruction publique transmet une dépêche qui lui a été adressée par M. le ministre de la guerre au sujet du *fonctionnement de la pharmacie dans l'armée*, et par laquelle M. le ministre de la guerre demande que l'Académie veuille bien étudier la question sous toutes ses faces et faire connaître ses appréciations motivées. (Comm. MM. Depaul, Devergie, Larrey, Legouest, Poggiale, Bussy, Gobley, Broca, Gubler.)

M. le ministre de l'agriculture et du commerce transmet :

1° Une note avec des échantillons à l'appui, de M. Dreger, pharmacien à Paris, sur quelques préparations destinées à faciliter aux médecins l'administration de la viande crue ;

2° Le compte rendu des maladies épidémiques qui ont régné dans l'arrondissement de Blaye pendant l'année 1872.

CORRESPONDANCE NON OFFICIELLE

La correspondance non officielle comprend :

1° La deuxième partie de l'étude de M. le docteur Decaisne *sur les buveurs d'absinthe et de bitter*. Cette partie est intitulée : *Des buveurs de bitter.*

En voici les conclusions.

« De mes recherches sur la composition connue sous le nom de *Bitter* et de mes observations sur vingt-six hommes faisant un abus marqué du bitter ou le buvant seulement à dose modérée comme apéritif,

Je crois pouvoir conclure :

1° Les formules usitées dans le commerce, pour la fabrication du bitter, varient selon les fabricants, mais ressemblent toujours, quant aux plantes, à celles du vermout et de l'absinthe. Ces plantes jouissent à peu près des mêmes propriétés amères, excitantes et toxiques résidant dans les huiles essentielles qu'elles renferment;

2° Comme l'absinthe et le vermout, le bitter est souvent fabriqué avec des plantes avariées et des alcools de mauvaise qualité dont on cherche en général à masquer le goût par des acides plus ou moins nuisibles ;

3° Les alcools de betteraves, de pommes de terre et de grains qui entrent si fréquemment dans la composition des bitters à bas prix, exercent probablement une action plus marquée sur le système nerveux et les fonctions digestives que les alcools de vin. Mes recherches ne me permettent pas de l'affirmer, mais j'ai lieu de croire que des études sérieuses à cet égard pourraient le démontrer ;

4° La nature des plantes, le degré et la qualité des alcools qui entrent dans la composition du bitter lui donnent, comme à l'absinthe et au vermout, la propriété de déterminer plus ou moins promptement l'alcoolisme aigu et l'alcoolisme chronique ;

5° L'abus du bitter, comme celui de l'absinthe et du vermouth, de la liqueur de la Grande-Chartreuse elle-même, et de certains

vins blancs sophistiqués, peut déterminer des accidents épileptiformes;

6° Comme l'absinthe et le vermout, le bitter, même de bonne qualité et pris comme apéritif, devrait être banni de la consommation. »

2° Une lettre de M. le docteur Jules Périer, médecin inspecteur du service de santé de l'armée, relative au mémoire de M. Chauffard *sur l'étiologie du typhus*.

M. Périer rapporte qu'en Algérie, pas une seule fois, après de nombreuses autopsies, il n'a rencontré d'ulcérations caractéristiques de la fièvre typhoide chez les malades qui avaient succombé au typhus exanthématique.

Quant à l'épidémie d'Algérie en 1868, elle a été pour les Arabes, une épidémie famélique caractérisée par une maigreur excessive, des flux intestinaux, en un mot par la cachexie inévitable pour des êtres réduits à manger l'herbe des champs, à lutter, sur les hauts plateaux, contre le froid et vivant de baies de genévriers. C'est par exception que ces faméliques présentaient les symptômes du typhus. Au contraire, chez les Européens et même chez les indigènes d'une hygiène régulière, les effets épidémiques se traduisaient par le typhus exanthématique avec tous ses symptômes. En d'autres termes, les Arabes atteints d'affections intestinales faméliques donnaient le typhus aux Européens et à leurs coreligionnaires moins misérables qui les approchaient. Les locaux, les hardes qui avaient été employés à l'usage des faméliques, avaient la même puissance infectieuse.

Un des faits les plus importants de cette épidémie d'Algérie est que, hors de ses foyers primitifs, le typhus exanthématique s'est montré très-peu transmissible, qu'il l'a été dans les plus faibles proportions toutes les fois que les typhiques ont été hospitalisés ou installés dans de bonnes conditions d'espacement et d'aération.

A l'hôpital du Dey, soixante-dix-huit typhiques ont été sans influence appréciable sur les autres malades, tandis que quelques vêtements de faméliques ont, avant toute arrivée de malades typhiques, empoisonné mortellement un sergent qui couchait dans les vestiaires de l'hôpital où ces guenilles avaient été imprudemment placées. Le typhus s'est éteint très vite, même au milieu des familles qui ont traité leurs malades; il a disparu des villes avec les individus infectieux qui le produisaient; il a disparu de toute la province avec l'extrême misère.

La genèse du typhus d'Algérie est, en infiniment petit, représentée par le fait que M. Chauffard lui-même rappelle, celui du vaisseau égyptien qui, n'ayant à son bord que des dysentériques, a donné à ceux qui l'ont visité à Liverpool, le typhus exanthématique.

3° Une lettre de M. Chauveau (de Lyon), qui conteste l'exactitude des renseignements fournis par M. Collin dans sa communication à la dernière séance de l'Académie sur le nombre des expériences publiées par M. Chauveau en ce qui touche l'ingestion de matières tuberculeuses et sur son mode de procéder. Le nombre de ses expériences n'est pas de deux, mais bien de onze, et toutes ont donné des résultats positifs. Il n'est pas possible de dire que chez ces onze jeunes veaux auxquels on avait fait avaler de la matière caséeuse, la tuberculose ait été produite par l'introduction accidentelle de cette matière dans la trachée, puisque le plus grand nombre d'entre eux ne présentaient pas les lésions caractéristiques dans les poumons, mais bien dans l'abdomen, dans les ganglions mésentériques, etc.

M. BOULEY lit à ce sujet une note de M. Saint-Cyr sur quelques expériences faites par lui à Lyon, également sur la tuberculose transmise par les voies digestives.

Premier fait. — Les 28 novembre et 1er décembre 1872, M. Saint-Cyr a fait ingérer 30 grammes environ, chaque fois, de matière tuberculeuse à une génisse âgée de six mois et parfaitement bien portante. Après cette ingestion, dans laquelle pas une seule goutte de liquide n'a pénétré dans les bronches, la génisse est maintenue en observation jusqu'au 6 février 1873. Pendant tout ce temps, elle n'a pas cessé un seul instant de jouir de la plus brillante santé.

Le 6 février, l'animal ayant été sacrifié, à l'autopsie on trouve les deux ganglions rétro-pharyngiens et plusieurs ganglions mésentériques dans un état de dégénérescence tuberculeuse des plus manifestes. Dans plusieurs points, les tubercules sont déjà en voie de crétification. Les poumons sont, au contraire, parfaitement sains; on trouve seulement à la surface de l'un d'eux trois granulations, grosses comme des têtes d'épingles, offrant les apparences du tubercule à l'état naissant (granulation grise), mais sur la nature desquelles M. Saint-Cyr hésite à se prononcer.

Deuxième fait : deux veaux âgés de six à sept semaines, parfaitement bien portants, sont mis en expérience. L'un reçoit les 26, 27, 28 mars, chaque jour, 30 grammes de matières tuberculeuses broyées et délayées dans un peu de lait. Les 22 et 23 avril, il reçoit encore 20 grammes environ, chaque fois, de matière tuberculeuse.

Le 20 mai, les deux veaux sont sacrifiés. A l'autopsie, on trouve, chez le veau qui a été nourri de matière tuberculeuse, les ganglions rétro-pharyngiens et bon nombre de ganglions mésentériques très-manifestement tuberculeux. Les tubercules sont déjà en partie crétifiés. Dans l'intestin grêle et non loin du duodénum, trois plaques de Peyer sont le siége de tuméfactions de nature très-évidemment tuberculeuse. Rien, absolument rien dans les poumons, ni dans les bronches, ni dans aucun autre organe.

Tous les viscères de l'autre veau, examinés comparativement avec le plus grand soin, sont dans le plus parfait état d'intégrité.

Dans ces deux expériences, M. Saint-Cyr se croit en droit de conclure, contrairement à M. Collin, que le tubercule est facilement inoculé aux animaux de l'espèce bovine.

M. BOULEY communique, en outre, les expériences de vétérinaires allemands sur le même sujet. Elles sont antérieures à celles de M. Collin.

MM. Worms et Gunther, professeurs à l'école vétérinaire de Hanovre, ont opéré sur des lapins qu'ils ont divisés en trois lots.

Le premier lot, composé de six lapins, a été nourri de matières animales, de viandes, de poumons, de lait, provenant d'animaux sains. Les dix lapins, mis à ce régime pendant plusieurs semaines, ont été reconnus sains à l'autopsie.

Dans le deuxième lot, on donne à quatre lapins de la viande provenant d'un porc fortement tuberculeux.

A quatre autres, les poumons du même animal, farcis de tubercules.

A d'autres, des tubercules provenant d'une vache phthisique.

Des quatre premiers lapins, un fut tué le douzième jour et reconnu sain.

Les trois autres furent tués au bout de trois mois, et on en trouva un sain et deux tuberculeux.

Les quatre lapins nourris avec le poumon du porc furent reconnus fortement tuberculeux.

Enfin, on constate également la tuberculose sur les quatre lapins nourris avec les tubercules de la vache, mais à un moindre degré.

Le troisième lot fut nourri avec des matières tuberculeuses cuites, et resta sain.

M. Leiseving, professeur à l'école vétérinaire de Dresde, a expérimenté sur un mouton auquel il a fait prendre, pendant trois jours, des ganglions lymphatiques tuberculeux provenant d'une vache. Dès le quinzième jour, l'animal tomba malade et présenta des symptômes de tuberculisation. Tué le quatre-vingt-cinquième jour, il montra des ulcérations de la muqueuse intestinale, avec de petites tumeurs tuberculeuses; les ganglions mésentériques étaient tuberculeux; le foie, ainsi que les poumons, rempli de tubercules. Dans ce dernier organe, les plus grands étaient calcifiés. Un peu de calcification s'observait dans les ganglions bronchiques tuméfiés.

Un autre mouton, qui ne reçut qu'une fois 20 grammes de matière tuberculeuse, devint également tuberculeux.

Il en fut de même de nombreux lapins nourris avec de la matière tuberculeuse.

M. Zürn, professeur à la station agronomique de Iéna (*untersachangen*), a expérimenté sur des porcs auxquels il a fait prendre d'abord le lait d'une vache phthisique, puis de la viande de la

même vache. Les animaux devinrent phthisiques à des degrés divers.

Des expériences sur des lapins donnèrent les mêmes résultats.

M. RAYNAL raconte qu'il a fait les expériences suivantes, confirmatives de celles de M. Colin.

Il a nourri pendant un certain temps deux génisses avec des poumons de phthisiques, envoyés par M. Gubler.

Une autre génisse, âgée de trois ans, a ingéré 400 grammes de poumons phthisiques envoyés par M. Colin.

Aucune de ces génisses n'est devenue phthisique. La dernière a été gardée à Paris, par M. Raynal, pendant toute la durée du siége, où elle a eu à subir des privations cruelles; elle est morte ensuite d'une indigestion, par suite d'un changement trop subit de régime.

Deux jeunes coqs ont été nourris avec des poumons de phthisiques, et quand on les a tués, un an après, on les a trouvés parfaitement sains. M. Raynal conclut, comme M. Colin, à la non transmission de la tuberculose par les voies digestives et à l'innocuité de la chair des animaux phthisiques.

M. COLIN s'empresse de faire une rectification au sujet de la communication qu'il a faite à l'Académie dans la dernière séance. Parlant des expériences que M. Chauveau avait fait connaître à l'Académie, il avait dit qu'elles étaient au nombre de deux; il s'est assuré depuis qu'elles étaient au nombre de trois. Il persiste à penser que la tuberculose développée chez les animaux mis en expérience par M. Chauveau a été due à une manière défectueuse de procéder. La matière tuberculeuse, réduite en bouillie, s'introduit dans les bronches des animaux qui ne l'avalent qu'avec une extrême répugnance.

Quant aux expériences des Allemands, M. Colin ne saurait en admettre les résultats sans réserve. En effet, les Allemands prétendent que non-seulement la chair mais le lait d'animaux phthisiques transmet la phthisie, mais il faudrait alors que tous les paysans à peu près fussent phthisiques, car tous boivent, sans le faire cuire, du lait de vieilles vaches qu'ils conservent longtemps, bien qu'elles soient évidemment tuberculeuses.

M. DELPECH fait hommage, au nom de M. le docteur de Wecker, d'une *Notice nécrologique sur Frédéric Gæger*, membre correspondant de l'Académie.

M. JULES GUÉRIN présente une brochure intitulée : *Guide pratique de l'alimentation du nouveau-né*, par M. le docteur Caron.

M. DEPAUL présente, au nom de M. le docteur Duboué (de Pau), un ouvrage intitulé : *Recherches sur les propriétés thérapeutiques du seigle ergoté.*

M. LE PRÉSIDENT rend compte de la visite qu'il a faite au nouveau ministre de l'instruction publique.

Reprise de la discussion sur le typhus.

M. Fauvel lit la deuxième partie de son discours sur le typhus exanthématique. Cette lecture est interrompue à quatre heures et demie par un comité secret dans lequel M. Tarnier expose les titres des candidats à la place déclarée vacante dans la section d'accouchements.

VARIÉTÉS

Traité de chirurgie dentaire ou Traité complet de l'art du dentiste (1), par JOHN TOMES, F. R. S. et CHARLES S. TOMES, M. A. traduit sur la deuxième édition anglaise, par le docteur G. DARIN, ancien interne des hôpitaux.

Nous étions jusqu'à ce jour fort embarrassé quand un de nos lecteurs nous demandait un traité de chirurgie dentaire. Cette difficulté est levée, car M. Darin en nous donnant la traduction d'une œuvre justement estimée en Angleterre, vient certainement répondre à un besoin souvent manifesté.

Ce livre, très-soigneusement édité, traite d'abord de la dentition, des tissus dentaires; puis il étudie successivement les maladies des dents, des affections de la pulpe, du périoste, des mâchoires, des gencives, etc., des sinus maxillaires. Après avoir consacré des pages intéressantes aux lésions mécaniques des dents et des mâchoires, il passe aux opérations, étudie les dents à pivot, l'extraction des dents, les accidents qui peuvent la compliquer, et après avoir parlé de l'anesthésie, il termine par une étude sur la carie dentaire.

Par cette simple énumération, on voit combien ce livre a mérité l'honneur d'une traduction française et quels services il est appelé à rendre aux chirurgiens qui ont un peu trop abandonné une partie de la science très-honorablement représentée ici par des confrères d'une valeur incontestée.

(1) 1 vol. petit in-8° avec 263 figures. Prix : 10 francs. F. Savy.

THÈSES
SOUTENUES A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS
PENDANT L'ANNÉE 1873.

145. Michel. De l'endocardite dans l'état puerpéral physiologique, dans la fièvre puerpérale simple ou traumatique et dans la fièvre puerpérale infectieuse.

146. Nolle. Considérations sur les plaies articulaires et leur traitement.

147. Ménard. Étude pour servir à l'histoire de l'invagination intestinale.

148. Barnier. Des tubercules du testicule.

149. Cartade. Étude sur le traitement de l'ankylose incomplète du genou par la rupture.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Faculté de médecine de Paris. — M. Strauss, docteur en médecine, est nommé chef de clinique médicale à la Faculté de médecine de Paris, en remplacement de M. Liouville, appelé à d'autres fonctions.

— *Faculté de médecine de Nancy.* — M. A. Netter, docteur en médecine, est nommé bibliothécaire conservateur des collections à la Faculté de médecine de Nancy, en remplacement de M. Bouchard, appelé à d'autres fonctions.

— *École de médecine d'Arras.*— M. Lestocquoy, professeur adjoint de clinique externe à l'École préparatoire de médecine et de pharmacie d'Arras, est nommé professeur titulaire de ladite chaire.

M. Germe, suppléant pour les chaires de médecine et chef des travaux anatomiques à l'École préparatoire de médecine et de pharmacie d'Arras, est nommé professeur adjoint d'accouchements, maladies des femmes et des enfants, à ladite École, en remplacement de M. Dupuich, décédé.

— *École de médecine de Poitiers.* — M. Guitteau, licencié ès sciences physiques, pharmacien de première classe, préparateur de chimie et d'histoire naturelle à la Faculté des sciences de Poitiers, est nommé professeur adjoint à l'École préparatoire de médecine et de pharmacie de la même ville, chargé en cette qualité de l'enseignement de l'histoire naturelle.

M. Alban de La Garde, suppléant à l'École préparatoire de médecine et de pharmacie de Poitiers, est chargé provisoirement de l'enseignement de la thérapeutique à ladite École.

— *École de médecine de Tours.* — M. Thomas, suppléant à l'École préparatoire de médecine et de pharmacie de Tours, est chargé, à titre gratuit, d'un cours complémentaire d'ophthalmie à ladite École.

M. Millet, professeur d'histoire et de thérapeutique à l'École préparatoire de médecine et de pharmacie de Tours, est nommé professeur d'accouchements, maladies des femmes et des enfants, à

ladite École, en remplacement de M. Crozat, admis, sur sa demande, à faire valoir ses droits à la retraite.

M. Bodin, suppléant à l'École de médecine et de pharmacie de Tours, est nommé professeur d'hygiène et de thérapeutique à ladite École.

M. le docteur Guérault est nommé suppléant à l'École de médecine et de pharmacie de Tours, en remplacement de M. Bodin.

— *École préparatoire supérieure de Rouen.* — M. Ballay, docteur en médecine, est nommé préparateur du cours d'histoire naturelle à l'École préparatoire à l'enseignement supérieur des sciences et des lettres de Rouen, en remplacement de M. Pennetier, démissionnaire.

— *École de médecine de Nantes.* — M. Hecquel, docteur en médecine, est nommé professeur suppléant de la chaire d'histoire naturelle et de thérapeutique à l'École préparatoire de médecine et de pharmacie de Nantes, en remplacement de M. Citerne, démissionnaire.

— *École de médecine de Lille.* — M. Castelain, docteur en médecine, chef des travaux anatomiques à l'École préparatoire de médecine et de pharmacie de Lille, est nommé suppléant pour les chaires d'anatomie et de physiologie près ladite École.

— *École de pharmacie de Nancy.* — M. Strolh, ancien agrégé de l'École supérieure de pharmacie de Strasbourg, est réintégré dans les mêmes fonctions à l'École supérieure de pharmacie de Nancy.

— Nous apprenons, au moment de mettre sous presse, la perte regrettable que vient de faire le corps médical de Paris dans la personne de M. le docteur Brichetcau, rédacteur en chef du *Bulletin général de thérapeutique* et ancien chef de clinique de la Faculté. M. Bricheteau a succombé à la longue et pénible maladie qui, depuis plus de deux ans, le tenait éloigné de Paris. Il est mort à Tours, où ses amis lui ont rendu les derniers devoirs. M. Bricheteau a tenu honorablement sa place dans la presse médicale. Il n'a pas assez vécu pour laisser une longue trace, mais pendant le petit nombre d'années qu'il lui a été donné de consacrer au travail et à la science, il s'est montré digne de ses prédécesseurs dans la rédaction du recueil important qu'il s'était chargé de continuer et du nom honoré qu'il portait.

— La Société des médecins des bureaux de bienfaisance tiendra sa prochaine séance merdredi 11 juin, à huit heures précises du soir, à la mairie du Louvre, place Saint-Germain-l'Auxerrois.

Ordre du jour : 1° Rapports sur les candidatures de MM. les docteurs Bilhaut, Duval et Nérat ; — 2° De la création d'un prix annuel destiné à récompenser les meilleurs rapports trimestriels adressés à la Société par les médecins des bureaux de bienfaisance sur les maladies régnantes de leurs arrondissements, par M. Passant ; — 3° Lecture du dernier arrêté administratif concernant les médecins des bureaux de bienfaisance.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Histoire des plantes, par H. BAILLON, professeur d'histoire naturelle médicale à la Faculté de médecine de Paris. Tome IV[e] (Nyctaginées, Phytolaccacées, Malvacées, Tiliacées, Dyptérocarpacées, Chlaenacées, Ternstroemiacées, Bixacées, Cistacées, Violacées, Ochnacées, Rutacées), avec 515 figures dessinées par Faguet. — Un vol. grand in-8°. Prix : 25 francs. — Paris, 1873, L. Hachette et C[e].

Paris, ses organes, ses fonctions et sa vie dans la seconde moitié du XIX[e] siècle, par MAXIME DU CAMP. Deuxième édition. — Tome III[e] (les Malfaiteurs ; — la Police ; — la Cour d'assises ; — les Prisons ; — la Guillotine ; — la Prostitution). 1 fort vol. in-8°. — Prix : 7 fr. 50. — Paris. 1873. L. Hachette et C[e].

Résumé de pathologie et clinique chirurgicales, par le docteur FORT. — Un joli volume in-32 avec 107 figures intercalées dans le texte. Prix : 5 francs. — Paris, Adrien Delahaye.

Le Directeur : Dr E. LE SOURD.

Paris. — Typographie A. POUGIN, quai Voltaire, 13.

N° 65. — SAMEDI 7 JUIN 1873. 46e ANNÉE. SAMEDI 7 JUIN 1873. — N° 65.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Bureaux : 57, rue des Saints-Pères, 57
PRÈS L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix d'abonnement doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

On s'abonne hors de Paris dans les bureaux des Messageries et chez les Libraires
Les lettres non affranchies sont refusées.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui n'en peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS: Trois mois. . 8 fr. 50 c. — Six mois. . . 16 — Un an. . . . 30 —

POUR L'ÉTRANGER le port en sus suivant les derniers tarifs des Postes.

REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE

Expectoration albumineuse d'une abondance extrême survenant par accès en dehors de toute pleurésie.

Quand un malade est atteint de pleurésie, quand surtout il vient de subir une opération de thoracentèse, s'il se produit une expectoration albumineuse plus ou moins abondante, on peut supposer l'existence d'une perforation traumatique ou spontanée du tissu pulmonaire.

Alors même que le liquide rendu dans ces circonstances par les bronches paraît différent de celui que contenait la cavité pleurale, on peut encore à la rigueur soutenir qu'il provient de la plèvre, car, ainsi que l'a remarqué M. Féréol dans le mémoire qu'il vient de lire à la Société médicale des hôpitaux « en traversant le tissu pulmonaire pour arriver aux bronches, le liquide « pleural peut subir des modifications. » Pour être improbable, cette transformation n'est point, en effet, impossible en théorie ; et, cette preuve n'étant point admise, il deviendrait bien difficile de démontrer en aucun cas que le liquide ne vient pas de la plèvre malade, car, ajoute M. Féréol, « bien rares sont les occa« sions où l'autopsie sera faite en temps utile, s'il est vrai sur« tout, comme je le pense, que la communication pleuro-bron« chique se fasse dans ce cas, par une sorte de mortification des « épithéliums, plutôt que par un trajet fistuleux véritable. Il y « aura alors de grandes difficultés à se rendre un compte exact « de la lésion, qui pourra, le plus souvent, avoir subi une répa« ration ou partielle ou même complète au moment où la né« cropsie sera pratiquée. »

Fallait-il donc entièrement renoncer à jamais savoir avec certitude si le liquide albumineux expectoré dans de telles circonstances ne pouvait pas réellement provenir des voies aériennes elles-mêmes, comme l'ont soutenu MM. Hérard, Béhier, Moutard-Martin et Terrillon ?

Fallait-il éternellement sur ce point de pathologie s'en tenir à des hypothèses contradictoires qui, faute d'être susceptibles de démonstration scientifique soit positive soit négative, ne pourraient jamais s'imposer à ceux même qui sembleraient les respecter par déférence ?

Heureusement qu'en médecine, comme dans toutes les autres sciences, des faits plus simples peuvent éclairer ceux dont les éléments paraissaient trop complexes.

Un fait de ce genre, vraiment démonstratif, car il ne prête pas à un grand nombre d'interprétations divergentes, s'est présenté dernièrement dans ma pratique.

Il s'agit d'un vieillard sujet à des accès d'asthme et qui fut pris à deux reprises de crises effrayantes caractérisées par une toux qui à chaque mouvement expiratoire ramenait une gorgée d'un liquide albumineux teinté de sang.

La première fois cette crise se produisit au milieu de la nuit. C'était le 6 février 1873. Je fus appelé à la hâte, mais je n'arrivai qu'une heure environ après le début. L'expectoration avait déjà entièrement rempli une grande cuvette, et elle se continuait toujours aussi abondante que jamais. Le malade ne pouvant parler me faisait signe qu'il étouffait. Il avait, en effet, les yeux hors de tête, la face d'un rouge violacé, et il était baigné de sueur. Je mis mon oreille sur sa poitrine et, dans toute son étendue, des deux côtés également, j'entendis des râles muqueux, très-bruyants surtout au niveau des grosses bronches.

Je fus effrayé, je l'avoue, d'autant plus que j'étais certain qu'il ne s'agissait pas ici d'un épanchement antérieur qui se serait vidé tout à coup d'une plèvre dans un poumon.

J'avais eu à soigner cet homme, alors âgé de 75 ans, presque journellement depuis le 20 avril de l'année précédente, moment où l'on m'avait appelé auprès de lui à l'occasion d'un affaiblissement général survenu tout à coup à la suite d'une attaque apoplectiforme.

Dans cet intervalle les phénomènes de paralysie incomplète, les troubles de la parole et des idées, la tendance au vertige et les autres symptômes d'une affection des centres nerveux, sur laquelle ce n'est pas le lieu d'entrer ici, avaient peu à peu diminué et presque disparu. Mais il y avait eu des accès d'asthme, avec oppression surtout nocturne, et en dernier lieu, un peu plus d'un mois avant la crise dont il s'agit, une pneumonie *sans pleurésie* qui avait parfaitement guéri et n'avait pas laissé de traces.

Je puis absolument l'affirmer, car j'avais gardé l'habitude d'ausculter avec grand soin cet homme presque à chaque visite. Or, depuis la terminaison de sa pneumonie, la respiration s'entendait très-bien jusqu'à la base, la sonorité était complète des deux côtés, et le murmure vésiculaire n'avait pas même été couvert, comme quelquefois précédemment, par les râles sibilants de l'asthme !

Il n'y avait donc pas de pleurésie ; il n'y en avait jamais eu, car les vibrations thoraciques avaient été toujours plutôt exagérées du côté pneumonique.

A quoi donc pouvais-je avoir affaire?

Je pensai qu'il s'agissait de quelque chose d'analogue aux accès d'asthme; que le pneumogastrique était surtout en cause, et que c'était sur lui qu'il fallait agir. J'essayai d'une révulsion énergique sur son trajet.

J'avais sous la main de l'ammoniaque liquide et de l'huile; je les mêlai dans la proportion de trois parties d'huile pour une d'ammoniaque, puis j'imbibai de ce mélange un morceau de flanelle, que je plaçai sur la partie antérieure du cou.

En quelques minutes, la crise se calma, la toux et l'expectoration devinrent plus rares, puis cessèrent.

Le lendemain matin pourtant, je trouvais, à la base des deux poumons, surtout du poumon droit, un peu de matité et quelques râles humides. Il y avait encore, à de longs intervalles, un peu de toux, quelques crachats, mais bien plus épais que la veille. Deux jours après, tout était terminé, et la poitrine était partout aussi sonore qu'avant la crise.

Rien de nouveau ne se produisit jusqu'au 18 avril suivant. La santé se maintenait même dans un très-bon état relatif. Les forces étaient en progrès. Pas le plus petit accès d'asthme.

Le 15 avril, la fille de ce vieillard, chez laquelle il restait depuis qu'il était malade, déménagea pour aller s'établir rue de Sèvres, n° 4.

Le 18 avril, cette fois à huit heures du matin, une crise toute semblable à la première reparut tout à coup. La même toux, à chaque expiration, amenait chaque fois de même une gorgée de liquide séro-albumineux et rougeâtre, plus ou moins spumeux, l'oppression se dessinait aussi, comme à la crise précédente.

Mais en toute hâte on courut chercher un mélange d'huile et d'ammoniaque dans les proportions indiquées; on en imbiba un morceau de flanelle qu'on mit sur le cou, et le résultat fut aussi rapide qu'il l'avait été dans la nuit du 6 février.

C'est à peine si l'expectoration avait rempli une demi-cuvette.

Chose remarquable, ce ne fut plus le poumon droit, mais cette fois le poumon gauche qui présenta surtout ensuite la matité de la base pendant le premier jour. Le lit du malade avait été changé de place par rapport au mur, et au lieu de se tenir tourné sur la droite, il se tenait maintenant sur le côté gauche. Il y avait donc eu simplement hypostase dans les deux cas. Et c'était une raison de plus pour être certain que le liquide avait bien pris naissance dans les voies aériennes.

Voilà le fait en lui-même, raconté de la façon la plus succincte que possible. Nous aurons bientôt à revenir sur quelques particularités de l'histoire de ce malade.

Dr Victor Rèvilloot.

Éclampsie pendant le travail d'accouchement. — Forceps. Bromure de potassium.

M. le docteur Marcel Bouyer (de Saintes), nous transmet l'observation suivante, qui vient apporter son appoint en faveur de l'efficacité du bromure de potassium dans le traitement de l'éclampsie pendant le travail de l'accouchement :

Mme J..., de Saint-Thomas, commune de Saintes, âgée de trente et un ans, bien réglée d'ordinaire, petite mais bien conformée; primipare; à terme; sujette à des attaques d'hystérie que M. Bouyer a été deux fois à même de constater.

Le travail commencé légèrement le 25 février 1872, dans la matinée, continue avec des intervalles capricieux pendant vingt-quatre heures. Le col, trop rigide, ne s'efface pas; rien n'avance; aussi, la présentation de la tête étant reconnue, une sage-femme qui assistait la malade, lui donne-t-elle, à deux reprises, du seigle ergoté pour activer le travail.

A trois heures après midi, le 26 février, la dilatation avait atteint la dimension d'une pièce de cinq francs, quoique le col fût toujours dur, quand éclata une crise d'éclampsie, suivie rapidement de deux autres.

Arrivé à quatre heures et demie, au moment où la troisième crise cessait, M. Bouyer rapporte en ces termes les résultats de son examen et les suites de cette observation.

Au toucher, le col me paraît moins résistant, l'orifice s'est dilaté davantage et laisse saillir une bosse sanguine volumineuse. Je malaxe le pourtour de l'orifice avec persistance. Je sens sous cette influence le col se dilater et la tête s'engager davantage. La malade nous reconnaît; elle boit; la respiration est calme. Pendant ce temps, on a préparé un grand bain de décoction de tilleul, où l'on met la malade à cinq heures et quart, et où elle est maintenue pendant vingt-cinq minutes. Une heure vient de s'écouler sans crises, et pendant ce temps la malade paraît si calme et son pouls est si peu énergique que je ne crois pas devoir la saigner.

Elle était dans l'eau depuis une demi-heure environ, quand elle fut prise d'une crise plus violente que les précédentes. Je pensai alors que l'évacuation de la matrice était avant tout indiquée. Elle fut de suite sortie de l'eau, entourée de linges chauds, bien frictionnée sur tout le corps, et, séance tenante, placée sans connaissance sur le lit d'opération.

Les parties externes sont rigides et très-étroites; malgré cela, je place les deux branches du forceps; je saisis bien la tête, et à l'aide de tractions modérées, j'amène, en quelques minutes, un enfant mort en même temps qu'une énorme quantité de méconium chargeant le liquide amniotique et prouvant que l'enfant avait depuis quelque temps cessé de vivre.

Légère déchirure de la fourchette, qui a saigné assez notablement. La délivrance est prompte et naturelle.

Un quart d'heure après, nouvelle attaque un peu moins forte que la précédente.

J'ordonne une potion composée de :

Bromure de potassium. . .	15	grammes.
Eau.	110	—
Sirop.	35	—

A prendre les quatre premières cuillerées tous les quarts d'heure; puis quatre cuillerées de demi-heure en demi-heure, et le reste d'heure en heure.

Et toutes les deux heures, une des pilules suivantes :

Musc.	30	centig.
Extrait de belladone.	25	—

Mêlez pour huit pilules.

27 février, dix heures du matin. — Pas de convulsions depuis neuf heures du soir; intelligence obtuse; oubli de ce qui s'est passé; ventre douloureux; pouls à 125, très-faible; lochies peu abondantes; température vaginale 39°,5. Continuer la potion à 10 grammes de bromure toutes les heures; pommade mercurielle belladonée sur le ventre; tisane, bouillon de poulet léger.

28 février. — Même état. Pouls à 125; urines bourbeuses; ventre douloureux; lochies infectes. Pas de crises depuis la veille. T. vaginale 38°,8, axillaire, 37°,6. Huile de ricin dans la matinée, et continuer, l'après-midi, la potion avec 10 grammes de bromure de potassium.

Les jours suivants, les accidents puerpéraux continuent intenses, et sont combattus par la quinine, le quinquina, les injections vaginales antiputrides, etc., etc. Le bromure est cessé le 4 mars, et tous les accidents nerveux semblent conjurés.

Le 12 mars, à midi et demi, accès éclamptique violent que rien ne faisait prévoir, et qui est suivi, à deux heures, d'un autre moins fort et auquel j'assiste. Immédiatement la malade est remise au bromure à la dose de 10 grammes pour 100 grammes de véhicule (une cuillerée toutes les heures). Cessation immédiate des crises, auxquelles succède seulement une douleur de tête très-intense.

Je maintiens plusieurs jours Mme J... à l'usage continu du médicament, et il n'est plus question de crises nerveuses. Le quinquina et les analeptiques assurent bientôt la convalescence des accidents puerpéraux, et, à la fin de mars, je cesse de la voir.

Trois mois après, ayant revu la malade, je constate son retour complet à la santé. Les règles ont reparu, et la déchirure légère de la fourchette, spontanément reprise, a rendu à la vulve sa forme normale.

Ce qui, dans cette observation, a surtout appelé l'attention de M. Bouyer, qui avait déjà rencontré dans sa pratique plusieurs cas d'éclampsie qui avaient cédé à peu près constamment après la délivrance, c'est la récidive survenue le 12 mars, quatorze jours après l'arrêt des premières crises, et alors que rien ne pouvait la faire prévoir. Il semble, en effet, dit-il, que la maladie, persistant toujours, n'a cessé ses premières manifestations que sous l'influence du bromure de potassium, puisque, après la cessation de ce remède, les crises ont reparu pour céder encore rapidement aussitôt qu'on l'a repris.

Il paraît difficile de ne pas admettre une relation évidente de cause à effet entre la cessation des phénomènes nerveux et l'usage de la potion bromurée.

REVUE DE LA PRESSE

Transfusion de lait dans le choléra. — Le docteur Edw. Hodder, praticien digne de foi, signale un moyen de traitement qui lui a réussi dans trois cas différents de choléra asiatique bien caractérisé ; c'est l'injection de lait dans les veines du malade.

Voici comment il procède : après avoir fait chercher une vache, il la fait traire à travers une étoffe de gaze, recueille le lait dans un vase chauffé au bain-marie (à 100° Farenheit), en remplit une seringue, ouvre la veine et l'injecte lentement de 220 grammes de ce liquide. Au bout de deux ou trois minutes, tous les accidents algides disparaissent, le corps se réchauffe et la guérison a lieu sans accident fâcheux. — Lorsque 220 grammes ne suffisent pas, on double la dose. (*Gaz. heb.*)

De la farine d'avoine dans l'alimentation des nouveau-nés. — M. Dujardin-Beaumetz, à la Société médicale des hôpitaux, séance du 14 mars 1873, lit en son nom et au nom de M. Ed. Hardy, un travail sur la farine d'avoine et son rôle dans l'alimentation du jeune âge.

C'est en Écosse, qu'au moyen de cette farine, on confectionne une préparation destinée exclusivement à l'alimentation des enfants. Elle consiste en une gelée légère d'un goût très-agréable. On l'obtient en faisant macérer une cuillerée à bouche de farine dans un verre d'eau ou de lait pendant douze heures ; on passe au travers d'un tamis et l'on fait bouillir jusqu'à consistance de gelée, en ajoutant du sel ou du sucre.

La valeur nutritive de la farine d'avoine, établie par l'analyse chimique, est analogue, d'après M. Hardy, à celle du lait de femme et du lait de vache ; elle contient, en outre, plus de fer que la plupart des aliments ordinaires. Théoriquement, donc, elle est un type d'aliments riches en principes nutritifs. Elle a aussi l'avantage d'agir efficacement contre les diarrhées et les coliques des nouveau-nés; c'est du moins ce qui résulte des expériences faites par M. Beaumetz sur plusieurs petits sujets.

M. Marie, interne de l'hôpital civil de Versailles, dans sa thèse (*Étude sur l'emploi de l'avoine*, 1873), en a relaté aussi l'efficacité, et de six observations recueillies par M. Gillette, chirurgien de l'hôpital de Melun, il résulte que cette alimentation peut remplacer le lait maternel quand celui-ci fait défaut, et que plus l'enfant s'éloigne de la naissance et se rapproche de la première année, plus l'alimentation par la farine d'avoine paraît profitable. (*Gaz. hebdom*).

Nouveau mode de pansement des vésicatoires. — Le docteur Joulin, à propos de vésicatoires morphinés dont on se sert dans les cas de névralgies, fait judicieusement observer qu'ils ne remplissent plus le but désiré dès que la surface du vésicatoire commence à se sécher. Cette dessiccation apparaissant en général au deuxième pansement, les sels de morphine ne peuvent plus être absorbés, et il faut attendre que la peau ait repris son aspect normal pour la soumettre à une nouvelle application d'emplâtre.

Pour faire que ce traitement narcotique ait une durée moins interrompue et plus longue, ce praticien remplace, dans le pansement de ses vésicatoires, le chlorhydrate de morphine par le laudanum, qu'il étend sur la portion du derme dénudée deux ou trois fois par jour au moyen d'un pinceau, puis il recouvre tout simplement la région d'une toile gommée sans l'enduire d'aucun corps gras. — La toile gommée a pour effet d'entretenir une certaine humidité sur le vésicatoire, et contribue par là à favoriser l'absorption du laudanum en empêchant les adhérences qui ont lieu avec les autres pansements. (*Revue méd.*)

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 16 avril 1873 (1). — Présidence de M. MAURICE PERRIN, vice-président.

COMMUNICATION

M. MICHEL, membre correspondant à Nancy, adresse le travail manuscrit suivant :

Quelques faits pour servir à l'histoire de l'extraction de la cataracte par l'incision dite linéaire ou à petit lambeau de la cornée, sans iridectomie. — L'extraction linéaire avec iridectomie devait, d'après leurs inventeurs (Schuft, de Graefe, Critchett, Bowman), en ménageant la plaie de la cornée, parer aux accidents dus à l'emploi de la méthode de Daviel ou à grand lambeau. Malgré les modifications apportées au procédé primitif de de Graefe par Liebreich et Taylor, il faut bien avouer que le nouveau mode opératoire n'a pas donné à tous les opérateurs les succès vantés par ses premiers défenseurs.

Pour mon compte, je me suis servi trois fois du procédé d'extraction périphérique scléro-kératique de Graefe ; j'ai eu trois insuccès, et j'ose affirmer avoir vu des malades opérés par d'autres chirurgiens chez lesquels le résultat n'a pas été plus heureux, et cependant j'avais même mis en usage l'appareil compressif pour le pansement. Aussi, n'est-il pas étonnant que, dans ces dernières années, on se soit montré moins confiant pour l'excision de l'iris, partie de l'opération qui, loin de prévenir, devenait au contraire la cause d'accidents primitifs et consécutifs très-sérieux. Quoi qu'en disent les Allemands, et malgré leurs statistiques fantaisistes (2), je partage entièrement cette opinion.

(1) Fin. — Voir le numéro du 31 mai 1873.

(2) Comme spécimen de leurs statistiques, et laissant à d'autres le soin d'y croire, je rappellerai que de Graefe publiait, en 1866, avoir obtenu 94 p. 100 de succès. Deux élèves, renchérissant sur leur maître; l'un, Knapp, donnait, sur 100 opérations, 93 résultats complets, 5 résultats incomplets et 2 cas seulement de perte de l'œil. L'autre, A. Sichel, disait avoir obtenu une moyenne de 97 1/2 p. 100 de succès. Pourquoi, si ces chiffres sont exacts, a-t-on vu des élèves de de Graefe essayer de renoncer au procédé du maître ?

Je ne veux pour preuve de cette manière de voir que la réaction qui tend à se généraliser aujourd'hui. Aussi, dans le premier fascicule de la *Revue des sciences médicales en France et à l'étranger*, publiée par M. Hayem, je lis que M. Mouchi (de Naples), préconise l'opération de Liebreich, que MM. Jeofferson et Mackamara rejettent l'iridectomie après l'avoir largement expérimentée.

M. Lebrun, de l'Institut ophthalmologique du Brabant, M. Liebreich, dans ses communications à l'Institut, et M. Notta (de Lisieux), par sa lecture à la Société de chirurgie de Paris, sont entrés dans la même voie. Ajouterai-je que, sans connaître les travaux de ces ophthalmologistes distingués, persuadé d'ailleurs des inconvénients graves attachés à la méthode généralisée de de Graefe, j'ai essayé de diminuer les accidents liés à la pratique de Daviel en limitant, comme l'avait déjà fait Pallucci à la fin du siècle dernier, l'étendue de la plaie cornéale. Nous verrons plus loin si cette incision doit se nommer *linéaire*, ou mieux, à petit lambeau.

Rappelons les succès déjà obtenus dans cette voie par MM. Lebrun, Walormont, Liebreich et Notta. Malgré la différence du siége de l'incision et quelques nuances d'exécution, je les porte tous à l'actif de la méthode réduisant l'étendue de la plaie cornéale sans excision de l'iris.

Dans le même ordre d'idées, j'ajouterai cinq succès sur les opérations tirées de ma pratique. Le premier de ces succès remonte à l'année 1865.

Je voulais opérer un homme de quarante-cinq ans par la méthode de Daviel. Placé derrière lui, sur l'œil droit, avec le couteau de Beer, j'avais terminé la ponction et la contre-ponction, quand mon aide lâcha la paupière supérieure. Sans hésiter, je dirigeai directement en avant la lame du couteau à cataracte. Par hasard, la section tomba juste au milieu de la demi-circonférence inférieure de la cornée. Après la section de la capsule avec le kystitome de Daviel, le cristallin sortit facilement. Le malade fut pansé. Dix jours après, le succès dépassait mes espérances; la guérison était achevée. L'iris n'avait contracté nulle part d'adhérence; la pupille était mobile et nette; la cornée n'offrait aucune trace cicatricielle. Chez l'opéré, revu quelques semaines plus tard, l'acuité de la vision était parfaite; avec les lunettes de quatre pouces et demi de foyer, il se conduisait partout; avec celles de deux pouces et demi, il lisait les caractères ordinaires d'imprimerie.

Ce succès m'avait vivement frappé; mais, obéissant aux idées du moment, je crus à un heureux hasard, jusqu'à ce que les insuccès obtenus par les méthodes en faveur m'eussent ramené, au mois de septembre dernier, au mode opératoire qu'un accident m'avait fait connaître.

A coup sûr, avec le couteau de Beer, je n'avais point fait une incision linéaire; elle devait être plus ou moins en bizeau, et cependant le résultat ne laissa rien à désirer. Cette observation ne sert-elle pas à prouver que le succès dépend moins de la forme de l'incision que de l'étendue moindre de la plaie cornéale obtenue par ce mode opératoire? Au surplus, est-on bien sûr, quelle que soit du reste la manière d'agir, d'obtenir deux surfaces de section exactement parallèles au grand plan horizontal de l'œil? Pour mon compte, je ne le crois pas, et j'engagerais mes contradicteurs à vouloir vérifier le fait à l'amphithéâtre. Cependant, l'expression *linéaire*, généralement acceptée, suppose ce résultat après l'incison. Pourquoi donc conserver dans la science des mots si peu en harmonie avec la réalité des données de l'expérience? Ne serait-il pas plus exact de remplacer la dénomination *d'extraction linéaire* par celle *d'extraction à petit lambeau?*

Afin d'éviter les redites, j'exposerai en peu de mots les détails du procédé opératoire que j'ai suivi. Dans les observations, j'insisterai surtout sur les résultats définitifs, matériaux indispensables pour juger sûrement les points contentieux de l'opération de la cataracte.

Procédé opératoire. — La pupille dilatée la veille avec l'atropine, le malade est placé sur un lit, la tête légèrement élevée, la face tournée vers la lumière. (Je n'emploie le chloroforme que chez les individus pusillanimes ou doués d'une sensibilité oculaire exagérée.) Les paupières sont modérément écartées à l'aide d'un ophthalmostat mécanique à arrêt fixe. Placé en avant du malade pour l'œil gauche, en arrière pour l'œil droit, de la main gauche, armée d'une pince à mors de souris, je fixe le globe oculaire en pinçant la conjonctive au point opposé à celui où doit agir le kératotome. De la main droite, je pratique la ponction et la contre-ponction de l'œil avec le couteau de de Graefe. La pointe de l'instrument entre en dehors, dans la chambre antérieure, au niveau de l'équateur du globe oculaire, en pénétrant près de la jonction de la cornée transparente et de la sclérotique. Elle sort en dedans, au même niveau, et dans le point correspondant. Pendant cette manœuvre, le tranchant est dirigé en bas, les faces du couteau parallèles au plan antérieur de l'iris. Dans cette position, le kératotome coupe de haut en bas la moitié supérieure de la demi-circonférence inférieure de la cornée. Arrivé à ce point, je dirige directement en avant le tranchant de la lame, qui coupe dans toute son épaisseur la cornée d'arrière en avant.

On obtient ainsi un lambeau court dont la base de la largeur de la cornée correspond à l'équateur de l'œil, c'est-à-dire à sa partie la plus large. Ce premier temps achevé avec le kystitome de de Graefe, j'incise la capsule du cristallin. Immédiatement après, j'enlève l'ophthalmostat.

Peu d'instants s'écoulent. D'une main je soulève la paupière supérieure; de l'autre j'exerce des pressions modérées de bas en haut sur la partie inférieure du globe oculaire. Elles ont généralement suffi pour expulser le cristallin. Une fois cependant la pupille s'étant fortement rétrécie après la section de la cornée, je fus obligé de l'extraire avec la curette de Daviel, que je trouve, pour le dire en passant, au moins aussi facile à manier que celle de Critchett.

Le cristallin sorti, et après m'être assuré de la netteté de l'orifice papillaire, je ferme les deux yeux de l'opéré avec une ou deux bandelettes de taffetas gommé. Une compresse légèrement imbibée d'eau froide, renouvelée à chaque demi-heure et continuée pendant les premiers jours, constitue tout le pansement. Les malades sont maintenus à la diète pendant trois ou quatre jours. A partir du troisième, j'instille chaque matin, entre les paupières de l'œil opéré, une goutte ou deux de solution d'atropine variant de un millième à un centième (1). En général, la guérison a été obtenue du neuvième au quinzième jour. Cette époque est arrivée quand la cicatrice de la cornée est complète, et lorsque tous les accidents locaux étant conjurés, nos malades peuvent voir les objets situés dans leur voisinage et suffire à leur propre conduite.

OBSERVATIONS

2. M. X..., du département des Vosges, âgé de soixante-quatre ans, est atteint d'une double cataracte plus avancée à gauche qu'à droite, datant de plusieurs années. La vue est à peu près abolie. L'iris est projeté en avant; la chambre antérieure presque nulle. Cercle sénile de la cornée très-marqué.

L'œil gauche, qui ne voit plus depuis cinq ans, est opéré le 26 septembre 1872. Le cristallin sort en masse sous forme d'une lentille opaline. Elle se brise au moindre contact. Du liquide s'écoule; le contenu solide se réduit à un petit noyau; la pupille est très-nette. Au douzième jour, la guérison est complète; le malade voit bien les objets et se conduit. L'iris offre, sur son bord libre, une légère adhérence avec la plaie de la cornée; la pupille est un peu irrégulière à sa partie inférieure. La cicatrice de la cornée se présente sous forme d'une ligne blanchâtre plus accentuée sur son segment inférieur.

Revu six semaines après l'opération, la guérison s'est confirmée; la vue s'est encore améliorée; il lit avec les lunettes de deux pouces et demi de foyer. La cicatrice blanche persiste, ainsi que l'adhérence de l'iris à la pupille.

3. Jeune fille de dix-huit ans atteinte de cataracte aux deux

(1) Je me sers de cette même solution pour dilater la pupille avant l'opération.

yeux depuis son jeune âge. L'œil droit, plus affecté que le gauche, ne voit plus; l'iris est déprimé en arrière, très-mobile. L'opération est faite sur l'œil droit le 5 octobre 1872. Après l'incision de la capsule, le cristallin s'échappe sous forme de gelée transparente; il n'y a pas de noyau; la pupille est nette. Guérison en neuf jours; la malade voit les objets et peut se conduire. Il existe un léger enclavement du bord libre de l'iris, à l'angle externe de la plaie. La cicatrice de la cornée est opaline; cette teinte se prolonge sur la totalité du petit segment inférieur de la cornée situé au-dessous de l'incision.

Revue six mois après l'opération, la petite adhérence de l'iris persiste ainsi que la cicacatrice blanche; la pupille est nette, mobile, mais légèrement irrégulière en bas et en dehors. La vue s'est améliorée; avec les lunettes de deux pouces et demi de diamètre la jeune fille lit les caractères d'imprimerie employés dans les journaux.

4. Homme âgé de quarante ans, de la Haute-Saône. Cataracte des deux yeux depuis bien des années; ne voit plus de l'œil droit. L'iris est déprimé en arrière, mobile. On l'opère de l'œil droit le 10 novembre 1872. Après l'incision de la capsule, le cristallin s'échappe, en partie sous forme de gelée transparente, en partie sous forme d'une petite lentille. Malgré tous nos efforts, il reste, en haut et en dedans, une petite portion visible de la capsule cristalline.

Les premiers jours se passent sans accident; mais, vers le sixième, éclatent des symptômes d'iritis avec formation de fausses membranes et atrésie pupillaire. L'affection ne cède qu'après un mois d'emploi de vésicatoires à l'extérieur, d'atropine en instillation entre les paupières, et de pilules de sublimé à l'intérieur. Il n'a d'abord qu'une conduite et une vue confuse des objets.

Revu six mois après l'opération, la vue s'est améliorée; il distingue bien les objets; il se conduit facilement. Avec les lunettes de deux pouces et demi de foyer, il distingue les lignes d'un journal, les séparations des lettres entre elles, mais il ne peut pas lire. L'atrésie pupillaire persiste; elle est due aux débris de la capsule cristalline renforcée par quelques fausses membranes produites par l'iritis.

Une partie assez étroite de la pupille est nette et transparente. La ligne blanche cicatricielle de la cornée persiste; sa couleur s'étend sur le segment inférieur de la cornée.

5. Femme de la Haute-Saône, âgée de soixante-seize ans, atteinte depuis deux ans d'une cataracte double complète, avec cercle sénile de la cornée très-prononcé; l'iris, mobile, est déprimé en arrière. Elle est opérée de l'œil gauche le 29 janvier 1873. Après la section de la cornée, l'iris s'étant resserré, l'extraction exigea l'emploi de la curette de Daviel. Il est dur, volumineux, sort en masse; la pupille est nette. L'opérée reconnaît de suite les carreaux de la fenêtre.

Dès le troisième jour, apparaissent des symptômes de kératite et d'iritis; on les combat avec les vésicatoires, la solution d'atropine et les pilules de sublimé. Vers le quinzième jour, bien que les accidents se soient mitigés, cependant on constate une grande injection avec œdème de la conjonctive oculaire. Plus de la moitié inférieure de la cornée offre une teinte opaline; la pupille est presque entièrement fermée par de fausses membranes. La malade distingue à peine le jour de l'obscurité.

Le 12 février, j'opère l'œil droit. Comme pour l'œil gauche, je suis obligé d'avoir recours à la curette de Daviel pour l'extraction du cristallin. Il est semblable au premier.

Vers le quinzième jour, la cicatrice de la cornée est complète; elle existe sous forme de ligne blanchâtre s'étendant sur la portion inférieure; l'iris, par sa surface antérieure, adhère à la cicatrice; la pupille offre quelques nuages blanchâtres dans sa demi-circonférence inférieure. La malade distingue nettement la couleur de certaines étoffes; elle reconnaît la figure des personnes qui la soignent et des objets tels qu'un couteau, une fourchette, etc.

L'œil conserve encore un peu de sensibilité à la lumière. Jusqu'à ce jour, je n'ai pas encore conseillé l'usage des verres de lunettes.

Au point de vue fonctionnel, une faible amélioration dans l'œil gauche; mais les lésions anatomo-pathologiques précitées persistent.

Réflexions. — Six opérations pratiquées sur cinq individus ont donné cinq succès et un insuccès.

Des cinq succès, trois doivent être considérés comme complets quant à la fonction de l'œil. Ces trois opérés, munis de lunettes convenables, peuvent lire les fins caractères d'imprimerie. Chez les deux autres, l'acuité de la vision n'a pas encore atteint cette netteté; cependant, si j'en juge par les progrès incessants accomplis depuis l'opération, un résultat final plus satisfaisant pourra bien arriver.

Si, au point de vue de la fonction de l'œil, notre pratique semble heureuse, il n'en est pas tout à fait de même sous le rapport de l'art plastique; considération secondaire dans la question qui nous occupe, elle mérite cependant notre attention, puisqu'elle a soulevé, de la part de M. Panas, certaines questions à la suite de la communication de M. Notta à la Société de chirurgie.

Comme chez le malade présenté par le chirurgien de Lisieux, notre premier opéré n'a eu ni cicatrice visible à la cornée, ni adhérence de l'iris. Plusieurs mois après l'opération, on eût été dans l'impossibilité de désigner l'œil sur lequel on avait agi.

Dans toutes nos autres observations, il faut bien avouer que le résultat définitif n'a pas été aussi brillant. Malgré ces imperfections, nous ne craignons pas le parallèle avec l'extraction linéaire suivie d'iridectomie. Cette pupille, fort irrégulière, sillonnée souvent de fausses membranes, ne satisfait pas mieux l'œil que les légères races cicatricielles cornéales ou les faibles irrégularités de l'iris constatées chez nos opérés.

Dans nos deuxième et troisième observations, on y trouve relatée une synéchie antérieure périphérique très-limitée.

Dans les quatrième et cinquième, l'adhérence a porté sur une bonne partie de la surface de la demi-circonférence inférieure de l'iris.

Dans nos cinq dernières opérations, la cicatrice de la cornée a laissé à sa suite une ligne blanchâtre assez accentuée. Chez tous, cette teinte luisante s'est étendue sur son segment inférieur. Une seule fois elle a occupé une surface assez considérable de son segment supérieur; le champ pupillaire s'en trouvait entièrement couvert dans l'œil où l'opération a échoué.

Malgré ces imperfections de détail, le résultat général, qu'on n'aurait su prévoir, plaide entièrement en faveur du mode opératoire que nous défendons. Que la cicatrice laisse ou ne laisse pas de trace indélébile, ceci nous intéresse peu. Rarement, en effet, la tache leucomateuse viendra gêner le passage des rayons lumineux en masquant le centre pupillaire. Cette circonstance ne s'est offerte qu'une fois sur six opérés.

Remarquons en passant que notre incision cornéale s'est toujours réunie. Nous n'avons pas vu l'absence de réunion signalée par M. Lannelongue. Deux de nos opérés, âgés de soixante-huit et de soixante-seize ans, tous deux atteints de cercle sénile très-accentué, n'ont rien offert de particulier. On sait cependant qu'à la suite de l'opération de Daviel, la gangrène des lambeaux est à craindre dans ces conditions spéciales.

Ne pourrions-nous pas, en nous basant sur les résultats obtenus, conclure que l'incision doit porter, dans tous les cas, au-dessus de la partie atteinte de cercle sénile, puisque, comme je viens de le dire, la tache leucomateuse a de la tendance à s'étendre dans cette direction?

Les accidents d'iritis se sont produits deux fois seulement, doit-on les porter à la charge de l'opération ou des circonstances accessoires qui se sont produites? Sans décider d'une manière absolue cette question, nous dirons cependant qu'une fois cette complication est survenue chez une femme de soixante-seize ans à la suite de l'emploi de la curette pour l'extraction du cristallin; une autre fois chez un homme de quarante ans, où il nous fut impossible d'enlever une portion de la capsule cristalline.

De ce qui précède, je conclus :

1° Que l'extraction linéaire, ou *mieux nommée, à petit lambeau*, doit être acceptée comme méthode générale dans l'opération de la cataracte.

2° L'opération dite de *de Graefe*, avec iridectomie, n'ayant pas l'innocuité que lui prêtent ses défenseurs, doit être réservée pour des cas spéciaux et rares.

Traitement des fistules vésico-vaginales. — M. HERRGOTT. Un des plus habiles chirurgiens de l'Allemagne, Dieffenbach, écrivait, il y a environ trente ans, ces paroles : « La guérison des fistules vésico-vaginales est une des tâches les plus ardues de la chirurgie. »

Il y a quinze ans à peine, un de nos collègues les plus savants, M. Verneuil, disait : « La cure des fistules vésico-vaginales est un des beaux fleurons de la chirurgie moderne. »

Que s'était-il donc produit dans la science, pour qu'à une distance si courte deux graves autorités aient pu tenir un langage si différent?

Partout, on s'était mis à l'œuvre pour remédier à une des infirmités les plus malheureuses dont la femme puisse être victime dans la fonction de la parturition, si l'on n'a pu suivre la voie ouverte par Jobert, on a du moins été stimulé par les succès réels qu'il a obtenus.

MM. Verneuil et Tollin ont fait connaître les travaux de l'Amérique et de l'Angleterre; j'ai publié avec quelques observations une étude historique des dix-sept et dix-huitième siècles, et une revue des travaux récents de l'Allemagne. Aujourd'hui que les faits sont variés et nombreux, on peut envisager la question à un point de vue plus élevé et on peut dire que les conditions de succès sont pour ces restaurations les mêmes que celles qui sont nécessaires pour toute autoplastie; elles peuvent se résumer en quelques mots: avivement régulier et suffisamment large, réunion exacte des bords à l'abri de toute tension et de toute traction énergique.

Mais, pour opérer avec exactitude au fond d'un canal oblique situé à la partie inférieure du tronc, il est nécessaire de donner au tronc une situation spéciale et de dilater assez une des parois du canal pour permettre d'agir facilement sur celle qui devient le champ opératoire.

En 1857, c'est devant ces deux difficultés que je me suis trouvé placé tout d'abord quand j'ai eu à traiter, dans le service qui m'était confié, une malheureuse compatriote; toutes les situations furent essayées, tous les spéculums furent appliqués, et en fin de compte je trouvai que la paroi vaginale antérieure ne devenait accessible à la vue et aux instruments que quand la femme était couchée sur le dos, sur un plan incliné de 30 à 40 degrés; dans ce cas particulier, les doigts des aides furent suffisants pour écarter les parois vaginales et mettre à nu le champ de l'opération.

Une année plus tard, en 1858, je reçus une autre compatriote, qui était accouchée en Algérie et était allée à Marseille et à Montpellier chercher une guérison qu'on lui avait déclarée impossible, et qui revenait à Strasbourg renvoyée de nouveau de l'Algérie par notre regretté confrère Ehrmann.

Cette fois, les doigts des aides ne suffirent plus, un instrument dépresseur était nécessaire; après avoir essayé tous ceux qu'on possédait alors et après avoir constaté leur inefficacité, j'en improvisai un nouveau; je coupai en deux un spéculum en étain, je fendis longitudinalement le bout supérieur armé de la poignée, j'arrondis les bords et fis le spéculum que j'ai l'honneur de vous présenter, qui fit si bien mon affaire, que depuis lors je n'en employai pas d'autre et eus la satisfaction de voir mes maîtres et collègues le préférer aux spéculums de Simpson qui furent publiés quelque temps après.

En 1862, G. Simon publia un travail remarquable, dont j'ai longuement parlé dans mon écrit de 1864. Cet habile chirurgien emploie un spéculum analogue au mien, et adopte la même position dorsale inclinée, qu'il appelle *pelvi-dorsale*.

Par ces moyens, en effet, la paroi vaginale antérieure devient une surface presque verticale, sur laquelle peuvent agir avec précision les instruments de chirurgie.

On a beaucoup parlé de la nécessité indispensable de l'avivement large aux dépens de la muqueuse vaginale seulement; des succès éclatants obtenus en dehors de cette règle prouvent qu'elle n'est pas essentielle, toutefois nous croyons que la largeur de la bande d'avivement ne doit pas être moindre que $0^m,007$; on a dit que le succès dépendait de l'emploi des fils métalliques, j'en ai obtenu avec des fils de soie et des fils métalliques. Simon n'emploie que les fils de soie et il a pu enregistrer de nombreux et de beaux succès.

Deux choses sont importantes : la précision dans l'opération et l'absence de tension; pour cela, il faut multiplier les points de suture et les varier afin que la transaction soit répartie et que les bords surtout, qui doivent s'agglutiner, ne la supportent pas, sans quoi tout serait perdu.

J'ai longtemps hésité à suivre le précepte de Simon, qui proscrit la sonde à demeure et le cathétérisme, laissant la femme uriner à volonté et ne recourant à la sonde que quand elle ne peut pas uriner, ce qui n'arrive quelquefois que dans les premières heures qui suivent l'opération.

Les derniers faits observés par moi ont entièrement confirmé la sagesse de ce précepte, qui affranchit le chirurgien et la femme de la partie la plus pénible du traitement et des accidents douloureux qui en sont la conséquence.

J'ai opéré jusqu'aujourd'hui quatorze malades, douze sont parfaitement guéries et deux sont mortes de péritonite; ces deux malades, couchées successivement dans le même lit à plusieurs années d'intervalle, avaient subi les opérations les moins importantes, la dernière surtout n'avait été motivée que par un pertuis fistuleux admettant la sonde de Méjan; une auréole de la dimension de l'ongle du petit doigt, trois ou quatre fils, avaient constitué toute l'opération; pourquoi cette affection si grave après une opération si insignifiante, je ne le sais; l'autopsie qui n'a révélé qu'une péritonite, n'a rien éclairé sur les causes de cette redoutable maladie ni établi un lien direct entre elle et l'opération.

M. BOINET. Je demanderai à M. Herrgott comment et aux dépens de quels tissus il pratique l'avivement; dans quel sens il réunit, et si après toutes ses opérations la continence de l'urine a été absolument complète.

M. HERRGOTT. On peut dire des opérations de fistules vésico-vaginales ce qu'on a dit des opérations de hernie étranglée; il n'y en a pas deux qui se ressemblent; les lésions qui succèdent à la mortification des tissus, qui suivent les accouchements laborieux, cause habituelle des fistules, sont si variées, qu'on ne peut rien préciser d'avance ni établir une règle absolue; je puis dire, en ce qui me concerne, que j'ai le plus souvent avivé aux dépens de la muqueuse vaginale, qui se termine en infundibulum, quelquefois à travers un tissu inodulaire à la muqueuse vésicale; le plus souvent, j'ai respecté celle-ci; le sens de la réunion est commandé par la disposition et la forme de la fistule; la réunion la plus aventageuse est celle qui se pratique dans le sens transversal parallèlement aux plis de la muqueuse vaginale; dans les accouchements ultérieurs, la cicatrice n'est pas tiraillée en large, mais en long, ce qui rapproche les bords au lieu de les éloigner. Quand la perte de substance est grande, on doit chercher à savoir dans quel sens les bords peuvent d'abord être le mieux rapprochés, on avive et on réunit d'abord ces bords, et au lieu d'un hiatus carré ou long, on obtient une ligne brisée, dont on réunit successivement les divers fragments. G. Simon a donné, dans un de ses derniers écrits, de judicieux préceptes dont j'ai fait une application heureuse dans une de mes opérations les plus difficiles. J'ai fait passer souvent des fils à travers les parois de la vessie, cela est nécessaire parfois, et je n'en ai observé aucun résultat fâcheux; il faut varier et multiplier les points de suture pour éviter les tractions et obtenir une réunion exacte.

Quant au résultat obtenu chez les douze femmes, il a été com-

plet; elle sont parfaitement au sec quelle que soit l'attitude qu'elles prennent.

Une femme qui garde un pertuis, si petit qu'il soit, qui laisse filtrer l'urine, reste placée à peu près dans la même situation que celle qui a une fissure large; sans cesse mouillée par un liquide qui se décompose et répand autour d'elle une odeur infecte, elle est obligée de vivre dans le plus complet isolement. Le tableau que Dieffenbach a tracé de cet état est d'une vérité navrante.

M. OLIVIER (de Rouen) communique une observation de hernie étranglée traitée par l'aspiration de l'intestin. Insuccès et kélotomie. Mort (renvoyée à la commission déjà nommée).

La séance est levée.

Le secrétaire : TILLAUX.

VARIÉTÉS

Manuel de toxicologie, par DRAGENDORFF(1), traduit par E. RITTER, professeur adjoint de chimie médicale et de toxicologie à la Faculté de médecine de Nancy.

Ce manuel, dont l'auteur est professeur à Dorpal, a obtenu un très-légitime succès en Russie et en Allemagne. Il répondait au double besoin de ce genre d'ouvrage, il était à la fois un journal d'étude et un *vade-mecum* de laboratoire. M. Ritter, un des nobles débris de notre Faculté de Strasbourg, frappé des qualités pratiques de ce manuel, a voulu nous le faire connaître. Mais il ne s'est pas borné à une simple traduction. Chef des travaux chimiques de la Faculté de Nancy et rompu aux recherches de médecine légale, il a voulu donner un développement plus grand à certaines questions; il a traité des questions négligées par Dragendorff et souvent posées en France à l'expert près les tribunaux. L'analyse toxicologique elle-même a pris une importance plus considérable dans cette traduction.

En résumé, tel qu'il est, ce *Manuel* richement illustré, forme un tout complet, suffisant pour les examens et pouvant répondre aux questions que l'autorité judiciaire peut confier à l'expert.

(1) In-8°. Prix : 7 fr. 50. — F. Savy.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Les eaux minérales et les bains de mer de la France, nouveau guide pratique du médecin et du baigneur, par le docteur Paul LABARTHE, précédé d'une introduction, par le professeur Gubler. 1 vol. in-12 de 400 pages compactes.—Prix broché : 4 fr. — Reinwald.

Résumé d'anatomie, par le docteur FORT. — 1 vol. in-32 de 500 pages, avec figures. — Prix : 5 fr.

Le Directeur : Dr E. LE SOURD.

Paris. — Typographie A. POUGIN, quai Voltaire, 13.

N° 66. — MARDI 10 JUIN 1873. 46e ANNÉE. MARDI 10 JUIN 1873. — N° 66.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Bureaux : 57, rue des Saints-Pères, 57
PRÈS L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix d'abonnement
doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

On s'abonne hors de Paris
dans les bureaux des Messageries et chez les Libraires
Les lettres non affranchies sont refusées.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui n'en peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS : Trois mois. . 8 fr. 50 c. — Six mois. . . 16 — Un an. . . . 30 —

POUR L'ÉTRANGER le port en sus suivant les derniers tarifs des Postes.

Paris, le 9 juin 1873.

SÉANCE DE L'ACADÉMIE DES SCIENCES

M. de Quatrefages, au nom de M. le docteur Hamy et au sien, fait hommage à l'Académie de la première livraison d'un ouvrage intitulé : *Crania ethnica*, les crânes des races humaines. Cette livraison est consacrée presque en totalité à l'examen des restes humains se rattachant à la race de Canstadt, dont le fameux crâne de Néanderthal pourrait être considéré comme le type exagéré. Canstadt est le nom du lieu, près Stuggardt, où le premier fossile humain a été découvert, en l'an 1700. Les caractères essentiels de cette race sont, surtout chez l'homme, un aplatissement remarquable de la voûte crânienne coïncidant avec une dolichocéphalie très-prononcée ; la projection en arrière de la région postérieure du crâne ; le développement parfois énorme des sinus frontaux et la direction très-oblique du front ; la dépression des pariétaux dans leur tiers postéro-interne. Le type de Canstadt se retrouve encore en Europe et chez quelques peuplades de la Mélanésie. M. de Quatrefages termine sa présentation en disant que cette forme crânienne n'est nullement incompatible avec un développement intellectuel égal à celui qui accompagne d'autres formes moins exceptionnelles, et les faits qu'il donne à l'appui démontrent, dit-il, une fois de plus, combien on serait dans l'erreur en attachant aux formes crâniennes des idées absolues de supériorité ou d'infériorité intellectuelle ou morale. Ce dernier membre de phrase vise en plein, en la personne de Virchow, les prétentions germaniques à la possession de toutes les supériorités. De peur qu'on ne conteste la suprématie qu'ils se décernent, quelques savants allemands ont prétendu rattacher cet avantage à une forme crânienne particulière à leur race. Façon de dire à leurs voisins : c'est un fait anatomique ; par conséquent vous ne le détruirez pas.

De même que les parvenus n'ont rien de plus pressé que d'acheter un titre de noblesse qui fasse disparaître l'origine de leur fortune, de même les Allemands, le lendemain de leur victoire, inventent la bosse de la supériorité pour qu'on ne soit pas tenté de rechercher des motifs moins éternels et plus attaquables de leurs récents succès. En fait de bosses et en présence de pareilles billevesées, nous n'en voyons qu'une : celle que pourrait produire l'hypertrophie ou l'hypergénésie de certaines cellules de la périphérie corticale du cerveau.

— M. Robin présente, en son propre nom, un ouvrage intitulé : *Anatomie et physiologie cellulaires.* D'après la courte analyse qu'en donne l'auteur, cet ouvrage renferme plusieurs séries de faits nouveaux. Nous reviendrons certainement sur ce sujet quand nous aurons lu l'ouvrage.

— M. Bouchut adresse un mémoire *sur la nature et le traitement des oreillons.* « Jusqu'ici considérés comme une fluxion de nature inconnue chez les enfants, ou comme une inflammation de la glande parotide chez les adultes, les oreillons, d'après mes recherches, ne sont qu'une rétention salivaire due à l'inflammation catarrhale du conduit excréteur parotidien.

« Sous l'influence de ce catarrhe du canal excréteur de la glande, il se fait une obstruction momentanée, qui retient la salive.

« Chez les enfants pris de ce mal dans un bon état de santé, la maladie n'a pas de gravité et ne suppure pas.

« Chez les sujets atteints de septicémie typhoïde, au contraire, en raison de cette septicémie ou bactériémie, les oreillons sont très-graves, ils suppurent toujours et entraînent souvent la mort. Il n'y a qu'un moyen de conjurer le péril que fait courir l'oreillon septicémique en voie de suppuration, c'est de pratiquer de nombreuses mouchetures sur la parotide, avant que le pus déjà infiltré soit rassemblé en foyer. »

Nous nous plaisons à reconnaître que M. Bouchut n'est pas de ceux qui rejettent la théorie des éléments morbides pour ne voir que le fait inflammatoire. Pour M. Bouchut, l'élément catarrhal domine dans l'oreillon, c'est donc une affection catarrhale bien déterminée.

Quant au siége des manifestations de cette affection, M. Bouchut le place dans le conduit de Sténon. Cette localisation nous paraît un peu exclusive ; nous avons même de puissants motifs pour dire qu'on doit l'étendre jusqu'à la glande elle-même. Il nous est arrivé, en effet, d'observer un fait de rétention de la salive par suite de l'introduction d'un poil de brosse à dents dans le canal de Sténon. Or, dans cette circonstance, la douleur et le gonflement siégeaient, non pas au-dessous de l'oreille comme dans l'oreillon, mais sur la paroi de la joue. La formation d'un abcès était imminente en cet endroit lorsqu'il nous fut permis d'enlever le corps étranger, et tout rentra dans l'ordre.

— Il y a quelques jours à peine, tous les organes de la presse

applaudissaient aux recherches curieuses de M. Rabuteau touchant les effets toxiques des iodures de tétraméthylammonium. Voici qui vient compléter les renseignements sur cet intéressant sujet :

MM. A. Broxn et Th. Fraser envoient d'Édimbourg une note ainsi intitulée : *Observations relatives à une note récente de M. Rabuteau sur les effets toxiques des iodures de tétraméthylammonium.*

« A propos de la note récente de M. Rabuteau, disent les auteurs, nous désirons appeler l'attention de l'Académie sur un mémoire que nous avons lu devant la Société royale d'Édimbourg (17 mai 1869), et qui a pour titre : *Sur l'action physiologique des sels d'ammoniaque, de triméthylamine et de tétraméthylammonium.*

« Nous désirons faire remarquer que nous n'avons pas seulement signalé l'action paralysante des sels de tétraméthylammonium et d'autres corps de constitution analogue, sur les organes terminaux des nerfs moteurs, mais que, après nos nombreuses observations, qui s'accordent parfaitement entre elles, nous sommes arrivés à cette conclusion générale que l'action paralysante exercée sur les organes terminaux des nerfs moteurs est une propriété générale des sels des bases ammonium (bases quaternaires).

« Nous avons aussi signalé l'action paralysante sur les muscles, exercée par les sels de triméthylamine et d'ammoniaque. »

HOPITAL BEAUJON. — M. Gubler.

Rhumatisme chronique. — Hydarthrose successive des genoux. — Convalescence.

(Observation recueillie par M. le docteur Girard.

M... (Édouard), vingt-six ans, menuisier, né à Pont-du-Bois (Haute-Savoie), entre à l'hôpital le 4 septembre 1872, salle Saint-Louis, n° 25.

Taille moyenne, constitution assez bien prise ; tempérament lymphatique. Cheveux châtains.

Habite Paris depuis 1859, c'est-à-dire depuis l'âge de treize ans. N'a jamais été malade au pays natal. Quelques années après son arrivée à Paris, en 1861, il eut une fièvre synoque ou éphémère, probablement une fièvre d'acclimatation. Depuis cette époque jusqu'en 1869, sa santé s'est maintenue très bonne ; mais au mois de juillet de cette dernière année, il fut atteint de rhumatisme lombaire.

Après avoir traîné, comme il le dit, une quinzaine de jours à son domicile, il se fit admettre à la Charité, où il ne resta que huit jours, pendant lesquels on appliqua aux régions lombaires : le premier jour des ventouses sèches, sans résultat, et le lendemain des ventouses scarifiées qui procurèrent un peu de soulagement. Bien que l'état général fût peu amélioré, il fut néanmoins dirigé sur l'Asile de Vincennes, où il fit un séjour de vingt jours. Là, on lui fit prendre une douzaine de bains de vapeur térébenthinés sous la direction du docteur Brémond et sortit de l'Asile dans un état apparent de guérison, car il put reprendre son travail le lendemain de sa sortie.

Mais une deuxième attaque, beaucoup plus violente que la première, survint en mai 1872. Vers le 30, il fut contraint de renoncer au travail ; les douleurs lombaires étaient d'une extrême intensité avec retentissement du côté des petites articulations, des mains comme des pieds ; puis, un peu plus tard, ce fut le tour des grandes articulations, particulièrement du genou droit. En quelques jours, tout le corps se trouva pris. Pendant trois mois le malade est soigné à son domicile : bicarbonate de soude en boissons, frictions laudanisées et vésicatoires au genou droit. Il prit également une dizaine de bains sulfureux.

Enfin, le 4 septembre 1872, il entra à l'hôpital Beaujon. A cette date, la maladie était devenue chronique. M. Gubler lui fit donner du bromure de potassium, du chiendent nitré et quelques bains sulfureux. Environ trois semaines après son entrée, les deux genoux enflèrent de nouveau, mais cette fois-ci le gauche fut très-douloureux. Le malade ne voulut pas consentir à l'application de vésicatoires, ayant trop souffert, disait-il, du genou droit.

Une pousée de boutons apparut sur le front et le visage, à peu près à cette même époque. Le bromure de potassium fut supprimé ; le chiendent nitré fut seul continué.

De temps en temps un bain sulfureux.

17 novembre. — Notre malade est faible et sans forces, avec douleurs passagères dans les membres ; ses muscles sont très-émaciés ; la marche est difficile et ne s'effectue qu'à l'aide d'un bâton. Il a très-peu d'appétit ; les garde-robes qui étaient quotidiennes avant la maladie, sont actuellement réduites à deux ou trois par semaine. M. Gubler ordonne 20 centigrammes d'oxalate ferreux par jour, 10 centigrammes avant chaque repas.

26 novembre. — Les garde-robes sont déjà quotidiennes depuis plusieurs jours, et normales.

28 novembre. — L'urine est plus abondante depuis quelques jours.

30 novembre. — L'appétit est meilleur ; les garde-robes régulières et normales. Depuis qu'il prend le ferrugineux, le malade, ou plutôt le convalescent, n'éprouve rien de particulier, soit dans l'estomac, soit dans l'intestin, soit dans la vessie.

2 décembre. — L'appétit va bien ; le sommeil est meilleur que par le passé. Douleurs mélalgiques à peu près les mêmes. Va à la garde-robe tantôt le matin, tantôt le soir, toujours une seule fois dans la journée, normalement. Pas de douleurs d'estomac ni de ventre. L'urine est plus limpide depuis quelques jours, 1,200 à 1,500 grammes dans les vingt-quatre heures.

5 décembre. — Se sent bien.

17 décembre. — Il reprend peu à peu du muscle ; la figure est déjà plus pleine. Les garde-robes sont toujours normales et quotidiennes.

18 décembre. — deux garde-robes liquides.

20 décembre. — Pas de garde-robe depuis avant-hier.

21 décembre. — Une garde-robe normale.

31 décembre. — Les genoux sont tout à fait bien ; douleurs aux poignets durant la nuit. Appétit bon ; garde-robes normales et quotidiennes.

6 janvier 1873. — L'appétit se maintient ; les garde-robes sont quotidiennes.

11 janvier. — Est descendu pour la première fois au jardin.

16 janvier. — Digère très-bien ; urine de temps en temps beaucoup ; une garde-robe tous les jours.

24 janvier. — Va de mieux en mieux.

22 février. — Pendant les quelques semaines qui viennent de s'écouler, l'état de notre malade a fait de lents mais incessants progrès, éprouvant quelques douleurs mélalgiques lorsque l'atmosphère était froide et humide. Les bains sulfureux ont une influence salutaire sur ces douleurs. Quand il fait beau temps, il descend au jardin ; la descente de l'escalier est plus pénible que la montée. Les garde-robes sont normales et quotidiennes. Il mange et digère bien.

4 mars. — L'examen de l'urine rendue dans les vingt-quatre heures, ne montre pas trace de cristaux d'oxalate de chaux.

12 mars. — Est assez bien pour être dirigé sur l'Asile de Vincennes.

Au moment où l'oxalate ferreux a été donné au malade qui fait l'objet de cette observation, nous nous trouvions en présence d'une constitution émaciée par une longue maladie et d'une faiblesse extrême. L'appétit était languissant et les garde-robes peu nombreuses. La dose de ce ferrugineux a été de 20 centi-

grammes par jour, en deux fois, avant chaque repas. Au bout de cinq à six jours, les garde-robes deviennent quotidiennes et normales et se maintiennent dans ces conditions; l'urine elle-même est sécrétée en plus grande abondance. Puis l'appétit reparaît graduellement et se maintient bon. Les forces reviennent au fur et à mesure que les muscles se régénèrent.

Le malade avait pris l'oxalate ferreux pendant près de quatre mois à la dose de 20 centigrammes par jour, lorsque nous fîmes l'examen de l'urine au point de vue de l'oxalurie : elle ne contenait aucuns cristaux d'oxalate de chaux. Durant toute cette période, le malade n'a accusé aucune gêne ni douleur du côté de l'estomac, de l'intestin ou de la vessie.

(*A suivre.*)

ÉCRASEMENT DE L'INDEX GAUCHE

CONSERVATION DU DOIGT

Par le docteur Marcel Bouyer (de Saintes).

La *Gazette des Hôpitaux* venait de publier le travail du docteur Beranger-Féraud sur la conservation des extrémités mutilées, quand se présenta à moi le fait suivant, qui peut se joindre à ceux qu'a collectionnés notre savant confrère.

Le 15 juillet 1871, est amené dans mon cabinet par un camarade le jeune D..., ouvrier mécanicien, de seize à dix-sept ans. Cet enfant a eu, il y a trois mois, les extrémités des quatre derniers doigts de la main droite coupés dans un engrenage. Il vient d'avoir l'index gauche écrasé par une pièce de fer. La blessure, nettoyée avec soin, je constate que, au milieu de la première phalange, le doigt a été fracassé; il est séparé de la main dans les 7/8 de sa circonférence, et n'y tient plus que par un pont de peau. Le tendon fléchisseur fait saillie; l'os est complétement broyé, une esquille de 0m,01 carré s'en détache, et le fragment supérieur de la phalange fait en entier une saillie de 0m,01 à travers la plaie. Malgré ces désordres, songeant au travail auquel je fais allusion plus haut, et tenant compte de la rapidité avec laquelle ce jeune homme a guéri lors de son premier accident, je me décide à tenter la conservation du doigt. Je réunis avec cinq points de suture, recouverts d'une épaisse cuirasse de diachylon, renforcé d'attelles de carton et d'une bande roulée.

Les quarante-huit premières heures se passent sans fièvre forte et sans menace de phlegmon. Le troisième jour, l'appareil est levé par le docteur Turner, médecin ordinaire du malade, qui continue à lui donner des soins. La suppuration s'établit louable; la peau contracte rapidement des adhérences solides, et le doigt guérit en conservant pendant longtemps des trajets fistuleux, indices d'une suppuration osseuse prolongée.

Le blessé, vu six mois après par moi, a depuis longtemps repris le travail de l'atelier. Il se sert de son doigt, qui lui rend des services très-complets pour le maniement des pièces de fer ou des outils grossiers de sa profession.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Séance du 22 février 1873 (1). — Présidence de M. Lunier.

Note sur deux cas de syphilis développée après la vaccination, mais non transmise par elle.

Les deux observations qu'on vient de lire sont loin d'avoir la même portée et diffèrent notablement l'une de l'autre au point de vue de leur signification précise.

Commençons par analyser la deuxième.

Les principaux symptômes qui se rapportent à la maladie de J... peuvent, selon moi, être divisés en deux groupes contenant, l'un, ceux qui dérivent directement de la vaccination, et l'autre, ceux qui, sans être des signes irréfragables de syphilis, ont pu pourtant faire admette chez notre malade l'existence de cette affection.

Contemporains les uns des autres, et ayant par suite entre eux une certaine corrélation apparente, ces faits ont pu, par leur rapprochement, faire admettre pour les expliquer dans leur ensemble, une même cause générale, la syphilis vaccinale.

Mais cette interprétation ne nous paraît pas devoir résister à un examen rigoureux, tandis que celle à laquelle nous nous sommes arrêté est beaucoup plus vraisemblable et tout à fait satisfaisante.

Pour nous, les symptômes appartenant au premier groupe ne sont que des accidents de vaccine morbide et ceux du second, si toutefois on les considère comme authentiques, sont bien des signes de syphilis, mais sans aucun rapport avec la vaccination.

La réserve formelle que nous venons d'émettre au sujet de l'authenticité des preuves de syphilis dans l'observation qui nous occupe, a besoin d'être expliquée. Ces preuves viennent de deux sources; d'une part, les commémoratifs de J..., et de l'autre, les données de l'observation clinique de ce malade. Celles-ci ne sont pas, il faut bien l'avouer, très-probantes en faveur de la syphilis. Les deux faits qui semblent les plus concluants, sont l'excoriation éphémère de la langue, observée le 6 février et disparue le 19 (après onze jours de traitement mercuriel interne et quelques gargarismes au bichlorure) et les « tubercules plats » du scrotum signalés le 21 février et guéris dès les premiers jours de mars sans aucun traitement local. Or, on ne saurait regarder comme réellement syphilitiques des accidents d'aussi courte durée et aussi peu exigeants en fait de remèdes que l'ont été ces prétendus tubercules plats et cette soi-disant plaque muqueuse, unique d'ailleurs, ce qui est rare, dans la cavité buccale.

En outre, l'aspect de symptômes vénériens que m'ont paru présenter ces deux petites lésions, peut bien avoir été purement imaginaire, et la forte présomption de vérole qui existait à cette époque à l'égard de J... était certainement capable de m'influencer à mon insu au point de me faire prendre pour des syphilides avérées de simples accidents de nature herpétique.

D'un autre côté, on ne saurait trouver dans les anamnestiques qui ont trait à la prétendue vérole de J..., que des garanties d'authenticité fort insuffisantes. Ils se composent, en effet, de phénomènes morbides qui seraient de plusieurs mois antérieurs à l'époque où notre malade était à l'hôpital, de sorte qu'il a fallu, pour les constituer à l'état de symptômes pathologiques, commenter des souvenirs plus ou moins fidèles, provoqués eux-mêmes par de fréquentes interrogations.

Il est permis de supposer que J..., témoin de l'espèce d'intérêt qui s'attachait à son camarade S..., ait conçu en l'entendant questionner, le dessein de raconter une histoire analogue dans l'espoir de bénéficier, le cas échéant, de la situation un peu exceptionnelle où son voisin s'était placé. Il serait de la sorte facile d'expliquer et de ne plus regarder comme authentiques, non-seulement la cuisson suspecte que notre malade dit avoir ressentie à l'anus, mais encore l'éruption roséoliforme trouvée(?) dans ses souvenirs, quand S... offrait lui-même à notre observation des symptômes cutanés tout à fait analogues.

Enfin, un dernier argument contraire à l'opinion qui rattache à la syphilis le cas de J..., est l'inefficacité absolue du traitement mercuriel sur les symptômes cliniques prédominants de sa maladie. En effet, la douleur du genou droit et l'ecthyma des membres inférieurs, où quelques médecins ont même voulu voir des manifestations syphilitiques, n'ont été modifiés en rien par les trente-deux pilules de protoiodure (à 25 milligrammes) qu'a prises notre malade. D'ailleurs, une vérole qui aurait daté alors de cinq mois (novembre à avril) aurait, certes, nécessité un traitement bien plus long que celui qui a été suivi, et que sa complète inutilité a fait abandonner au bout de trois semaines.

Reste à étudier la question étiologique.

Si l'on admet comme syphilitiques les accidents dont nous nous

(1) Suite. — Voir les numéros des 20 mai et 3 juin 1873.

occupons en ce moment, qu'ils proviennent des commémoratifs ou de l'action clinique de notre malade, les renseignements qu'il nous a fournis au début de sa maladie ne nous semblent pas suffisamment clairs et dignes de foi pour la faire attribuer à la vaccination, bien qu'ils lui étaient consécutifs, chronologiquement parlant.

L'absence de cicatrices aux parties génitales ne prouve pas d'une manière absolue qu'il ait été, comme il le raconte, indemne de toute contagion sexuelle, car il n'est point rare de voir guérir sans cicatrices apparentes des chancres, des ulcérations essentiellement syphilitiques.

Encore moins, faut-il tenir compte des dénégations de J..., car il en coûte souvent de faire des aveux en pareille matière, et, d'autre part, il est très-possible qu'il ait cru avoir quelque intérêt à nier pour sa maladie une origine aussi banale.

Restent donc deux explications fort plausibles l'une et l'autre.

Ou bien J... a contracté la vérole dans un coït impur, à l'époque même où il a été revacciné, et alors les deux maladies, vaccin morbide et syphilis se sont développées parallèlement, de façon à mélanger un peu leurs manifestations individuelles; ou bien il se trouvait déjà en puissance de vérole quand il a été revacciné, et l'apparition des symptômes syphilitiques observés a pu être hâtée, sinon provoquée, par la réaction générale imprimée à l'organisme sous l'influence de la vaccine. Telle est l'explication très-admissible invoquée par M. Gallard (*Un. méd.*, 1er semestre, 1870, p. 506) et par M. Baudry, d'Évreux (*Un. méd.*, 1869, 2e semestre, p. 825), à propos de faits rapportés par eux et relatifs à des cas de syphilis consécutifs à des vaccinations au moyen du cow-pox.

Les cas de M. Baudry ont été publiés dans une lettre de M. le docteur Bonnafont, qui devait les produire à l'Académie (1). Comme complément de l'observation en litige, aussi bien que celle du premier malade, nous avons fait de consciencieuses recherches sur les vaccinations incriminées, et les résultats de cette sorte d'enquête ne peuvent en aucune façon se concilier avec l'hypothèse qui rapporte à la syphilis vaccinale les symptômes présentés par J...

Si, au contraire, nous invoquons en doute ce que nous a raconté J... au sujet des accidents prétendus syphilitiques dont il aurait été atteint avant son entrée à l'hôpital, et que nous réduisions à leur juste valeur les quelques symptômes équivoques qu'il a présentés depuis lors, nous pourrons trouver pour les phénomènes morbides, consécutifs à la vaccination, et dans le fait même de l'inoculation vaccinale, une explication toute naturelle qui a l'avantage de s'accorder très-bien avec les résultats des perquisitions faites au sujet des vaccinations en cause.

Chacun sait qu'il est des cas où, en dehors de toute prévision, la vaccine ne suit pas son évolution ordinaire, et où, comme l'expose très-exactement M. Gallard (2), la pustule vaccinale se transforme en une ulcération arrondie, plus ou moins étendue, à bords taillés à pic, qui s'enroule d'une auréole rougeâtre inflammatoire et peut devenir le point de départ, soit d'un phlegmon, soit d'un érysipèle (3).

Ces complications, qui n'avaient pas échappé à Jenner, ont été fréquemment signalées. Néanmoins, il peut arriver qu'on les confonde avec des ulcérations vénériennes, comme cela a été fait pour les cas rapportés par M. le docteur Lalagade (d'Albi), lesquels déclarés syphilitiques par plusieurs médecins, ont été bien et dûment reconnus pour des symptômes de vaccine anormale.

Outre les faits de M. Lalagade, on peut citer ceux de MM. Duc (de Seine-et-Oise), Mordret (du Mans) et ceux rapportés par MM. Deharme de Chaton) (*Union médicale*, 1870, premier semestre, p. 1038. *Compte rendu de la quatrième réunion médicale du gymnase Paz*, en date du 15 juin). D'ailleurs, des accidents analogues prêtant jusqu'à un certain point à l'équivoque, se produisent très-bien dans des conditions où le vaccin employé *ne peut pas* être contaminé par la syphilis, comme le cow-pox. Exemples : cas mentionné par M. Gallard (*loc. cit.*) et faits de M. Millet (de Tours), relevés par M. Bonnafont dans le rapport de M. Depaul pour l'année 1865 (*Un méd.*, 1869, 2e sem. *Compte rendu de l'Académie*, p. 368) (1).

Ces phénomènes de vaccine morbide peuvent souvent être rattachés, sinon à de véritables épidémies, du moins à l'influence d'une constitution médicale toute spéciale ou de conditions climatériques particulières à certaines localités.

Tel paraît être le cas de Quimper, où ont été pratiquées les vaccinations dont les suites nous occupent. Au dire des habitants, il n'est pas rare de voir se produire comme complication de la vaccine, non-seulement des ulcérations analogues à celles ci-dessus dépeintes, mais encore de véritables éruptions, comparables par leur marche et leur aspect à l'*ecthyma simplex*.

Ces renseignements m'ont été transmis par M. le docteur Noel, médecin-major du dépôt du 97e de ligne, à l'obligeance duquel je dois des détails très-circonstanciés sur les vaccinations incriminées.

Dans sa première lettre, en date du 9 février 1870, M. Noël me signale deux cas récents de vaccine ulcéreuse suivie d'ecthyma sur cinq revaccinations faites par lui en ville avec du vaccin humain très-pur, et deux cas semblables observés par M. le docteur Chaurel, à la même époque. Selon M. Le Kaër, médecin de l'hôpital de Quimper, ces complications ne sont pas rares dans le pays, où toutes les maladies de la peau sont, du reste, assez communes.

Si nous nous reportons aux principaux symptômes énumérés dans l'observation de J..., nous y trouvons : en première ligne, une ulcération entourée d'une auréole rouge et indurée siégeant au bras gauche sur l'un des points inoculés (2) et montrant de temps à autre quelques petites phlyctènes; de plus, le bras a été le siége d'un endolorissement vague, et il s'est produit de l'adénopathie dans l'aisselle du côté gauche.

Or, ce sont là précisément les phénomènes caractéristiques de la vaccine morbide, tels qu'ils existent presque toujours, et il serait difficile de trouver la moindre différence entre ces accidents et ceux décrits par les médecins qui ont observé des exemples de vaccine anormale.

Vient ensuite l'ecthyma. Or, cet accident, ainsi que nous l'avons montré plus haut, n'est pas rare comme complication de la vaccine morbide, surtout à Quimper; sans compter que c'est une affection très-fréquente chez les militaires, et que nous en avons très-souvent dans les hôpitaux des cas qu'il n'est pas possible de rattacher à autre chose qu'à des causes d'hygiène générale.

En sorte que, sans même rapporter comme conséquence immédiate à la vaccine pathologique qui s'est produite, l'éruption d'ec-

(1) Je ne discuterai pas l'hypothèse de la transmission de la syphilis par hérédité pour le cas qui nous occupe, cette étiologie a été éliminée *à priori* (V. la note, p. 8).

(2) Leçon sur la vaccine, publiée dans *l'Union médicale*, 1870, 1re série (p. 482 et suivantes).

(3) Quelquefois même l'éruption de vaccine anormale présente d'autres caractères, comme dans les faits rapportés par MM. de Ranse, Charrier, Lagneau et Antonin Martin, dans la séance du 6 mai 1870 de la Société de médecine de Paris (*Bulletin* de cette société, années 1870, 1871, t. VI, p. 108 et 109).

(1) M. Gallard, à la leçon duquel je fais de nombreux emprunts, établit un rapprochement très-légitime entre ces faits et ceux du Morbihan, qui ont été le point de départ de la célèbre discussion sur la syphilis vaccinale à l'Académie de médecine.

Je m'associe entièrement à cette manière de voir, et je suis convaincu qu'on pourrait aussi facilement expliquer, sinon la totalité, au moins la plus grande partie des cas de la prétendue épidémie d'Auray, comme on l'a fait pour ceux du canton de Vannes, sur le témoignage formel de M. le docteur Panquet, médecin des épidémies de l'arrondissement. A l'appui de cette opinion, qui compte de nombreux partisans, je citerai une lettre de M. Le Diberder, rapportée par M. Bonnafont. (*Un. méd.*, 1869, 2e sem., p. 826). D'accord avec M. Louney (d'Auray), M. Le Diberder affirme que l'épidémie de vaccine d'Auray n'a pas eu le caractère syphilitique.

(2) Je rappelle en passant que sept inoculations avaient été faites le 3 novembre, et qu'il ne s'était produit qu'une seule pustule vaccinale, laquelle s'était transformée au bout de peu de temps en une ulcération. Contrairement à ce qui arrive le plus souvent, le bras atteint d'accidents de vaccine morbide a été dans ce cas le bras gauche. M. le baron Larrey a montré que, généralement, c'était le bras droit qui était affecté (huit fois sur neuf (Rapport sur les faits survenus à Toulon en 1858).

thyma pour laquelle J... est entré à l'hôpital, on pourrait admettre qu'elle est l'expression d'un certain degré de cachexie survenue sous l'influence, longtemps prolongée, de l'état morbide occasionné par la vaccination. En outre, notre malade, qui venait de quitter son pays, sa famille et son genre de vie habituel, pour passer dans les conditions hygiéniques bien différentes de la vie militaire, devait se trouver par cela même très-bien disposé à contracter une affection en quelque sorte endémique à Quimper.

Les mêmes causes générales peuvent être invoquées, de concert avec les conditions climatériques existant en cette localité, pour expliquer la douleur au genou droit, de nature évidemment rhumatismale, dont J... a longtemps souffert, et qui, rebelle au traitement mercuriel, a cédé à des bains sulfureux joints à des frictions avec le liniment camphré opiacé.

Pour ce qui concerne S..., la question de la syphilis est tout à fait nette, et l'analyse seule de la plupart des symptômes cliniques qu'il a présentés à notre observation pendant son séjour à l'hôpital suffit à faire diagnostiquer la vérole.

En effet, la roséole manifeste constatée à son entrée à la salle 8, l'adénopathie cervicale et inguinale, l'éruption papuleuse de la verge, les tubercules plats du scrotum, la plaque muqueuse de l'anus, l'impétigo du cuir chevelu, et les douleurs rhumatoïdes notés à la même époque, sont des preuves incontestables de syphilis, ainsi que l'efficacité évidente du traitement spécifique institué.

Mais à côté de ces symptômes si concluants dans ce sens, il s'en trouve d'autres qui ne sont pas de même nature, je veux parler des accidents du bras, dont l'origine remonte à la vaccination, et qui ont motivé, trois mois après, l'entrée de S... à l'hôpital, où nous avons été à même de les constater. Ici, comme pour le cas de J..., il nous semble difficile de ne pas considérer comme phénomènes de vaccine morbide, l'ulcération du bras droit à bords arrondis et taillés à pic, entourée d'une auréole rouge, et l'adénopathie axillaire concomitante.

La coïncidence singulière qui existait chez S..., comme chez J..., entre la vaccination et le développement de la syphilis a pu faire établir chez le premier, de même que chez le deuxième, une relation de cause à effet entre l'inoculation vaccinale et la production de symptômes vénériens. Mais ce n'est là, pour S... ainsi que pour son camarade, qu'une simple hypothèse, et nous avons montré à propos de ce dernier quelle était sa valeur.

Les arguments que nous avons employés à ce sujet dans l'observation n° II, s'appliquent absolument au cas présent, et nous ne saurions mieux faire que d'y renvoyer.

Enfin, voici ce que m'ont appris plus tard les recherches que j'ai faites à propos des vaccinations pratiquées à Quimper à la fin d'octobre et au commencement de novembre 1869.

M. le docteur Noël, médecin-major au 97e de ligne, a bien voulu, ainsi que je l'ai déjà dit, m'envoyer à cet égard des renseignements très-circonstanciés, que je suis très-heureux de pouvoir transcrire.

Dans le courant d'octobre 1869, il pratiqua neuf vaccinations ou revaccinations « avec du vaccin sur plaques venant de Paris » et obtint cinq succès certains. L'un des hommes ainsi vaccinés était le nommé C..., qui, appartenant à la compagnie hors-rang, se trouvait encore au dépôt du 97e quand M. Noël m'écrivait.

Le 27 octobre, furent inoculés quatre soldats, les nommés L..., B..., S... et R... (revaccination), avec du vaccin emprunté à C..., « qui offrait les plus belles pustules. »

« Les quatre hommes inoculés de bras à bras, le 27 octobre, avec le vaccin de C... ont eu des pustules magnifiques, qui ont servi, le 3 novembre, à vacciner ou revacciner cent cinquante-huit hommes du 97e », parmi lesquels se trouvait J..., qui fut inoculé au moyen du vaccin du nommé L...

Il résulte des faits qui précèdent, qu'il y a lieu d'examiner les cent soixante et un hommes qui, avec S... et J..., ont pris part aux vaccinations d'octobre et novembre 1869.

Et d'abord, voici les renseignements que m'a transmis M. Noel sur le nommé C..., qui, ainsi que je l'ai dit, était alors à Quimper. Ce soldat jouissait à cette époque « d'un état de santé excellent, comme on en voit même rarement chez les hommes de la compagnie hors rang, et non-seulement il a assuré n'avoir jamais été à l'infirmerie, et n'avoir jamais eu d'affection syphilitique, mais il a été impossible d'en découvrir chez lui la moindre trace ». M. Noël ajoute : « qu'il a pu confirmer cette assertion par un examen scrupuleux. »

L..., R..., R... et S... qui furent inoculés le 27 octobre, avec le vaccin de C..., se trouvaient tous quatre à Lyon, au commencement de 1870, et j'ai pu, grâce à l'obligeance de M. le docteur Perret, aide-major du 97e de ligne, qui me les a envoyés, visiter avec le plus grand soin les trois premiers.

Voici à leur sujet les notes que j'ai prises à cette époque.

L... (Jean), vingt-cinq ans, natif de la Corrèze, arrivé au corps comme remplaçant le 22 octobre 1869. Antécédents héréditaires nuls. Trois ou quatre mois avant l'incorporation, uréthrite et orchite; jamais maladie depuis. Aucune cicatrice aux organes génitaux. Vacciné dans son enfance; pas de traces. Inoculé le 27 octobre en neuf points (cinq au bras gauche) qui, selon son dire, ont saigné et donné tous naissance à des pustules vaccinales. Celles-ci n'étaient pas guéries le 23 novembre (date de l'arrivée au camp de Sathonay), et avaient déterminé de l'adénopathie axillaire des deux côtés et même l'adénopathie cervicale (?) La cicatrisation s'est effectuée vers le 20 décembre (encore deux mois après la vaccination). Au moment de l'examen, aucun symptôme syphilitique, mais un peu d'adénopathie cervicale et une sorte de prurit aux points inoculés dont les cicatrices, *encore rouges*, ont un demi-centimètre à 0m,01 de diamètre.

R... (Pierre-Valentin), vingt et un ans, natif d'Indre-et-Loire, incorporé le 20 octobre 1869. Antécédents héréditaires nuls. Aucune maladie antérieure. Neuf piqûres vaccinales qui ont donné un peu de sang, ont produit des pustules guéries au milieu de novembre. Pas de vaccination antérieure. A l'examen, santé parfaite, cicatrices vaccinales de 0m,002 à 0m,003.

B... (Jean), vingt et un ans, natif de la Haute-Loire, arrivé au corps le 15 octobre 1869. Antécédents héréditaires nuls. Santé habituelle médiocre, mais jamais de maladie vénérienne. Sept piqûres (au bras droit quatre), qui ont saigné et donné lieu à sept boutons, lesquels ont guéri au milieu de novembre. A l'examen, aucun signe de maladie quelconque. Cicatrices vaccinales petites.

Au sujet des cent cinquante-huit soldats inoculés le 3 novembre avec du vaccin pris sur les quatre dont il vient d'être question, voici ce que m'écrit M. Noël, à la date du 22 février 1870.

« Au reçu de votre lettre, j'ai consulté mes registres d'infirmerie et d'hôpital, et j'ai vu qu'aucun des cent cinquante-huit hommes n'y était porté comme vénérien, à l'exception d'un nommé *L...*, entré à l'infirmerie en *janvier*, pour *un chancre mou reconnu à la visite générale de santé le 8 janvier, et contracté le 5 du même mois.*

« Tous ces hommes venaient d'arriver au corps et avaient passé la visite sanitaire. Ils ont tous été envoyés à Lyon le 22 décembre, après avoir été revus deux fois à la visite générale de santé... Neuf ont été gardés au dépôt, je viens de visiter ces derniers le plus minutieusement possible, et je n'ai rien trouvé... Tous ces hommes vaccinés le 3 novembre étaient donc sains. »

J'ajouterai à ces détails si parfaitement précis, que sept hommes du 97e se trouvaient vers la même époque (fin de février 1870) à l'hôpital de Lyon.

Ces militaires, en traitement pour des affections diverses, mais aucun pour la syphilis, avaient fait partie de cette série de cent cinquante-huit revaccinations. Chez tous, la vaccine s'était produite normalement.

Enfin, les autres ont été examinés sur ma prière par M. le docteur Perret, qui les a trouvés parfaitement sains sous le rapport de la syphilis (1).

(1) M. Noël ajoute que ces cent cinquante-huit hommes « ont, à leur tour, fourni du vaccin à des centaines d'individus à la caserne, en ville et

Je ne veux pas oublier de dire que M. le docteur Noël m'avait donné, sur son procédé opératoire pour la vaccination et sur les minutieuses précautions qu'il y apportait, des explications extrêmement circonstanciées, devant lesquelles il n'aurait pas même été possible de supposer la transmission de la syphilis à l'un des vaccinifères par la lancette imprégnée d'un peu de sang de l'un des vaccinés.

Il résulte de tout ce qui précède :

1° Que S... n'a pas pu prendre la vérole par la vaccination, puisque, d'une part, C... qui lui a fourni du vaccin était indemne de syphilis, et que, d'autre part, aucun des hommes (une trentaine selon son dire) inoculés avec son propre vaccin le 3 novembre, n'avait et n'a eu depuis de maladie vénérienne, pas plus que les trois soldats qui furent vaccinés en même temps que lui le 27 octobre (1).

2° Que J... n'a pas non plus la syphilis par l'inoculation vaccinale, puisque L..., dont les pustules lui fournirent du vaccin, était et est resté indemne de vérole, et qu'aucun des cent cinquante-sept hommes inoculés en même temps que lui-même n'était et n'a été atteint de cette maladie (2).

3° Que la syphilis de S... et celle, contestable du reste, de J..., quoique contemporaines de leur vaccination et de leurs suites, ont eu nécessairement une origine sexuelle.

4° Et qu'enfin, les symptômes observés du côté du bras dans l'un et dans l'autre cas consécutivement à la vaccination, sont bien plutôt des accidents de vaccine morbide (3) que des phénomènes de syphilis vaccinale.

(A suivre.)

VARIÉTÉS

Paris, ses organes, ses fonctions et sa vie dans la seconde moitié du dix-neuvième siècle, par MAXIME DU CAMP.— Seconde édition. Tome III° (4).

Il ne suffit pas de manger pour vivre; il faut pouvoir vivre. Il ne suffit pas de travailler pour pouvoir vivre, il faut que le produit de notre travail nous soit assuré. Or, il est des gens qui veulent bien vivre, mais à la condition de ne rien faire et d'enlever aux autres ce qu'ils ont acquis par leur travail, et pour arriver à ce but, ils ne reculent pas quelquefois devant le meurtre. La société a dû prendre des mesures pour remettre chaque chose à sa plus juste place : et elle en a surtout senti la nécessité dans une ville comme Paris. De là l'étude qui fait l'objet de ce troisième volume. Les malfaiteurs, puis la police et la cour d'assises, les prisons, pour réprimer; la guillotine, suprême expiation; et enfin la prostitution, chancre que la nécessité a attaché aux flancs de la société, que l'on se voit forcé de tolérer pour éviter de plus grands malheurs, mais où le crime se recrute et qui reste bien et dûment la sœur, pour ne pas dire la mère du crime sous toutes ses formes. Nous comprenons donc bien le rapprochement que M. Maxime du Camp a fait des malfaiteurs et de la prostitution. Cette dernière éclaire la première d'une lumière non douteuse.

Tous les malfaiteurs, sans se ressembler, car ils forment des *catégories*, ont cependant certains caractères généraux que l'auteur de *Paris* fait très-habilement ressortir. La vanité, la générosité des voleurs est proverbiale; ils se trahissent eux-mêmes; leur précocité, l'école du crime, sont choses bien connues aujourd'hui. Il nous est impossible de toucher même légèrement à ces nombreuses catégories de malfaiteurs (drogueurs de la haute, chineurs, casseurs de porte, carreurs, cambrioleurs, scionneurs, etc.); mais, chose singulière, tous ces malfaiteurs ont des refuges où on est sûr de les trouver, et où, après un crime commis, la police les cueille d'une manière presque certaine. Cette partie de l'œuvre présente enfin une statistique d'un très-haut intérêt moral.

Puisqu'il existe une armée de malfaiteurs, il faut des yeux toujours ouverts et des agents de défense toujours prêts. La police est cette sauvegarde de la société : mal estimée et peu comprise, parce qu'on la confond avec une police politique, tandis que, par le courage obscur de ses agents, la police municipale est une des plus dignes du respect de tout homme honorable.

M. Maxime du Camp nous présente d'abord les sergents de ville — agents au grand jour que nous coudoyons tous les jours sans nous rendre bien compte de leur pénible service. La Sûreté — police secrète — qui n'a affaire qu'avec les criminels. La Division, où nous retrouvons les cochers, les commissionnaires, et où se trouve la plus vaste information judiciaire qui soit au monde. Enfin le Dépôt, où sont conduits non-seulement les prévenus, mais les aliénés, les enfants égarés, etc. Il a fallu un certain courage pour rompre avec de vieilles croyances enracinées et rendre à la police le rôle qu'elle doit jouer, et qu'elle joue : et nous ne devons pas oublier que la police française entend d'une manière très-élevée sa mission, et est supérieure même à la police anglaise.

Le malfaiteur est entre les mains de la police; il ne fait que passer, il appartient à la justice. Et l'auteur va nous conduire peu à peu jusqu'à la cour d'assises.

Avant de nous initier aux procédés modernes de dame Justice, il était bon de nous rappeler la justice d'autrefois. Cette revue rétrospective permet d'être plus équitable envers la société actuelle, et, tout en reconnaissant des *desiderata*, de reconnaître les progrès accomplis. L'instruction, l'audience, la conciergerie, autant de chapitres où la réalité s'offre dans toute sa sévérité, mais aussi dans tout son intérêt. Parmi les peines, la prison joue un grand rôle, et M. Maxime du Camp retrace la législation, nous introduit à Mazas, à Saint-Lazare, et formule des *desiderata*, si dignes en semblable matière, d'être pris en considération.

Un chapitre émouvant est, sans contredit, la guillotine, où, depuis la cellule, nous accompagnons le condamné à l'échafaud, et assistons à l'exécution. Ce passage n'avait besoin que de sa douloureuse réalité pour impressionner vivement; mais on doit savoir gré à l'auteur d'avoir compris que, devant une expiation suprême, toute chose inutile devenait cruelle, et qu'il y avait ici non des *desiderata*, mais des *delenda*. Empressons-nous d'ajouter que M. Maxime du Camp aura eu la consolation de voir lui-même une partie de ses demandes accordées.

Ce troisième volume est bien la représentation des plaies morales de Paris, car après les malfaiteurs voici la prostitution, ses règlements, les filles soumises, les insoumises et les repenties. Après les travaux de Parent-Duchatelet, de Lecour, de Jeannel, il semblait que tout était dit : celui qui lira le *Paris* de M. Maxime du Camp verra que la matière est inépuisable.

Nous croirions que ce volume est le plus saisissant de l'œuvre de M. Maxime du Camp; mais nous ne devons pas oublier que nous sommes médecins et que le quatrième volume sera consacré à l'*Assistance publique*.

jusqu'à Rennes, sans provoquer jamais le moindre cas de syphilis, » et que « tous les huit jours il se sert encore du vaccin de la même origine. » (Lettre du 22 février 1870.)

(1 et 2) Si même S... et J... avaient été inoculés avec du vaccin pris sur un syphilitique, c'est-à-dire si C... et L... eussent eu la vérole au moment où ils servirent à ces vaccinations, ce n'eût pas été une raison pour qu'ils contractassent nécessairement ainsi la syphilis, si le vaccin avait été pris avec certaines précautions. Telle est l'opinion de M. Jules Guérin, qui cite toujours à son appui un certain nombre de faits et d'expériences, notamment ceux très-explicites de M. Delzenne, interne à Saint-Lazare (Discours prononcé à l'Académie de médecine le 13 août 1867. *Un. méd.*, 1867, 2e sem., p. 329).

(3) Outre les deux cas en question, il s'en est produit encore un, que nous ont révélé nos recherches au 97e de ligne; c'est celui de L..., dont les pustules vaccinales ont été deux mois à guérir.

(4) In-8°. Prix du volume : 7 fr. 50. — L. Hachette et Ce.

THÈSES

SOUTENUES A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

PENDANT L'ANNÉE 1873.

150. Josephson. Études sur le placenta et ses maladies.

151. Bernier de Bournonville. Appendice au traitement des maladies des femmes, des bandages et des ceintures hypogastriques.

152. Parmentier. Des fongosités et des fistules du conduit auditif externe.

153. Forment. Essai sur les bains et l'hydrothérapie.

154. De Jeauffreau-Blazac. Considérations sur le traitement des fistules uréthro-péniennes.

155. Boéchat. Recherches sur la structure normale du corps thyroïde.

156. Collinot. Essai critique sur les complications cardiaques dans les exanthèmes fébriles.

157. Garipuy. Étude sur la poche des eaux, sur la rupture prématurée, spontanée et artificielle.

158. Blanc. De la suspension comparée aux autres modes de traitement des fractures (boîte-gouttière de M. le docteur Philippe).

159. De Parades. Étude sur les lésions traumatiques des nerfs et leurs suites.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Par arrêté du ministre de l'instruction publique, des cultes et des beaux-arts, en date du 6 juin courant, l'ouverture du concours pour quatre places d'agrégés près l'École supérieure de pharmacie de Paris, qui devait avoir lieu le 15 novembre 1873, est ajournée au 15 janvier 1874.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Éléments de chirurgie clinique, comprenant le diagnostic chirurgical, les opérations en général, les méthodes opératoires, l'hygiène, le traitement des blessés et des opérés, par J.-C. FÉLIX GUYON, chirurgien de l'hôpital Necker. Paris, 1873. Un vol. in-8° de XXXVIII-672 pages, avec 63 figures intercalées dans le texte.— Prix : 12 fr. — J.-B. Baillière et fils.

Traité théorique et pratique des maladies de l'oreille et des organes de l'audition, par le docteur J.-P. BONNAFONT, 2e édition, revue et augmentée. Paris, 1873. Un vol. in-8° de 700 pages avec 43 figures intercalées dans le texte. Prix : 10 fr. — J.-B. Baillière et fils.

L'Étudiant micrographe, traité pratique du microscope et des préparations, par ARTHUR CHEVALIER, O. ✻, 1 vol. de 600 pages, 600 figures : 7 fr. 50. — Delahaye, place de l'École-de-Médecine. — Catalogue illustré des microscopes, gratis, chez Arthur Chevalier, Palais-Royal.

Des ovaires, de leurs anomalies, par le docteur A. PUECH. Paris, 1873. Un vol. in-4° de 159 pages. Prix : 5 fr. — F. Savy.

Le Directeur : Dr E. LE SOURD.

Paris. —Typographie A. POUGIN, quai Voltaire, 13.

N° 67. — JEUDI 12 JUIN 1873. 46e ANNÉE. JEUDI 12 JUIN 1873. — N° 67.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Bureaux : 57, rue des Saints-Pères, 57
PRÈS L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix d'abonnement doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

On s'abonne hors de Paris dans les bureaux des Messageries et chez les Libraires. Les lettres non affranchies sont refusées.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui n'en peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS		
Trois mois. .	8 fr. 50 c.	
Six mois. . .	16	—
Un an. . . .	30	—

POUR L'ÉTRANGER le port en sus suivant les derniers tarifs des Postes.

Paris, le 11 juin 1873.

SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

Bien que la discussion sur le typhus et son étiologie ne soit pas encore terminée, puisque M. Chauffard ne peut manquer de répondre à M. Fauvel, les faits relatés par le savant inspecteur général des services sanitaires semblent si concluants en faveur des doctrines classiques, que la question paraît jugée, au moins en ce qui touche la genèse du typhus.

En effet, trois fois seulement pendant le séjour de M. Fauvel dans l'empire turc, où il était à la tête du service de santé, les circonstances décrites par M. Bouchardat comme essentiellement typhogènes, c'est-à-dire l'encombrement joint à des causes débilitantes de longue durée, se présentèrent à son observation ; et ces trois fois également, il vit paraître le typhus, bien qu'il s'agît de races et de contrées différentes.

Les prétendues immunités que M. Chauffard supposait ne se sont montrées nulle part. Les Français comme les Anglais, les Circassiens comme les Tartares, ont pu devenir le foyer de production du miasme épidémique et le transporter avec eux.

Pour les Anglais et les Français ce fut la guerre, pour les Tartares et les Circassiens ce fut une émigration nationale et subite qui devint la cause de l'encombrement et des privations de tous genres ; mais le résultat fut le même.

Les Tartares musulmans, en 1860, les tribus circassiennes du Caucase, pendant les années 1863, 1864, fuyant la domination russe, étaient venus s'accumuler dans certaines localités de la Turquie, où ils manquaient de tout.

La dysenterie et le scorbut, sur certains points l'impaludisme, etc., se trouvaient unis à la famine. Les Circassiens succombèrent presque tous, au nombre d'au moins trois cent mille ; et ce qu'il y eut de curieux, paraît-il, dans cette histoire lamentable, c'est qu'ils portèrent avec eux la contagion du typhus partout où ils allèrent, infectèrent partout des individus en pleine santé, alors que chez eux « on recherchait en vain à cette époque, dit M. Fauvel, les caractères essentiels du typhus exanthématique. On ne trouvait que des individus émaciés, infiltrés, scorbutiques, atteints de diarrhée colliquative et de fièvre, en un mot, des malades cachectiques et qui s'éteignaient presque toujours subitement sans autre manifestation. »

Si les notes de M. Fauvel sont précises sur ce point, ou si ses souvenirs sont bien exacts, il en résulterait que le miasme typhique pourrait se propager et peut-être naître en l'absence de tout malade présentant un état typhique proprement dit.

Ce serait là, il faut bien le reconnaître, quelque chose d'inattendu et de nouveau, au moins autant que la théorie de M. Chauffard.

L'immunité des Circassiens mourant de faim, etc., pour le typhus qu'ils avaient couvé, immunité allant jusqu'à l'absence de complications à forme typhique dans les maladies qui les emportaient, nous paraît bien extraordinaire.

Ce serait, en tout cas, une grande différence entre le typhus des armées et le *typhus fever*, considérés tous deux au point de vue de leur aspect épidémique.

Parmi les soldats, les états typhiques ont toujours été signalés comme précédant et accompagnant jusqu'à la fin les vrais typhus. Si certaines manifestations de la maladie, si, par exemple, l'exanthème caractéristique, étaient plus souvent développés chez les individus saisis en pleine santé que chez ceux qui depuis longtemps étaient malades, on n'en voyait pas moins l'influence typhique se faire sentir chez ces derniers et y devenir une des causes de mortalité les plus efficaces.

Pourquoi n'en serait-il pas de même pour les individus affaiblis par la faim ? Il n'est pas aisé de le dire.

Pourtant, comme il est de principe que les faits sont indépendants de tout raisonnement, de toute théorie, nous nous garderons bien de nier, *à priori*, un fait qui nous est raconté par un observateur consciencieux et habile.

Heureux quand les faits sont d'accord avec les faits !

En ce qui touche la tuberculose, ceux de M. Collin contredisent ceux de M. Chauveau. La lutte est ardente. Chacun des deux expérimentateurs, ne pouvant douter des résultats qu'il a obtenus, jette le défi à son adversaire, et le public en est à se demander comment des hommes dont personne ne songe à suspecter la bonne foi, peuvent être en contradiction aussi formelle sur ce qu'ils ont vu.

Faut-il dire que les animaux étant de races différentes, la tuberculose s'est montrée transmissible au veau et non au lapin ou au mouton, etc.? Cette explication serait possible pour les expériences de M. Chauveau, mais non pour celles des Allemands, qui les confirment.

Faut-il admettre, avec M. Collin, que la plupart des animaux de race bovine offrent à l'autopsie, en dehors de toute expérience, quelqu'une des lésions qu'indique M. Chauveau et qu'il appelle tubercule? M. Bouley et M. Chauveau nient absolument qu'il en soit ainsi chez les jeunes veaux de boucherie. C'est donc encore là un point de fait controversé à éclaircir.

Il serait bon que, devant une commission si l'on veut, ou sous-commission, par les recherches d'expérimentateurs nombreux se contrôlant l'une l'autre, ces divers points de fait soient éclaircis avant que la question ne se discute.

En effet, il ne s'agit point d'expliquer, mais de vérifier, et une vérification de cette nature ne peut se faire à la tribune académique.

— Ceux qui ont lu, dans la *Gazette des Hôpitaux*, les beaux travaux de M. Hervieux sur les maladies puerpérales, applaudiront à son élection comme membre de l'Académie dans la section d'accouchement.

Dr Victor Révillout.

HOPITAL BEAUJON. — M. Gubler.

Menstruation faible et douloureuse; chloro-anémie; congestion de l'ovaire gauche. — Névrose du grand sympathique.

(Observation recueillie par M. le docteur Girard.)

L... (Joséphine), vingt-huit ans, domestique, née à Deunoux (Meuse), entre à l'hôpital le 9 novembre 1872, salle Sainte-Marthe, nº 13, service de M. Gubler.

Taille moyenne; constitution assez bien prise; tempérament lymphatico-nerveux. Cheveux bruns. Habite Paris depuis sept mois seulement.

Réglée vers l'âge de treize ans; règles assez régulières, à une huitaine de jours près; jamais abondantes, toujours douloureuses; fort peu de flueurs blanches avant chaque époque menstruelle; un peu davantage après.

Vers l'âge de quinze ans c'était, à son dire, une jeune fille à forte constitution. A cette époque, elle raconte avoir eu de « violents points de côté. » Le médecin de la localité fit appliquer vingt-quatre sangsues. A dater de ce moment, elle aurait perdu peu à peu de son embonpoint, serait devenue anémique, nerveuse et facilement irritable, avec de la gastralgie et de la céphalalgie; un jour assez bien, l'autre jour mal. Sur le conseil de médecins, elle a pris des ferrugineux et du vin de quinquina.

Depuis deux ans environ, la gastralgie a fait place à des douleurs abdominales errant d'un point à un autre. Quant à l'estomac, il est devenu le siége d'une sorte de gêne, et la région épigastrique gonfle après les repas, donnant lieu à une oppression plus ou moins marquée, la tête devenant chaude, tandis que les pieds « sont à la glace ». L'abdomen se tuméfie dans la soirée, pour rentrer le matin dans ses proportions normales. A l'époque des règles, les artères abdominales battent violemment. La céphalalgie elle-même a beaucoup diminué, mais elle redevient intense aux époques cataméniales.

Ce sont les douleurs abdominales dont nous venons de parler qui l'ont contrainte de venir à l'hôpital. L'estomac est faible et supporte peu la nourriture. Il y a, du reste, inappétence complète. Des flueurs blanches en abondance, avec tiraillements d'estomac. Généralement constipée, n'allant à la garde-robe qu'à l'aide de magnésie ou de lavements.

Tout le côté gauche, de la tête aux pieds, présente un commencement d'anesthésie cutanée. Les parois de la bouche, et la langue elle-même, participent à cette anesthésie. L'épiglotte conserve encore ses mouvements réflexes. La plante des pieds n'est pas complétement insensible, mais celle du pied gauche l'est davantage que celle du pied droit.

Les organes des sens sont intacts.

De temps en temps, peut-être deux ou trois fois par semaine, elle éprouve dans l'après-midi de légers frissons, suivis de bouffées de chaleur, principalement du côté de la face (fièvre vespérale). Sur deux nuits, il y en a une plus mauvaise que l'autre, marquée par une agitation fébrile. Elle s'endort difficilement, mais une fois endormie, le sommeil est bon.

10-17 novembre. — Une douche tous les jours; eau de Spa; vin de quinquina; tilleul orangé.

17 novembre. — Tous les symptômes que nous venons de mentionner existaient encore à des degrés divers; flueurs blanches, tiraillements d'estomac, douleurs abdominales, inappétence, gonflement de l'épigastre, tuméfaction du ventre, constipation, etc. M. Gubler fait ajouter au traitement 0g,20 d'oxalate de fer par jour, moitié avant chaque repas.

20 novembre. — Il lui semble que le ferrugineux lui fait du bien. Son appétit est revenu, elle mange avec plaisir. Une garde-robe normale par jour.

26 novembre. — Douleurs errantes dans l'abdomen et les reins, lesquelles lui « donnent sur les nerfs; » les douleurs ovariques, en pareil cas, s'exaspèrent. Les garde-robes sont normales et régulières.

27 novembre. — Mieux qu'hier.

28 novembre. — Douleurs abdominales; garde-robes quotidiennes.

30 novembre. — Pas de douleurs abdominales hier, mais bien aujourd'hui. Appétit toujours bon. Lorsque la malade est debout, elle éprouve parfois comme un poids dans le bas-ventre.

2 décembre. — Va bien; un peu d'oppression après le manger, consécutive au gonflement de l'épigastre.

3 decembre. — Va bien; rêves fréquents; quelquefois des cauchemars.

4 décembre. — Région ovarique gauche douloureuse. Badigeon de laudanum et cataplasmes laudanisés.

5 décembre. — Pas mal depuis avant-hier; douleurs ovariques calmées; pas de garde-robe. 0g,30 oxalate de fer.

6 décembre. — Ne va pas mal. Très-*échauffée* depuis trois jours; 0g,40 oxalate de fer.

7 décembre. — Les flueurs blanches sont beaucoup moins abondantes.

8 décembre. — Une garde-robe.

10 décembre. — Une garde-robe hier. Pas si bien aujourd'hui. Battements des artères abdominales très-marqués; la période cataméniale est proche.

12 décembre. — La douleur ovarique est seule perceptible, quoique très-amoindrie. Très-peu de flueurs blanches. Une garde-robe.

14 décembre. — Oppressée après manger. Une garde-robe hier. Elle est beaucoup mieux; le faciès est meilleur.

17 décembre. — Pas de symptômes précurseurs des règles, dont c'est l'époque. Pas de garde-robes depuis trois jours (1), mais n'en éprouve pas de gêne particulière. Un peu de gonflement épigastrique après les repas, mais pas de douleurs abdominales, pas même de l'ovaire gauche. L'appétit est bon.

18 décembre. — Ayant, sur notre insistance, repris l'oxalate de fer, hier, à la dose de 0g,40, elle a obtenu, ce matin, une garde-robe.

20 décembre. — Migraine hier comme à l'époque des règles. Douleur un peu plus vive à la région ovarique gauche que les jours précédents; le battement des artères y est très-marqué. Une garde-

(1) Elle avoue que, depuis trois jours, elle n'a pas pris de fer, de sa propre inspiration et sans autre raison que lorsqu'elle prenait d'autres ferrugineux elle en suspendait l'usage aux époques menstruelles et pour cause d'irritation gastrique. Elle reconnaît que l'oxalate de fer ne produit chez elle aucun symptôme irritant, mais elle pensait que son estomac étant trop faible, il se trouvait trop stimulé et que de là dépendait la gêne épigastrique (oppression) qu'elle éprouvait.

robe ce matin. Les flueurs blanches diminuent de plus en plus. Oxalate de fer, 0gr,30.

21 décembre. — Les règles sont apparues hier soir. Elle souffre beaucoup du ventre, particulièrement au côté gauche du bassin. Une garde-robe ce matin.

22 décembre. — Le flux menstruel a duré un jour à peine, et peu considérable. Elle souffre beaucoup des reins et du ventre également. N'a que peu d'oppression. Une garde-robe. Oxalate de fer, 0gr,20.

24 décembre. — Migraine depuis deux jours. Une garde-robe ce matin.

26 décembre. — Plus de flueurs blanches. Quelques douleurs passagères pendant la marche et la station, mais pas dans la position assise. Une garde-robe aujourd'hui. Appétit bon. Pas de douleurs abdominales ni gastriques; très-peu de gonflement de l'épigastre après les repas.

27 décembre. — Elle se sent plus forte; le sommeil est bon. Une garde-robe.

29 décembre. — Une garde-robe normale hier. Depuis plusieurs jours, pas de douleurs abdominales; pas d'écoulement blanc; plus d'oppression et par conséquent plus de gonflement épigastrique après les repas.

31 décembre. — Une garde-robe.

1er janvier 1873. — Une garde-robe ce matin.

3 janvier. — Une garde-robe hier. Va bien.

4 janvier. — Une garde-robe.

5 janvier. — Une garde-robe.

6 janvier. — Ayant mangé quelques gâteaux venus du dehors, un dérangement de corps en a été la conséquence. Elle va bien du reste.

8 janvier. — Sur sa demande, elle sort de l'hôpital pour retourner dans son pays natal attendre du repos le complément de sa guérison.

Dans cette observations, nous voyons une jeune fille dont les règles, bien qu'assez régulières, et sans jamais avoir subi d'arrêt, restent cependant bien au-dessous de la moyenne quant au flux menstruel, toujours accompagné de vives douleurs.

Deux années sont à peine écoulées depuis l'établissement de la menstruation, que déjà sa constitution se ressent de cet état de choses. L'ovaire gauche s'engorge, et à la suite d'une émission sanguine intempestive, elle devient anémique, puis chlorotique ; son tempérament s'irrite ; les maux d'estomac surviennent, accompagnés de céphalalgie.

Pendant une période de onze années, là marche de la maladie est très-lente, ce que l'on doit attribuer au séjour de la campagne ou de la province. Dans un centre populeux, la cachexie urbaine eût parcouru un développement beaucoup plus rapide.

Enfin, durant les deux dernières années qui viennent de s'écouler, nous assistons à des phénomènes qui dénotent chez le nerf grand sympathique une affection du type des névroses. Ces phénomènes sont : 1° une gêne stomacale, sinon de la gastrodynie, avec gonflement épigastrique après les repas, accompagné d'oppression ; 2° des douleurs qui partent de l'un des ovaires, ou des deux à la fois, parcourent toute l'étendue de l'abdomen, d'un plexus à un autre ; l'abdomen lui-même se tuméfie dans la soirée pour reprendre ses proportions normales vers le matin ; puis la constipation ; — 3° de l'anesthésie cutanée du côté gauche ; 4° fièvre vespérale à l'état latent et interrompu.

Cette évolution pathologique prélude aux manifestations du côté du système nerveux cérébro-spinal, c'est-à-dire aux attaques hystériques avec tout leur cortége de phénomènes bizarres. Mais rien de semblable n'existe encore chez le sujet qui nous occupe en ce moment.

Cette malade, qui a pris de l'oxalate de fer depuis le 17 novembre 1872 au 8 janvier 1873, époque de sa sortie de l'hôpital, en a éprouvé les avantages suivants : 1° recouvrement presque immédiat de l'appétit ; 2° constipation heureusement combattue ; 3° douleurs abdominales calmées, avec disparition du gonflement épigastrique après les repas, de la tuméfaction de l'abdomen et de la fièvre vespérale ; 4° disparition des flueurs abondantes ; 5° accroissement rapide des forces.

Nous ne croyons pas à une guérison complète. Pour arriver à ce dernier résultat, il eût fallu continuer l'usage des ferrugineux pendant un certain temps, et, vu l'état nerveux, ajouter à ce traitement de l'opium dans des proportions à déterminer et à modifier selon les circonstances.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 10 juin 1873. — Présidence de M. Depaul.

CORRESPONDANCE OFFICIELLE

M. le ministre de l'agriculture et du commerce transmet :

1° Les comptes rendus des maladies épidémiques qui ont régné, pendant l'année 1872, dans les départements de la Charente, de la Haute-Savoie, de l'Oise, de l'Aube, du Lot ; dans les arrondissements de Gap, de Briançon (Hautes-Alpes), de Guingamp (Côtes-du-Nord), et Nogent-le-Rotrou (Eure-et-Loir) (commission des épidémies);

2° Une demande en autorisation d'exploitation pour l'usage médical d'une source située à Saint-Andéol de Bourhène (Ardèche);

3° Le rapport de M. le docteur Bignon sur le service médical de l'établissement d'eaux minérales de Saint-Laurent (Ardèche) (commission des eaux minérales).

CORRESPONDANCE NON OFFICIELLE

La correspondance non officielle comprend :

1° Une lettre de M. le docteur Michel Peter, qui se porte candidat dans la place vacante de pathologie médicale;

2° Une lettre de M. le docteur Dujardin-Beaumetz, accompagnant l'envoi d'un pli cacheté, dont le dépôt est accepté;

3° Une lettre de M. le docteur Maurin, président de la Société protectrice de l'enfance de Marseille, accompagnant l'envoi d'un contre-projet élaboré par cette Société à l'occasion de la proposition de loi pour la protection des enfants du premier âge, présentée à l'Assemblée nationale par M. Théophile Roussel ;

4° Une lettre du secrétaire de l'Université royale de Christiana, accompagnant l'envoi de diverses publications faites par les membres de cette Société savante.

M. Amédée Latour présente, de la part de M. le docteur Marquez (de Bedfort), un *Exposé d'expériences relatives à la transmissibilité du virus farcino-morveux par inoculation.*

M. le Président donne lecture d'une lettre de M. le docteur Closmadeuc (de Vannes), annonçant qu'il vient de pratiquer une opération césarienne couronnée d'un plein succès. La plaie a été complétement cicatrisée le dixième jour. C'est la seconde opération césarienne que pratique M. Closmadeuc.

M. le président annonce que la séance solennelle aura lieu le mardi 24 courant.

COMMUNICATION

M. Collin lit une note en réponse à la lettre de M. Chauveau (de Lyon), relative à la transmissibilité de la tuberculose par les voies digestives. M. Collin conteste formellement les assertions de M. Chauveau, maintient ses propres affirmations et propose de répéter ses expériences devant une commission de l'Académie.

M. Bouillaud demande que cette question soit portée à l'ordre du jour à la suite de la discussion sur le typhus.

ÉLECTIONS

L'Académie procède par la voie du scrutin à l'élection d'un membre titulaire dans la section d'accouchement.

La commission présente :

En 1re ligne, M. Hervieux ;
En 2e ligne, M. Guéniot ;
En 3e ligne, M. Joulin ;
En 4e ligne, M. Mattéi.

Le nombre des votants étant de 68, dont la majorité 35,

M. Hervieux obtient	51	suffrages.
M. Joulin	9	—
M. Guéniot	3	—
M. Mattéi	3	—

En conséquence, M. Hervieux est proclamé membre de l'Académie.

Discussion sur le typhus.

M. FAUVEL résume son discours dans les propositions suivantes :

Le typhus exanthématique, autrement dit typhus des camps, des prisons, des hôpitaux, le typhus de famine, le *typhus fever* des Anglais, n'est point une maladie propre à certains pays, à certaines races. C'est une maladie cosmopolite qui peut naître spontanément partout où une agglomération humaine est soumise à des causes prolongées d'épuisement et à l'infection qui résulte de l'encombrement des malades. Aussi les épidémies de typhus sont-elles d'ordinaire la suite des grandes calamités, de la guerre, des famines, où ces conditions se produisent souvent. C'est par les mêmes raisons que le typhus exanthématique est observé parfois dans les bagnes, dans les prisons, partout enfin où des individus agglomérés sont soumis à une mauvaise hygiène.

Quand le typhus prend naissance dans de telles conditions, son explosion est précédée et le cours de l'épidémie est accompagné d'états morbides qui traduisent l'état morbide de la masse agglomérée et sont en rapport avec les circonstances particulières au milieu desquelles s'est développée la maladie.

Le typhus une fois engendré, forme des foyers où il se montre par le concours des mêmes circonstances, et où, de plus, il se propage par contagion aux individus malades et sains qui y séjournent. C'est surtout chez les individus atteints au milieu de la santé que le typhus exanthématique se présente avec ses caractères pathognomoniques.

Le typhus peut s'étendre en dehors de ses foyers d'origine par la migration d'individus infectés, ou dont les vêtements, les effets sont imprégnés du germe de la maladie, mais sa propagation par importation au mileu de populations saines ne donne ordinairement lieu qu'à des cas isolés ou à des épidémies circonscrites qui s'éteignent promptement sans se répandre au loin. Dans les épidémies qui sont la suite d'une importation, c'est-à-dire de la contagion seule, le typhus se présente exempt des complications qui l'accompagnent dans les foyers originaires.

Le typhus est donc, à peu près dans tous les pays, une maladie accidentelle, née de circonstances accidentelles, et si, dans certaines contrées du nord de l'Europe, il règne en permanence, c'est que, dans ces contrées, se trouvent en permanence les conditions qui le font naître et l'entretiennent.

Cette étiologie du typhus exanthématique, résumée dans ses principaux traits, n'est autre, on le voit, que celle généralement admise et que M. Bouchardat a si bien caractérisée en disant que la genèse du typhus était la résultante de deux facteurs : la famine ou ses équivalents et l'encombrement. Oui, ce sont bien là les deux facteurs essentiels du typhus mis en évidence par les faits, et l'on peut affirmer que ces deux causes sont de celles qu'une administration vigilante, mettant à profit les données de la science, peut sûrement prévenir.

Quant à la doctrine pathogénique du typhus exanthématique, ajoute M. Fauvel, je m'en tiens aux développements que j'ai donnés à ce sujet. Je me borne à rappeler qu'à mon sens le typhus ne naît pas directement de l'infection septique commune, qui environne les malades agglomérés, mais d'un germe élaboré au sein d'un organisme infecté à une certaine puissance, dans les conditions de misère et d'encombrement qui ont été dites. En d'autres termes, le typhus exanthématique n'est point un simple empoisonnement par émanation septique, mais une maladie spécifique provoquée par un principe virulent né dans un organisme humain et susceptible de se transmettre par générations successives ; distinction très-importante, puisqu'elle marque la limite qui sépare les états typhiques ordinaires non contagieux du typhus proprement dit, qui se transmet par contage.

J'ajoute que le typhus exanthématique nous fournit l'exemple d'un principe virulent prenant naissance spontanément dans l'organisme humain soumis à des conditions déterminées, fait qui trouve son analogue chez certains animaux dans les expériences de M. Davaine, fait qui est aussi d'accord avec la doctrine de la spontanéité, professée par M. Chauffard.

LECTURE

Sur la rage canine.

M. LEBLOND, candidat pour la section de médecine vétérinaire, donne lecture d'un travail intitulé : *Documents pour servir à l'histoire de la rage.*

L'auteur établit dans ce mémoire qu'à Paris il existe la proportion suivante entre les animaux mâles ou femelles de l'espèce canine, à savoir : une femelle pour deux mâles un tiers, tandis que la rage est quatre fois et demie plus fréquente chez le chien que chez la chienne. De 1863 à 1872, sur 4131 animaux de l'espèce canine, comprenant 2856 chiens et 1275 chiennes, il a observé 188 cas de rage, dont 149 sur des mâles et 39 sur des femelles.

Partisan de la spontanéité, il donne à l'appui de son opinion 11 observations de rage spontanée. Sur les 177 cas restants, il cite 8 autres faits, où la probabilité existe en faveur de la spontanéité et 169 où la contagion n'est pas douteuse. Il fournit la statistique des 188 observations d'après la durée de l'incubation et de la maladie, l'espèce de rage furieuse ou mue, l'âge et la race de l'animal. Il établit les caractères de la rage semi-furieuse et les différences qui existent entre cette variété et les deux autres.

Dans la seconde partie, il indique les mois où la rage est apparue, et prouve que la température n'influe pas sur son développement, puisque c'est au printemps et à l'automne que les cas sont les plus nombreux.

Il donne ensuite la statistique des cas de rage observés chez l'homme à la suite des morsures faites par les chiens objets de son examen : sur 37 personnes mordues, il n'a eu connaissance que de 6 cas de contagion suivis tous de mort.

A la fin de son travail, il donne, année par année, de 1864 à 1872, le nombre des cas de rage comparé avec le chiffre des malades entrés à son hôpital et en fait remarquer la proportion croissante, qui prouve le peu d'efficacité des mesures sanitaires.

Il propose d'appliquer le règlement suivant :

1° Imposer le chien d'une somme double de la chienne ;

2° Forcer tout propriétaire de chien à mettre au cou de son animal un collier portant le nom et l'adresse de son maître avec le numéro d'inscription à la mairie. Tout chien dépourvu de collier devra être conduit en fourrière et abattu sous quarante-huit heures. S'il est réclamé avant ce délai, contravention sera dressée contre le propriétaire.

3° Contraindre tout maître d'un chien enragé à faire sa déclaration (arrêt du 16 juillet 1784).

4° Abattre tout chien enragé ou ayant été mordu par un chien atteint de la rage.

5° Séquestrer dans les hôpitaux désignés par le préfet tout chien soupçonné mordu par un chien suspect, pendant un espace de temps ne pouvant être moindre de quatre-vingt-dix jours.

6° Rendre responsable des accidents futurs tout propriétaire qui

aura retiré son chien avant cette époque, et tout vétérinaire qui l'aura rendu.

L'auteur émet le vœu qu'on continue à répandre dans le public la connaissance des symptômes de la rage et l'indication des premiers soins à donner aux personnes mordues. En appliquant ces mesures, la rage doit diminuer rapidement.

A quatre heures trois quarts, l'Académie se forme en comité secret pour prendre une décision sur le prix Civrieux.

VARIÉTÉS

La longévité humaine ou l'art de conserver la santé et de prolonger la vie (1), par M. le Dr Foissac.

Tel est le titre du livre que M. le docteur Foissac a offert à la Société, dans la séance du 17 janvier dernier.

Vous m'avez chargé, messieurs, de vous en rendre compte et d'en faire l'analyse. C'est ce devoir que je vais remplir aujourd'hui.

Vous l'avouerai-je, messieurs, ce titre m'avait effrayé, et, si je n'avais connu de longue date la science et l'érudition variée et profonde de notre confrère, sa parfaite honorabilité, j'eusse reculé devant cette tâche qui, pour moi, n'avait aucun attrait.

En effet, presque tous les auteurs qui, avant M. Foissac, avaient traité de l'art de conserver la santé et de prolonger la vie, n'étaient que des hommes étrangers à l'art de guérir et aux sciences naturelles, imbus des préjugés les plus bizarres et des croyances les plus ridicules. Un seul, cependant, Flourens, fit sur ce même sujet un livre qui eut une vogue assez grande, mais surtout parmi les gens du monde, vogue qui s'explique facilement. Il promettait à l'homme une longue existence, et il était secrétaire perpétuel de l'Académie des sciences.

Notre collègue procède autrement dans son ouvrage; il étudie successivement toutes les causes qui peuvent avoir une influence sur la vie humaine. Ainsi, dans le premier chapitre, il parle *des lois de la vie dans l'hérédité*; il montre par des exemples parfaitement choisis, soit dans l'espèce humaine, soit parmi les espèces animales, l'influence énorme des géniteurs.

« Les transmissions héréditaires chez l'homme, dit-il, offriront un double caractère : caractère absolu et nécessaire pour tout ce qui concerne la fixité de l'espèce; caractère relatif et contingent dans les formes individuelles et les modes accessoires de la vie. La ressemblance corporelle, la transmission de la longévité, la transmission des anomalies et des difformités sont appuyées par des faits tirés des auteurs anciens et de l'histoire contemporaine, et, en effet, pour tous les observateurs, il est assez fréquent de voir des vices de conformation transmis par un père ou une mère à ses enfants. J'ai moi-même vu, soit dans ma clientèle, soit à l'hôpital, quelques-unes de ces conformations vicieuses léguées par un père ou une mère à sa descendance. J'ai connu, en Bourgogne, un vieillard de quatre-vingt-trois ans, très-robuste, qui avait dans sa verte vieillesse conservé toutes ses facultés, et qui était sex-digitaire; sur neuf enfants qu'il avait eus de trois femmes, cinq de ces enfants avaient six doigts à chaque main.

Il en est de même de l'hérédité morbide proprement dite; alors c'est une disposition, ou plutôt une maladie en puissance qui n'attend qu'une occasion pour se développer.

Ce qu'il a fait pour l'hérédité corporelle et l'hérédité morbide, M. Foissac le fait aussi pour l'hérédité psychologique; et, pour traiter à fond cette question si intéressante et si grave, il étudia l'influence des mariages consanguins sur leur descendance. Il est loin de partager les craintes que l'on a cherché à répandre sur les unions consanguines. En effet, comment procèdent les éleveurs. Ils accouplent constamment les individus pourvus de qualités qu'on veut affermir et perpétuer dans les races, et l'expérience a prononcé; la parenté la plus proche paraît le moyen le plus efficace pour obtenir les perfectionnements désirés. L'histoire généalogique des chevaux de course prouve que les plus célèbres vainqueurs du turf sont issus d'unions consanguines.

M. Foissac cite dans l'espèce humaine l'exemple des Égyptiens, des Ptolémées, des Séleucides, de la famille régnante de Perse dans laquelle les frères épousent les sœurs depuis des siècles, et qui ont une progéniture superbe, et si les mariages consanguins sont entachés dans leurs descendants de vices de conformation, si quelquefois ils sont stériles, c'est que le choix des géniteurs était mauvais, et c'est alors que l'hérédité morbide sévit dans toute son intensité, puisqu'elle se multiplie par elle-même. Au reste, des mémoires de M. Bourgeois, de notre collègue Aug. Voisin, ont établi d'une manière péremptoire que les unions consanguines ne sont pas à redouter autant que beaucoup d'auteurs se sont plu à le dire, et que si les consanguins sont bien portants, tout porte à croire qu'il y aura d'abord descendance, et qu'ensuite cette descendance sera bien portante et indemne de toute malformation. Toute la question se résume donc dans une seule chose : le choix des géniteurs. Mais quel est le mobile des unions légitimes dans les sociétés modernes? On ne consulte ni le mérite, ni la santé, ni les inclinations. La question d'argent domine tout! Aussi de tous les contrats le mariage est-il le plus aveugle et le plus aléatoire.

Néanmoins, M. Foissac conseille d'éviter les unions consanguines, parce que souvent le choix est impossible, et qu'alors les dispositions morbides, les diathèses, s'accroissent et se multiplient. Au contraire, quand, dans une famille atteinte de quelque maladie organique on se retrempe à des sources pures, on peut éteindre rapidement les transmissions morbides et perfectionner la race; tandis que, faute de se soumettre à ces sages préceptes, les familles dégénèrent, se dégradent et finissent par s'éteindre.

Après cette étude des lois primordiales de la vie, M. Foissac, dans quatre chapitres, expose les principes d'hygiène propres à chaque âge. Dans son chapitre sur l'enfance, notre confrère signale, avec une grande sagacité, s'appuyant sur toutes les statistiques réputées bien faites, les causes qui moissonnent les générations à leur berceau, entre autres l'absence d'allaitement maternel, et par suite l'allaitement artificiel qui donne de si tristes résultats qu'à Paris il équivaut presque à une condamnation à mort; puis l'auteur s'étend avec un amour tout particulier sur les soins que l'on doit donner à la première enfance, sur les études, les exercices de l'esprit et du corps, gymnastique physique et intellectuelle; il en fait autant pour la puberté et l'adolescence, étapes qui nous conduisent à la virilité, qui est l'épanouissement complet de l'homme, son état parfait. C'est à cette période de la vie, à cet âge de maturité que le travail est fécond; c'est à cet âge que l'homme constitue une nouvelle famille, et produit des œuvres vraiment remarquables, frappées du sceau de la raison et de la science. Mais à quel âge commence et se termine la période virile de l'homme?

Pour notre confrère la virilité commence à trente ans et finit à soixante-dix ou quatre-vingts ans; et si, dans la première virilité, nous rencontrons le génie des arts, c'est dans la seconde, c'est-à-dire de quarante-cinq à quatre-vingts, qu'on trouve les grands citoyens qui peuvent diriger les affaires publiques, les grands savants qui font des découvertes immortelles, les historiens célèbres, les grands orateurs.

Puis, notre confrère arrive à la vieillesse, dont il fait un portrait si séduisant qu'on aurait presque l'envie de vieillir. Aux hommes dans la période virile et aux vieillards, il donne d'excellents conseils; il leur démontre, par les exemples tirés de l'histoire ancienne et contemporaine, qu'à de très-rares exceptions près, ce sont les gens sobres, ennemis du luxe, mangeant peu de viande, buvant peu de vin, qui parviennent à une extrême vieillesse, exempte de maladies et d'infirmités.

Ce chapitre est un véritable manuel de santé pour l'âge mûr et la vieillesse, et mérite d'être médité attentivement.

Après avoir montré les services que peut rendre une statistique

(1) Cette note a été lue à la Société de médecine de Paris, dans sa séance du 12 avril 1873.

bien faite, et ce qu'on entend par statistique, M. Foissac aborde un des problèmes les plus importants de la physiologie humaine : Quelle est la durée naturelle de la vie ?

Avant de répondre, il examine les diverses causes qui rapprochent ou éloignent le terme de notre existence. La première considération qui frappe le médecin philosophe, c'est l'inégalité avec laquelle la léthalité frappe le riche et le pauvre. D'après le calcul de Deparcieux, les chances de mort sont doubles pour le pauvre que pour le riche ; mais l'oisiveté, la grande chère, la richesse qui permet de satisfaire tous les désirs, d'assouvir toutes les passions, sont des causes de mortalité. Ce serait donc dans la classe moyenne que serait la longévité la plus grande — *in medio stat virtus* — et tout homme peut prétendre à cette *aurea modiocritas* par le travail, qui donne l'aisance, assainit l'esprit, développe l'intelligence, par la bonne conduite, qui en est la conséquence, et le mariage, qui est à la fois conseillé par la nature et par la société. C'est parmi les théologiens et les savants que l'on rencontre les plus nombreux exemples de longévité. En d'autres termes, des études intéressantes, une vie régulière et pure, la modération des passions, la pratique du bien, ont pour résultat de prolonger notre existence, et ceci a eu lieu aussi bien dans l'antiquité que de nos jours.

Mais enfin quel est le terme de notre existence ? M. Foissac assigne de quatre-vingt-dix à cent ans le terme de la vie humaine, et il s'appuie sur l'histoire naturelle et la physiologie. D'après Buffon et Flourens, la durée de l'existence est en rapport direct avec la croissance, comme 5 ou 6 : 1 ; et fixant à vingt ans la limite de l'accroissement, ils pensent que l'homme devrait vivre de cent à cent vingt ans. M. Foissac, se basant sur l'anatomie, estime plutôt que le temps de la croissance ne s'arrête qu'à la trentième année, et que l'homme a trois fois à vivre la durée de la croissance, par conséquent de quatre-vingt-dix à cent ans. M. Foissac a colligé un grand nombre de biographies de vieillards qui ont vécu plus de cent vingt ans, et, tous les ans, quarante-cinq ou cinquante de ces centenaires meurent en France.

Après cette histoire des centenaires, il traite, dans le chapitre suivant, des moyens que l'on a tentés depuis les temps les plus reculés jusqu'à nos jours pour prolonger la vie près de s'éteindre, et il fait l'histoire de la transfusion et ensuite de la médecine et des médecins.

Puisqu'il parle des moyens de prolonger la vie et de conserver la santé, et en même temps des dangers qui pourraient la détruire et qu'il faut éviter, il devait nécessairement parler des médecins et des médicaments. « Si vous voulez vous bien porter, disait Frédéric Hoffmann, fuyez les médecins et les médicaments. » Et de fait, le conseil est excellent, si on lit les prescriptions de Guy Patin, de Chirac et consorts.

Permettez-moi de citer quelques paroles de notre confrère, qui vous montreront son jugement et sa prudence.

« On ne peut, dit-il, que frémir en effet de l'abus que les ignorants et les hommes systématiques ont fait des plus héroïques remèdes appliqués sans discernement, quand l'emploi devrait en être si limité et dirigé avec une science si profonde et un tact si exquis. Toute maladie est un problème compliqué qui se résout par la vie ou la mort entre le patient, la nature et le médecin. Doit-on l'abandonner au hasard ? Le bon sens a prononcé ; néanmoins, quand on est témoin de tous les systèmes contradictoires dont quelques hommes supérieurs n'ont pas su eux-mêmes se défendre, on doute si les mauvais médecins n'ont pas fait plus de mal que les bons n'ont fait de bien, et si le régime et l'expectation n'auraient pas guéri un plus grand nombre de malades. »

Vous voyez par cette citation que notre confrère possède un jugement sévère, ennemi de toutes les doctrines exclusives, de tous les systèmes, et il a bien raison. Mieux vaut pas de médecin qu'un médecin systématique ; il n'y a pas de plus grand danger, et M. Foissac est de cet avis, et, par des exemples contemporains qui ont eu une issue funeste, il démontre que l'esprit de système est tout ce qu'il y a de plus dangereux en médecine. Dans d'autres sciences, l'enjeu a moins de prix, la perte est réparable ; mais ici le problème est grave ; il s'agit *de pelle humanâ*. Il passe en revue tous les systèmes : la saignée, la sudation, le syrmaïsme, etc., et finit par conclure en citant le passage de Galien dans son *Traité de l'art médical* : « Pour entretenir la santé, il faut traiter les semblables par les semblables ; pour guérir la maladie, il faut traiter les contraires par les contraires... Du reste, dans le traitement des maladies, le médecin doit se borner à aider la nature, car souvent c'est la nature qui guérit. » N'oublions pas la devise : *Naturæ medicus minister et interpres*.

Notre confrère aussi s'élève contre l'ivrognerie et l'alcoolisme, l'abus du tabac, et, pour traiter ce sujet, il a mis à contribution tous les travaux les plus récents, et, enfin, il termine son volume par un chapitre sur le régime qui doit être mis en pratique par tout homme qui veut vivre sainement et sobrement pour passer une vieillesse exempte d'infirmités et de maladies, de sorte que la mort ne soit pas pour lui la fin de l'agonie, mais la cessation de l'exercice de ses fonctions.

Dans tout ce livre, écrit dans un style net et pur, qui donne tant de prix aux œuvres de la science, notre confrère y a répandu comme un doux parfum de morale. On voit que l'homme qui a écrit ce livre a mis à exécution tous les conseils qu'il donne, toujours suivi des préceptes qu'il enseigne et souvent donné les exemples qu'il admire chez les autres.

M. Foissac n'a pas écrit seulement ce volume, il est l'auteur de nombreux ouvrages, et, parmi ces derniers, il en est un justement estimé et apprécié de tous les savants, qui montre combien notre confrère est versé dans les sciences d'observation ; il a pour titre : *De la météorologie dans ses rapports avec la science de l'homme et principalement avec la médecine et l'hygiène publique.*

De plus, il a fait entièrement, dans le 2e volume du *Traité de physiologie* de Longet, le chapitre des FACULTÉS INTELLECTUELLES ; et le célèbre physiologiste avait une estime si grande pour notre confrère et une confiance si absolue dans la loyauté de son caractère, qu'il l'a nommé par testament le tuteur de sa fille.

L'ouvrage dont je viens de vous faire une analyse trop rapide sera consulté avec fruit par tous ceux qui aiment une grande élégance de style mise au service de la science ; c'est un guide sûr pour l'éducation de l'enfance et de l'adolescence, et un traité d'hygiène physique et morale pour l'âge viril et la vieillesse.

M. Foissac a été reçu docteur en médecine en 1823. Depuis cette époque, il exerce notre art avec une grande distinction et une parfaite honorabilité. Aussi, m'appuyant sur l'article 9 de notre règlement, article qui est ainsi conçu : « La Société se réserve le droit de décerner le titre de membre honoraire à toute personne ayant rendu de grands services à la science ou à la Société », pour donner une marque de haute estime à notre confrère, je propose à la Société de le nommer membre honoraire. En décernant ce titre à M. Foissac, la Société s'honorera elle-même, et récompensera en même temps une vie entière passée dans l'étude et dans l'accomplissement complet de tous les devoirs (1).

Dr A. CHARRIER.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Nous avons le profond regret d'apprendre la mort de M. le docteur Clermont (de Lyon). Ce très-honorable confrère, après une pratique prolongée d'accoucheur à Lyon, avait consacré ses dernières années à l'exercice près les eaux minérales de Vals. C'est à cet exercice que nous devons le traité *ex professo* publié, il y a quelques années, sur ces eaux par M. Clermont et son excellent ami et condisciple M. Jourdan, doyen de la Faculté des sciences de Lyon, qui l'a précédé de si peu de mois dans la tombe. La mort de M. Clermont (de Lyon) sera vivement ressentie par tous ceux

(1) M. Foissac a été nommé membre honoraire de la Société de médecine de Paris à l'unanimité des membres présents.

qui avaient su apprécier l'originalité de son esprit et son talent de praticien.

— La Société de médecine de Paris tiendra sa prochaine séance le samedi 14 juin 1873, 3, rue de l'Abbaye, à trois heures et demie très-précises.

Ordre du jour : 1° Lecture du procès-verbal de la précédente séance;

2° Observation de polype naso-pharyngien, par M. de Saint-Germain;

3° Rapport sur la candidature de M. le docteur Bouyer (d'Amélie-les-Bains) au titre de membre correspondant, par M. le docteur Charrier;

4° Rapport de M. Lolliot sur la candidature de M. le docteur Chéron au titre de membre titulaire;

5° Vote sur la candidature de M. Polaillon.

Clinique chirurgicale de l'hôpital de la Charité, par L. Gosselin, professeur de clinique chirurgicale à la Faculté de médecine. Paris, 1873. 2 vol. in-8° avec figures intercalées dans le texte. Prix : 24 francs. — J.-B. Baillière et fils.

Le Directeur : Dr E. Le Sourd.

Paris. — Typographie A. Pougin, quai Voltaire, 13.

N° 68. — SAMEDI 14 JUIN 1873. 46e ANNEE. SAMEDI 14 JUIN 1873. — N° 68.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Bureaux : 57, rue des Saints-Pères, 57
PRÈS L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix d'abonnement doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

On s'abonne hors de Paris dans les bureaux des Messageries et chez les Libraires
Les lettres non affranchies sont refusées.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui n'en peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS	
Trois mois. .	8 fr. 50 c.
Six mois. . .	16 —
Un an. . . .	30 —

POUR L'ÉTRANGER le port en sus suivant les derniers tarifs des Postes.

REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE

Expectoration albumineuse d'une abondance extrême survenant par accès en dehors de toute pleurésie.

Une fois l'attention appelée sur ce sujet, les observations se multiplient rapidement, comme il est arrivé, du reste, pour le cas d'expectoration albumineuse consécutive à la thoracentèse.

A l'occasion de notre dernière revue clinique, M. le docteur Jalabert (de Carcassonne), nous écrit avoir observé un fait absolument comparable au nôtre.

Voici un extrait de la lettre de notre confrère :

« Il y a cinq ou six ans avait lieu dans notre ville un concours régional. Un Père de l'ordre de saint Pierre-aux-liens, de Marseille, s'y était rendu comme membre du jury. Une nuit, je fus appelé auprès de lui en toute hâte et le trouvai dans l'état suivant : assis sur son séant dans son lit, la face vultueuse, il était en proie à une oppression extrême, et rendait presque continuellement par expuition des gorgées d'un liquide glaireux, aéré, spumeux et coloré en rose par le mélange intime d'une petite quantité de sang.

« Au moment de mon arrivée, une grande cuvette de toilette en était déjà remplie. Le thorax, péniblement soulevé à chaque inspiration, avait peu perdu de sa sonorité normale, mais on entendait dans toute la poitrine du râle sous-crépitant à grosses bulles. Mon diagnostic fut : Congestion pulmonaire avec hypersécrétion bronchique.

« Le malade, qui pouvait à peine parler, parvint cependant à me dire que cet accident n'était pas nouveau chez lui. Il y était sujet, selon son expression, et chaque fois il était soulagé et promptement guéri par une saignée. Il m'appelait pour que je voulusse bien pratiquer cette opération. Je lui déclarai que je le ferais s'il le voulait, mais que je croyais pouvoir le débarrasser tout autrement, et lui m'en ayant laissé libre, je lui prescrivis la potion suivante :

Ergotine.	5	grammes.
Sirop de belladone.	50	—
Eau de tilleul.	100	—

à prendre par grandes cuillerées de quart d'heure en quart d'heure jusqu'à cessation de l'oppression.

« L'effet ne se fit pas longtemps attendre, et le lendemain matin je trouvai mon malade respirant tout à son aise. Il se leva dans la journée et repartit le lendemain pour son couvent enchanté d'avoir appris qu'une saignée n'était pas absolument nécessaire en pareil cas.

« Voilà donc un malade qui n'avait certainement pas de pleurésie, puisque, outre l'absence de tout signe, il était, la veille, parfaitement bien portant. De plus, il était, pour ainsi dire, coutumier du fait, et chaque fois, cet accident le surprenait au milieu d'une santé parfaite et disparaissait promptement sans rien laisser après lui. »

Le fait de M. Jalabert s'est donc terminé favorablement comme le mien. Cette terminaison favorable est aussi la règle lorsqu'il s'agit d'expectoration albumineuse survenant à la suite de la thoracentèse.

Mais des deux parts, il n'y faut pas compter d'une manière absolue.

En effet, parallèlement aux cas de mort que M. Tierillon a rapportés dans sa thèse, on pourrait placer celui d'un homme atteint d'angine de poitrine et qui est mort subitement, sous les yeux de son médecin, dans le cabinet d'un spécialiste célèbre où il avait été conduit, comme plusieurs fois déjà, pour être électrisé. Une sécrétion bronchique séro-albumineuse s'était produite, d'une façon inattendue, sans cause connue, avant l'application de l'électricité, et malgré cette application faite au dernier moment sur les pneumo-gastriques, le malade avait succombé en quelques minutes, étouffé.

Le jeune docteur de Paris qui le soignait et qui m'en a parlé, rendrait un service à la science en publiant cette observation avec détails.

Éclampsie pendant le travail d'accouchement. Forceps. — Bromure de potassium.

La seconde revue clinique de samedi dernier a fourni également à M. Jalabert l'occasion de nous communiquer, dans la même lettre, un autre fait intéressant suivi de réflexions judicieuses.

« L'année dernière, dit-il, je fus appelé dans un village voisin de notre ville, auprès d'une primipare en travail depuis le matin, et chez laquelle, à une heure de l'après-midi, il était survenu une attaque d'éclampsie, dont les accès se répétaient depuis, de quart d'heure en quart d'heure, sans que la femme reprît connaissance dans leur intervalle.

« Un autre médecin, appelé dans la soirée, avait pratiqué une large saignée, qui n'avait été suivie d'aucun résultat appréciable. C'est alors que je fus appelé, et, en attendant, on administra, toujours sans résultat, des inhalations d'éther.

« Arrivé à neuf heures du soir, je trouvai la femme plongée dans un coma profond, bientôt interrompu par un violent accès convulsif. La tête était dans l'excavation et en première position. J'appliquai le forceps et amenai un enfant qui ne put être ranimé. La délivrance se faisant attendre, et craignant quelque spasme utérin qui eût pu la rendre difficile, je portai la main jusqu'au fond de l'organe et décollai le placenta. Celui-ci extrait, l'utérus revint sur lui-même, et il n'y eut pas d'hémorrhagie notable. Le tout était terminé avant dix heures.

« A partir de ce moment, la femme resta dans le coma, mais sans accès jusqu'à onze heures, où un nouvel accès survint, suivi d'une heure de calme et d'un second accès à minuit. C'est alors que je commençai à administrer la potion suivante :

Bromure de potassium.	15 grammes.
Julep.	200 —

« Une cuillerée à bouche de quart d'heure en quart d'heure.

« Les accès ne reparurent plus. La femme resta plongée dans le coma jusqu'à cinq heures du matin, où elle donna quelques signes d'intelligence. La potion, dont les prises avaient été successivement éloignées, était alors absorbée aux deux tiers. La malade avait pris 10 grammes de bromure ; le reste fut pris dans la journée.

« Ayant constaté de la tuméfaction et de l'endolorissement du ventre à la palpation, il me parut que ces accidents tenaient à la réplétion de la vessie, et la malade étant hors d'état d'uriner volontairement, je pratiquai le cathétérisme. Je retirai une grande quantité d'urine, foncée en couleur, mais claire. Le ventre s'assouplit et toute douleur disparut à la pression.

« Je quittai alors la malade, qui continua à recevoir les soins de mon confrère, et de qui j'ai appris que tout s'était passé tout simplement depuis. La malade avait repris toute sa connaissance dans la matinée, et aucun accident notable n'avait traversé les relevailles qui s'étaient opérées dans le délai ordinaire.

« Le bromure de potassium est-il pour quelque chose dans cet heureux résultat ? Il ne faut pas oublier que les faits d'éclampsie pendant le travail se divisent en trois catégories, entre lesquelles ils se répartissent à peu près également, une fois la délivrance faite. Dans une première catégorie, les accès ne sont modifiés en rien après l'accouchement, et les malades succombent ; dans une seconde, les accès continuent, mais moins intenses et plus rares, et la guérison survient ; dans une troisième, enfin, les accès ne reparaissent plus. Le bromure de potassium a-t-il la puissance de rendre plus fréquents les cas des deux dernières catégories ? Voilà la question à laquelle seule la statistique peut répondre ; et, comme la statistique vit de faits, je crois devoir faire connaître celui-ci. »

En effet, jusqu'ici les antispasmodiques ont été rarement employés contre l'éclampsie des femmes en couches. C'est à peine si sur trois cent cinquante et une observations d'éclampsie puerpérales rassemblées par M. Charpentier dans sa thèse d'agrégation (1), on en peut trouver trois ou quatre dans lesquelles on ait fait usage soit du bromure de potassium, soit du castoréum, et encore ces remèdes ont-ils été la plupart du temps associés, soit à la saignée, soit à d'autres médications.

Si donc les accès éclamptiques des femmes en couches formaient un groupe d'accidents sans analogue, on devrait d'autant moins se hâter de conclure à l'efficacité des antispasmodiques que le nombre des faits positifs devrait être considérable pour annuler ici toutes les causes d'erreur.

Mais l'éclampsie qui survient pendant le travail est comparable à d'autres qui se produisent en dehors de toute grossesse. Ce sont des phénomènes semblables, dus aux mêmes actions réflexes, surexcitées, il est vrai, sous des influences diverses, mais qui, une fois mises en branle, peuvent conduire à la mort par le même mécanisme, et pour ainsi dire avec une certaine indépendance relative.

Ce qu'on a nommé l'état de mal ne présente guère de différence chez les nouvelles accouchées, chez les urémiques, chez les saturnins, chez les syphilitiques où les accès sont dus à une gomme ; et j'ai montré précédemment, par un exemple remarquable (*Gazette des Hopitaux*, 1871, n° 54) que, même chez ces derniers, il n'est pas impossible par l'administration d'un antispasmodique (teinture d'ambre à haute dose), d'arrêter ces accès terribles, si habituellement terminés par la mort, du moins à ce que montre la lecture des observations publiées d'éclampsie due à la syphilis.

Le symptôme *convulsions* et le sympôme *délire furieux* peuvent être avantageusement combattus d'abord en eux-mêmes, sauf à s'adresser ensuite à leur cause pour en empêcher le retour.

Parfois du reste, cette cause n'est point facile à déterminer, par exemple dans le cas suivant.

PROMENADE DANS LES HOPITAUX

Accidents saturnins antérieurs, syphilis, traitement mercuriel, albuminurie, éclampsie, mort.

Dans le service de clinique de notre savant ami, M. Bouchard, à la Charité, se trouvait dernièrement un homme dont l'histoire est assez complexe.

Chaudronnier de son état, âgé de 37 ans, il avait éprouvé, au moins à trois reprises, des accidents saturnins assez graves. La dernière fois qu'il était entré à l'hôpital pour cette cause, c'était environ un an avant les accidents ultimes dont nous avons à parler.

Dans l'intervalle, il avait contracté la syphilis, mais il n'est pas possible de savoir au juste à quel moment, car, lorsqu'il entra dans le service, pour s'y faire traiter d'une éruption syphilitique, il déclara n'avoir jamais eu d'accident primitif, bien qu'on trouvât encore dans la rainure du prépuce les traces d'un chancre assez récent.

Comme l'éruption cutanée, de forme papulo-squammeuse, était très-étendue, et comme le diagnostic ne pouvait présenter le moindre doute, M. Bouchard ordonna de traiter cet homme par les frictions mercurielles.

Afin d'éviter tout accident y compris la salivation, il prescrivit d'employer seulement l'onguent napolitain simple appliqué à la dose de 4 grammes par jour, et de faire prendre chaque jour à ce malade une potion contenant 8 grammes de chlorate de potasse.

Ainsi les précautions les plus minutieuses avaient été prises. On sait que le chlorate de potasse favorise très-puissamment l'élimination du mercure, et j'ai eu l'occasion de dire dans une

---

(1) *De l'influence des divers traitements sur les accès éclamptiques*, thèse présentée au concours pour l'agrégation en chirurgie (section d'accouchement), Paris, 1872, Adrien Delahaye.

précédente revue clinique qu'en lui associant l'azotate de potasse afin d'accélérer aussi l'élimination du métal par les urines, j'avais pu continuer pendant des mois entiers, une semaine sur deux, l'administration de pilules de Sédillot chez des syphilitiques sans produire la moindre trace de salivation.

Le peu de mercure que les frictions sur la surface cutanée avec 4 grammes d'onguent napolitain simple pouvait introduire dans l'économie, devait donc être éliminé à peu près au fur et à mesure sous l'influence du chlorate de potasse.

On s'était assuré d'ailleurs qu'il n'existait pas à cette époque d'albumine dans les urines; rien ne faisait soupçonner une lésion rénale.

Malheureusement le chlorate de potasse ne fut pas pris. Chaque matin, l'infirmier jetait la potion de la veille; et il négligeait d'en informer le chef de service.

Aussi M. Bouchard fut-il tout étonné lorsque le septième jour, et alors que déjà l'éruption cutanée tendait à disparaître, il trouva ce malade atteint d'une gingivite intense avec gonflement de la langue.

On cessa aussitôt les frictions mercurielles, et on essaya de faire prendre cette fois plus exactement les potions contenant le chlorate de potasse, mais ce fut en vain. Un seul jour, à force d'instances, on obtint que le malade obéît sur ce point, et ce jour-là un peu de mieux s'était produit dans l'état des gencives. Mais en même temps que la gingivite avaient apparu d'autres phénomènes, dont les plus saillants furent une diminution notable, puis considérable, des urines, un gonflement de la face avec pâleur croissante. Les urines, analysées, furent trouvées albumineuses; bien que toujours acides, elles ne fournissaient plus dans les vingt-quatre heures que 0gr,50 d'urée. Quant aux matières extractives, elles étaient diminuées d'une manière absolue, grâce à la rareté des urines; mais proportionnellement, elles s'y trouvaient en quantité relative au moins égale, car la densité était plutôt un peu supérieure à la normale.

L'état général changea peu durant les dix jours qui suivirent, sauf que la faiblesse augmentait.

Puis, tout à coup, dans la nuit, survint une série d'attaques absolument semblables aux attaques épileptiques, à ce qu'a rapporté la sœur, attaques à la suite desquelles le coma persista jusqu'à la mort, qui ne tarda point.

Quelle aurait pu être la cause de cette éclampsie ?

L'éclampsie n'est pas rare chez ceux qui sont intoxiqués par le plomb. C'est même une des formes communes de l'encéphalopathie saturnine. Or cet homme avait été pris à diverses reprises d'accidents saturnins. Après en avoir été guéri, il s'était remis à son métier de chaudronnier, et de nouveau il avait pu absorber du plomb.

Pourtant l'encéphalopathie à forme éclamptique promptement mortelle ne survient guère d'emblée chez un homme qui ne présente pas d'autre accident plombique et qui, par suite de maladie toute différente, n'exerce plus la profession intoxicante depuis quelque temps.

L'éclampsie est aussi fréquente chez les urémiques : c'est par là qu'ils meurent souvent. Cet homme étant albuminurique, rendant très-peu de matières extractives, et encore moins d'urée, on aurait pu songer à une éclampsie dont l'origine aurait été une lésion profonde de l'appareil rénal.

Mais tous les signes d'une affection rénale capable de produire l'éclampsie à la longue étaient de date assez récente. Ils n'avaient été remarqués que postérieurement à la gingivite mercurielle. Aussi les probabilités avant l'autopsie n'étaient-elles pas grandes en faveur de cette hypothèse ; et nous verrons que l'autopsie ne les a pas beaucoup augmentées.

On pouvait songer à une éclampsie syphilitique. Dans la syphilis, une gomme intracranienne ou une autre lésion du même genre peut exister longtemps à peu près inaperçue, et se révéler un beau jour, où les centres nerveux se trouvent moins tolérants, par les attaques épileptiformes répétées coup sur coup et le coma final de l'éclampsie. J'en ai rapporté précédemment un bel exemple, celui de ce jeune homme que j'ai traité d'abord par la teinture d'ambre, parce que l'action de ce remède est beaucoup plus prompte que celle du bromure de potassium, puis par le bromure de potassium et la médication antisyphilitique

Mais il n'était pas très-probable que ces redoutables conséquences de la syphilis auraient apparu juste au moment où le mercure semblait amener à guérison les manifestations cutanées secondaires de la vérole. D'ailleurs, les gommes sont de la période tertiaire; il est bien rare qu'elles apparaissent quand on n'en est encore qu'aux premières éruptions papulo-squameuses.

Restait une dernière question, que M. Bouchard, dans la délicatesse exquise de sa conscience de médecin et de savant, s'était posée avec douleur. L'action du mercure ne pouvait-elle pas être pour quelque chose dans la mort de cet homme? Plusieurs observateurs, dans le siècle dernier, ont cité des exemples de convulsions produites par le mercure et au milieu desquelles le malade est mort. On peut notamment consulter le mémoire de Pibrac (*Mém. de l'Acad. de chir.*, t. IV), la *Toxicologie* de Plenek, article MERCURE SUBLIMÉ, etc. Parmi les principales accusations que les ennemis du mercure portaient contre ce médicament au commencement de ce siècle et que Cullerier examina dans le *Grand Dictionnaire des sciences médicales*, figure celle de pouvoir causer l'épilepsie. Enfin, chacun sait que dans les empoisonnements aigus par le mercure, le délire furieux, si proche, comme phénomène, de la convulsion musculaire, a été souvent signalé. C'est au milieu d'un délire furieux avec oppression, etc., que M. Cornil vit mourir en moins de quarante-huit heures, à l'hôpital Saint-Louis, deux pauvres femmes dont on avait cautérisé de vastes lupus de la face avec du nitrate acide de mercure. Bien entendu, elles présentèrent aussi de la gingivite, de la glossite, des ulcérations de l'arrière-bouche, etc., mais nous n'avons pas à parler ici de ces accidents locaux, si ce n'est pour dire que chez elles, comme chez le malade en question, il ne s'était pas produit d'éruption cutanée due au mercure.

Mais comment admettre que des frictions en si petit nombre, avec une pommade peu mercurielle et à faibles doses aient pu produire, dix jours après leur cessation, des résultats aussi désastreux.

N'était-il pas bien plus supposable que le mécanisme de production de l'éclampsie avait été complexe ?

Reste à savoir comment chacune de ces causes, peut-être isolément trop faible, avait pu ainsi s'associer.

C'est ce que nous comptons examiner dans une prochaine revue clinique, en faisant connaître les résultats de l'autopsie.

En attendant, nous invitons ceux de nos lecteurs qui habitent Paris, à venir entendre la leçon que M. Bouchard doit faire demain à neuf heures et demie sur ce malade.

On sait combien est remarquable le talent du jeune professeur.

Dr Victor Révillout.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 23 avril 1873. — Présidence de M. PERRIN, vice-président.

CORRESPONDANCE

La correspondance comprend :

La *Gazette des Hôpitaux* ; — l'*Union médicale* ; — la *Gazette hebdomadaire* ; — la *France médicale* ; — le *Mouvement médical* ; — la *Tribune médicale* ; — la *Gazette obstétricale* ; — le *Bordeaux médical* ; — le *Journal de médecine de l'Ouest* ; — *The Sanitarian*, n° 1, par A. N. Bell, *New York and Chicago* ; — *El anfiteatro-anatomico espanol*, n° 6, par le docteur Pedro Gonzalez de Velasco.

M. DUPLAY fait hommage à la Société du 1er fascicule du t. IV, du *Traité de pathologie externe* de Follin et Duplay.

M. Roux (de Brignolles) fils écrit à la Société pour lui demander d'être inscrit sur la liste des candidats au titre de membre correspondant. M. Roux envoie, à l'appui de sa candidature, des mémoires manuscrits intitulés : 1° *Sarcomes fasciculés* ; — 2° *Des avantages de l'amputation tibio-tarsienne à lambeau interne* ; — 3° *Considérations sur la trachéotomie*. (Commissaires, MM. Lefort, Paulet, Sée.)

M. LARREY offre à la Société, de la part de M. Charles B. Brigham, un mémoire imprimé en anglais *sur le diabète sucré*, et vingt thèses de chirurgie.

M. LE PRÉSIDENT annonce à la Société que MM. Bardinet (de Limoges), Hergott (de Nancy) et Houzé (de l'Aulnoy), assistent à la séance.

RAPPORT

Lipôme sous-lingual. — M. DESPRÉS fait un rapport sur une observation adressée à la Société par le docteur Worms, médecin de l'hôpital Rothschild.

Voici le fait résumé. Une malade âgée de quarante ans portait sous la langue, sur le côté du frein, une tumeur qui, depuis sept ans, avait acquis le volume approché d'un œuf. En 1873, la malade, après avoir vu deux médecins qui avaient diagnostiqué une grenouillette, fut observée par M. Worms, qui diagnostiqua également une grenouillette. Voici quels étaient les signes. La tumeur était située sous la langue ; elle était lisse, arrondie, presque transparente (je ne m'explique pas bien ce caractère), la fluctuation paraissait aussi manifeste qne possible, la tumeur se laissait déprimer. M. Worms fit une ponction et se préparait à faire une injection vineuse, mais il ne sortit rien de la tumeur, et M. Worms constata que cette lésion était un lipôme. Il fit une incision sur la partie saillante de la tumeur, et par cette incision, il fut facile d'énucléer le lipôme.

« L'incision et l'énucléation de la tumeur ont laissé une assez vaste poche vide qui était cicatrisée au bout de trois jours. » Telles sont les expressions de M. Worms.

Un détail relatif au diagnostic doit nous arrêter : la tumeur, dit M. Worms, était presque transparente ; je crois qu'il y a là une petite erreur d'interprétation, car, dans un cas semblable, M. Dolbeau a vu, par transparence, *une couleur jaune à la tumeur*. M. Dolbeau a constaté aussi que la tumeur avait une mollesse remarquable, ce qui correspond, sans aucun doute, au caractère indiqué en ces termes par M. Worms : la tumeur se laissait déprimer. Aussi, notre collègue, éloignant l'idée d'une grenouilllette, pensait-il à un kyste dermoïde. Dupuytren, qui a vu un lipôme sous-lingual énorme, avait aussi constaté la mollesse de la tumeur, et il avait pensé pour cela à un lipôme et avait fait une incision exploratrice.

A part les grenouillettes sanguines, les grenouillettes sont tendues et dures comme tous les kystes bien remplis ; elles offrent une translucidité, c'est-à-dire que l'on aperçoit sur les endroits amincis de la muqueuse une ombre qui n'est autre chose que le fond du kyste que l'on aperçoit par transparence. Aussi pensai-je que si l'idée d'un lipôme était venue à M. Worms, il eût fait immédiatement le diagnostic du moment où il trouvait de la mollesse à la tumeur là où la translucidité n'était pas évidente.

J'ai pensé qu'il ne serait pas sans profit de rappeler, à côté de l'observation de M. Worms, les trois faits antérieurs de lipôme du plancher de la bouche et deux faits de lipôme de la pointe de la langue qui sont connexes aux lipômes sous-linguaux. Voici les faits et les renseignements pour le *Bulletin*.

Dupuytren, *lipôme sous-lingual* (1) soupçonné ; — Marjolin, *lipôme sous-lingual* pris pour une grenouillette (2) ; — Dolbeau, *lipôme fibreux sous-lingual* soupçonné, tumeur dermoïde (3) ; — Follin, *lipôme de la pointe de la langue* diagnostiqué (4) ; — Bouisson, *lipôme sur le côté de la langue* (5).

M. DOLBEAU. Les lipômes que j'ai observés sur le plancher de la bouche ne m'ont offert aucune difficulté de diagnostic, car on voyait la graisse au-dessous de la muqueuse. Le procédé opératoire destiné à les extirper est d'une extrême simplicité. Il consiste dans une petite incision à la muqueuse et l'extirpation avec une pince. Le lipôme étant saisi, on le tord et on l'étire, en quelque sorte, à travers cette étroite ouverture, grâce au défaut d'adhérence avec les parties voisines.

Ces grenouillettes graisseuses font partie d'un groupe de tumeurs, — les lipômes buccaux. — C'est ainsi que j'ai extirpé un lipôme de ce genre sous la muqueuse de la lèvre, un autre à la face interne de la joue. Ces derniers peuvent arriver à faire saillie sous la peau et constituent ce qu'on a appelé à tort les lipômes sous-parotidiens. C'est toujours par la muqueuse qu'il faut les attaquer. J'ai remarqué, avec M. Nélaton, que le même procédé opératoire pouvait être appliqué aux lipômes de l'aisselle, qui n'adhèrent point non plus aux parties circonvoisines, grâce sans doute à la mobilité dont jouit la région.

M. HERGOTT. La bienveillante attention dont vous m'avez honoré dans votre dernière séance m'a encouragé à demander de nouveau la parole pour une communication sur les avantages que présentent les gouttières en linge plâtré, moulées directement sur les membres, dans le traitement des affections chirurgicales, et spécialement dans celui des fractures compliquées, et à vous soumettre quelques spécimens de ces appareils.

Les appareils plâtrés sont depuis quelque temps entrés dans la pratique usuelle, en France. Il m'a semblé, il y a une dizaine d'années déjà, que leur mode de construction pouvait être l'objet de certains perfectionnements.

Au début de mes expérimentations, j'avais fait usage d'attelles en linge plâtré. Depuis quelque temps, j'ai donné à ces moyens de contention une tout autre forme, et je les ai disposés pour remplir des indications plus étendues. Je me suis aperçu qu'en faisant avec le linge plâtré une véritable gouttière, embrassant plus de la moitié de la circonférence d'un membre, on obtenait une contention qui était d'autant plus parfaite que le moulage de l'appareil était plus exact. J'ai donc essayé de supprimer tout remplissage, et j'ai cherché à m'éclairer auprès des mouleurs sur leurs meilleurs procédés pour obtenir un moule parfait.

L'interposition du coton, qui peut être bonne pour un appareil plein, est nuisible à l'exactitude du moulage. Les mouleurs, pour obtenir une empreinte exacte des objets délicats les induisent au pinceau avec une couche de plâtre très-liquide, qui pénètre dans leurs moindres anfractuosités. Je n'avais donc qu'à imiter ce procédé. En faisant une gouttière ou un demi-moule pour un membre, j'ai vu que celui-ci était parfaitement immobilisé et contenu, quoiqu'il n'embrassât pas la circonférence entière.

La gouttière a été employée de temps immémorial dans le trai-

(1) Dupuytren, *Leçons orales*, t. III, p. 327.
(2) In *Cruveilhier*, *Anat. path.*, t. III, p. 312.
(3) Landeta, *Sur quelques tumeurs sublinguales*, *Th. Paris*, 1866, p. 17.
(4) Follin, *Bull. Soc. de chirur.*, 1866, et *Bull. Soc. anatom.*, 1866, p. 298.
(5) Bouisson, *Dict. encyclop.* Paris, Masson, t. I, 2e série.

tement des fractures; elle a été presque prescrite par Hippocrate; Celse en décrit une fort ingénieuse; P. d'Égine en recommande une en terre cuite; la boîte de J.-L. Petit, qui est un perfectionnement d'une boîte antérieure, enfin la boîte de Baudens, ne sont que des gouttières à parois mobiles. De nos jours, les gouttières en fil de fer étamé sont, avec la boîte de Baudens, dans tous les services des hôpitaux d'un usage habituel, comme appareils provisoires; malgré la contention peu sûre qu'on en obtient, on y a recours à cause de la facilité qu'elles donnent pour la surveillance et le pansement.

La gouttière plâtrée possède ces avantages, mais, en outre, celui d'une contention efficace et complétement indolore.

Les malades auxquels on les applique en éprouvent un bien-être très-notable, même quand le membre a été rendu très sensible par un état inflammatoire; ils procurent une quiétude parfaite qui résulte d'une immobilité absolue, qui est l'effet d'une contention moléculaire et de la répartition exacte de la pression sur toute la partie du membre sur laquelle l'appareil est appliqué; si le gonflement augmente, on écarte les bords de la gouttière et tout étranglement est évité.

Rien n'est simple comme la confection de ces appareils; comme matériel: du plâtre et un morceau de linge assez long pour s'adapter au membre, assez large pour que, plié en quatre, il puisse en embrasser plus que la demi-circonférence. Il faut, en outre, des coussins pour y déposer le membre dans l'attitude voulue, de la toile cirée souple pour couvrir ces coussins. Quand le membre, préalablement rasé, est remis dans sa forme normale, on l'enduit avec la main d'une couche de plâtre liquide, comme d'un vernis; on glisse sous lui le linge plâtré plié en quatre, lissé avec les mains pour en exprimer l'air et l'excédant de plâtre, et on l'adapte au membre aussi exactement que possible; on ne doit pas craindre de faire des incisions dans le linge plâtré pour rendre son application plus facile, autour des malléoles surtout. Ces solutions de continuité sont séparées par de petits morceaux de linge plâtré, appliqués sur les coupures; ces morceaux se soudent à l'appareil sans qu'on en voie la moindre trace: des couches de plâtre recouvrent le tout. Au bout de huit ou dix minutes l'appareil est achevé et solide. Quand il est nécessaire de le rendre imperméable, on attend qu'il soit sec pour le vernir avec le vernis des carrossiers, qui, jusqu'ici, m'a paru devoir être préféré; ce vernis augmente un peu la solidité de la gouttière et en empêche l'imprégnation par l'eau ou le pus.

Il est nécessaire quelquefois de découper ces gouttières vis-à-vis les plaies; car il peut arriver alors que l'isthme conservé n'ait plus assez de largeur pour conserver à l'appareil une solidité suffisante; dans ces cas, j'ai incorporé dans la gouttière, lors de sa confection, des fils métalliques, simples ou tordus ensemble, et prévenu ce défaut de solidité. J'ai même pu quelquefois obtenir l'immobilité du coude par deux gouttières moulées l'une sur l'avant-bras et l'autre sur le bras, reliées ensemble par une armature postérieure, courbée de façon à bien s'adapter aux deux.

Les résultats que j'ai obtenus par ce mode de traitement sont remarquables; ils m'ont permis de conserver des membres très-gravement atteints par les projectiles pendant le siége de Strasbourg, qui auraient dû être sacrifiés si je n'avais pas disposé de ce mode de contention.

Dans un cas de fracture de l'humérus où une gangrène s'était produite à l'épitrochlée, j'ai moulé une gouttière armée *sur* le bras et l'avant-bras; le membre dont les lésions étaient en avant, en arrière et en dessous, était suspendu sous cette gouttière contentive comme les conduits de gaz sous les arches d'un pont; le malade, un intrépide lieutenant des francs-tireurs qui avait été blessé dans une sortie aux Contades, a parfaitement guéri de sa fracture, après cinq mois de traitement et l'extraction de nombreuses esquilles; il n'a conservé qu'une paralysie partielle de la main résultant de la lésion du nerf radial par le projectile.

C'est dans les fractures comminutives de la jambe que la gouttière plâtrée rend les services les plus considérables.

Après les résections du coude et du genou, il rend des services que mes collègues ont souvent appréciés et qui ont été reconnus au siége de Paris.

L'immobilisation des membres dans les arthrites aiguës ou chroniques est aussi efficace que facile à pratiquer; la gouttière permet, en outre, le traitement local de l'articulation.

Pour immobiliser le genou, je fais coucher les malades sur le ventre, je moule la gouttière depuis le pli de la fesse jusqu'au bas du mollet, et, quand elle est solide, les malades sont retournés. Rien n'est simple comme la construction de ces appareils; le linge imprégné de plâtre est très-facile à manier.

M. DUBRUEIL fait observer que, dès 1860, M. Maisonneuve employait les linges plâtrés comme moyen d'inamovibilité.

M. PANAS serait d'avis que cette question des bandages plâtrés, bien étudiée par tous les chirurgiens depuis quelques années, fût mise à l'étude.

M. LE FORT recommande de vernisser les attelles ou gouttières plâtrées avec un vernis composé de résine blanche (gomme de Dammar) dissoute dans l'éther, ce qui rend les appareils absolument imperméables.

M. TRÉLAT considère comme excellentes les attelles plâtrées toutes les fois qu'il faut contenir une fracture dont les fragments ont de la tendance au déplacement.

M. HERGOTT ne veut pas soulever une question de priorité. Il serait très-heureux d'avoir eu une idée commune avec M. Maisonneuve. Il croit toutefois que ce chirurgien faisait des attelles et non des gouttières plâtrées, comme celles qu'il présente aujourd'hui à la Société.

M. Hergott raconte que dans une visite à Strasbourg, après le siége de cette ville, M. Pirogoff éleva également des prétentions à la priorité de ce genre d'appareil plâtré, et cela dans des termes qui n'ont pas laissé à notre collègue un agréable souvenir.

COMMUNICATIONS

Résultats de dix amputations sous-périostées. — M. HOUZÉ DE L'AULNOY (de Lille). Pour apprécier la valeur d'un nouveau procédé opératoire, il ne suffit pas de présenter les résultats obtenus avec des moules en plâtre ou en cire pris sur des moignons d'amputés après parfaite guérison, de s'adresser à la statistique, car on peut avoir rencontré une série heureuse, il faut, de plus, fournir un terme de comparaison en montrant d'autres moules d'individus de même âge, opérés par le même chirurgien, dans les mêmes conditions, offrant des affections similaires, et ayant été amputés par la méthode généralement adoptée.

C'est ce que j'ai cherché à obtenir, malgré les peines et les difficultés qu'il m'a fallu vaincre, depuis dix-huit mois, pour vous permettre d'apprécier les avantages de la périostéotomie. Et à cet effet, j'ai l'honneur de soumettre à votre examen huit pièces moulées sur nature.

Les trois premières représentent le moignon d'un amputé de cuisse par la méthode circulaire. Il est atteint d'une conicité de l'os et de cicatrices adhérentes. La guérison n'a pu avoir lieu qu'à la suite d'un traitement de plus de quinze mois, compliqué par des fusées purulentes, qui ont laissé à diverses hauteurs des cicatrices indélébiles. Ce moignon est celui d'un jeune soldat opéré à Strasbourg, au moment du dernier siége et revenu dans le Nord.

J'ai choisi les deux autres pièces dans ma collection, comme pouvant représenter les types les plus beaux et les mieux réussis. Elles proviennent de deux enfants que j'ai opérés de l'amputation de la cuisse, pour une tumeur blanche du genou. Je ne songeais pas à cette époque à la périostéotomie. Ils ont été soumis au procédé classique, à lambeau antérieur, sans immobilisation. Au bout de deux cents jours, chez l'un existaient encore des petits ulcères sur le trajet de la cicatrice. On aperçoit, outre l'adhérence des parties molles, une tendance à la conicité de l'os. Tous deux offrent un aplatissement antéro-postérieur du membre, indice d'une atrophie, au début, du système musculaire.

Les cinq autres pièces sont relatives à la périostéotomie. La

première peut donner une idée exacte de la forme et des rapports du périoste après la section du fémur, avant l'abaissement du lambeau. Les quatre annexés sont des moules pris sur trois de mes amputés de cuisse et sur un amputé du bras par la méthode sous-périostée. Elles se distinguent des autres par l'épaisseur des parties molles, la vitalité des tissus, la forme régulière des lambeaux et la situation du plan de section, en arrière de l'extrémité osseuse.

Au devant de l'os, les chairs sont mobiles et peu susceptibles d'être lésées par une chute ou par une forte pression de l'appareil artificiel. La réunion a eu lieu par première intention sur mes trois opérés de cuisse et par deuxième intention sur celui du bras, soit à cause des fils qui se sont desserrés, soit à cause du voisinage des parties molles en partie gangrenées, l'enfant ayant eu l'avant-bras broyé par une roue de voiture.

Ces moules proviennent de quatre de mes neuf amputés, qui tous ont successivement guéri.

La femme qui fait l'objet de ma dixième amputation, qui était une amputation de cuisse, est morte au cinquième jour de la gangrène spontanée de la jambe gauche, avec hémiplégie de la jambe droite, dont elle était primitivement atteinte.

Dans le cœur, nous avons trouvé un thrombus adhérent à l'auricule de l'oreillette gauche. Tous mes opérés ont eu leur membre et leurs articulations immobilisés par mes gouttières bouclées en zinc et en lanières de caoutchouc cousues sur les bords.

Je préfère ces simples gouttières aux appareils inamovibles en plâtre ou en dextrine, car elles permettent même de surveiller l'état de la plaie, de les enlever et de les réappliquer, avec non moins de succès que de rapidité, sans faire éprouver de fatigue ni de mouvements aux malades. J'espère d'ici quelques semaines pouvoir faire paraitre mon mémoire sur les amputations sous-périostées. Outre mes dix observations longuement exposées, il comprendra un examen historique et critique de cette méthode, ainsi qu'une réfutation des objections qui lui ont été faites par d'honorables et très-habiles chirurgiens, qui ignoraient alors mon mode de pansement et les avantages de l'immobilisation.

M. DUPLAY ne partage pas la confiance de M. Houzé dans les amputations sous-périostées. Il signale, en outre, le travail de M. le docteur Poncet, paru sur ce sujet, l'année dernière dans la *Gazette médicale*.

M. DESPRÉS. Je demande à faire une restriction au sujet de la réunion par première intention. M. Houzé entend-il par cette expression la réunion immédiate du périoste avec l'os? Il a pu faire l'autopsie d'une de ses malades morte le cinquième jour; cette dernière réunion existait-elle? On parle souvent de réunion par première intention. Je pense qu'on se fait illusion à cet égard; les deux lèvres de la plaie entamée se réunissent, mais non les parties profondes; l'os ne se cicatrise pas; le pus sort avec les fils à ligature; c'est ce qu'on a pu voir dans une observation présentée ici jadis par notre collègue M. Guérin.

M. TRÉLAT. Je pense que M. Houzé montre un peu trop d'enthousiasme pour les amputations sous-périostées. Et d'abord, notre collègue emploie-t-il une méthode nouvelle? Mais non. Il y a dix ou onze ans que j'ai moi-même préconisé la formation non-seulement des lambeaux, mais des manchettes périostiques dans les amputations, dans celles surtout appliquées aux moignons coniques. M. Houzé emploie, de plus, l'immobilisation du membre, ce qui n'est pas de date moderne. Il n'y a donc rien de nouveau dans la pratique de notre collègue. M. Houzé nous présente deux séries de moignons d'amputés. Dans la première série on n'a pas conservé de lambeau périostique, et les résultats sont moins beaux que dans la seconde série, où des lambeaux périostiques ont été détachés. Notre collègue attribue les meilleurs résultats à la seconde manière; c'est logique. Rappelez-vous toutefois que notre ancien collègue Laborie nous présenta ici jadis une série de moignons qu'il divisait en bons, médiocres et mauvais. Leur qualité tenait-elle à la dissection du périoste? Non; mais bien à la manière dont les lambeaux avaient été taillés.

M. GUÉRIN. M. Després n'a pas exactement rendu mon opinion, car c'est le contraire que j'avais voulu démontrer. En effet, dans le cas en question, les lambeaux étaient réunis dans toute leur épaisseur, sauf la peau. Entre les chairs et l'os, il n'y avait pas un atome de pus. Au-dessus de la section était un petit abcès sous-périosté indépendant. Les chairs étaient donc appliquées sur l'os et les membres adhérents.

M. DESPRÉS lit à la Société un passage du *Bulletin*, duquel il résulte que le fait qu'il a signalé a été confirmé par M. Lannelongue.

M. HOUZÉ. Je ferai remarquer que neuf de mes malades sur dix opérés ont guéri, et mon dixième opéré a succombé à la gangrène. L'autopsie de ce dernier malade m'a démontré la présence d'un bouchon fibrineux entre le périoste et l'os; le périoste adhérait à la circonférence de l'os. Je ferai remarquer, en outre, que sur aucun des moignons il n'y a d'adhérence de la cicatrice à l'os, ce que j'attribue au procédé employé. Je considère donc les amputations sous-périostées comme un grand progrès de médecine opératoire que je voudrais voir passer dans la pratique.

(*A. suivre.*)

VARIÉTÉS

Histoire de la zoologie depuis les temps les plus reculés jusqu'à nos jours (1), par Ferdinand HŒFER.

Après l'histoire de la physique et de la chimie, après l'histoire de la botanique, de la minéralogie et de la géologie, M. Hœfer vient d'écrire une histoire de la zoologie, qui ne sera pas une des moins utiles de cette si intéressante série de l'histoire des sciences.

L'auteur recherche d'abord l'état de la zoologie dans l'antiquité. Après avoir recherché où en était alors la connaissance des animaux domestiques, il étudie successivement la zoologie chez les Grecs, chez les Romains et les Gréco-Romains, et passe en revue Aristote et ses disciples, Pline le naturaliste, Elien, Oppien et Athenée. M. Hœfer consacre ensuite un chapitre à la connaissance des animaux sauvages, et comme il n'y a rien de nouveau sous le soleil, il cite les idées des Grecs sur la génération spontanée des animaux.

Cette première étape franchie, M. Hœfer aborde la zoologie au moyen âge. Isidore de Séville, Abd-Allatif, Frédéric II, Albert le Grand, Vincent de Beauvais; les Bestiaires; les voyageurs zoologistes, nous livrent successivement l'histoire des idées zoologiques à cette époque.

Mais on sent que l'auteur aspire à présenter les études zoologiques sur le beau et vaste terrain de développement, car l'histoire de la zoologie dans les temps modernes est bien la véritable histoire de cette science. Le nouveau monde découvert eut une immense influence sur les progrès de la zoologie : aussi garde-t-on le souvenir des vaillants explorateurs des nouvelles colonies. Pendant ce temps, l'ancien monde n'était pas négligé et du Nord au Midi les voyageurs naturalistes promenaient leurs courageuses recherches. Est-il besoin de dire que la plupart des naturalistes étaient des médecins? Rondelet, Salviani, C. Gesner, Ray, Swammerdam et Redi, sont là pour en témoigner.

Au dix-septième siècle, deux événements importants pour le progrès de la science viennent de s'accomplir : la fondation des sociétés savantes et l'invention du microscope. Enfin, après avoir recueilli les renseignements fournis par divers auteurs au XVIIIe siècle, M. Hœfer jette un coup d'œil sur les branches spéciales de la zoologie et aborde l'histoire des fondateurs de la zoologie moderne. Sans se borner à nous parler de Linné, Buffon, Ch. Bonnet, Lamarck, Georges Cuvier, l'auteur consacre un chapitre à la philosophie zoologique, il ne craint même pas de retracer les travaux des principaux zoologistes vivants. Il y avait dans ces dernières études le danger de toucher des vivants, M. Hœfer l'a fait avec beaucoup de prudence, de bonheur et de justice. Cependant croit-il ne s'être pas trompé

---

(1) In-18 jésus. Prix : 4 francs. — L. Hachette.

en parlant du si regretté M. Haine, comme le collaborateur de M. Milne Edwards pour l'*Histoire des corallières*, alors que nul des contemporains n'ignore qu'il en fut le seul auteur, et qu'une erreur typographique en fit seule les honneurs à un savant qui a bien d'autres titres à la place considérable qu'il occupe dans le monde savant !

THÈSES

SOUTENUES A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

PENDANT L'ANNÉE 1873.

160. Guilhaud. Considérations sur l'anatomie, la physiologie et la pathologie de la vessie.
161. Bompard. Des fractures sus-condyliennes du fémur.
162. Nargaud. Suppuration chronique des voies séminales.
163. Aron. Fractures du maxillaire inférieur.
164. Berveiller. Des constipations opiniâtres.
165. Lamy. De la mort subite des femmes en couches.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Paris, ses organes, ses fonctions et sa vie dans la seconde moitié du XIXe siècle, par MAXIME DU CAMP. Deuxième édition. — Tome IVe (la mendicité. — L'Assistance publique. — Les hôpitaux. — Les enfants trouvés. — La vieillesse (Bicêtre et la Salpêtrière). — Les aliénés. — 1 fort vol. in-8°. — Prix : 7 fr. 50. — Paris. 1873. L. Hachette et Ce.

Recherches sur les propriétés thérapeutiques du seigle ergoté. Action comparée de divers médicaments et en particulier de l'eau froide, du seigle ergoté et de la propylamine, par le docteur DUBOUÉ (de Pau), ancien interne des hôpitaux. — Paris, 1873. 1 vol. in-8°. Prix : 3 fr. 50.— A. Coccoz.

Recherches cliniques sur la goutte et la gravelle, de leur traitement par les eaux de Vichy, par le docteur J. BARUDEL, médecin principal de 1re classe en chef à l'hôpital militaire thermal de Vichy. Paris, 1873. Un vol. in-18. Prix : 2 fr. — F. Savy.

Le Directeur : Dr E. LE SOURD.

Paris. —Typographie A. POUGIN, quai Voltaire, 13.

N° 69. — MARDI 17 JUIN 1873. 46e ANNÉE. MARDI 17 JUIN 1873. — N° 69.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Bureaux : 57, rue des Saints-Pères, 57
PRÈS L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix d'abonnement
doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois

On s'abonne hors de Paris
dans les bureaux des Messageries et chez les Libraires
Les lettres non affranchies sont refusées.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui n'en peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS: Trois mois. . 8 fr. 50 c. — Six mois. . . 16 — Un an. . . . 30 —

POUR L'ÉTRANGER le port en sus suivant les derniers tarifs des Postes.

Paris, le 16 juin 1873.

SÉANCE DE L'ACADÉMIE DES SCIENCES

Une communication de M. Bouillaud sur un cas d'aphasie est le seul fait médical que nous trouvions dans cette séance. Mais, à lui seul, ce fait servirait à faire les honneurs de notre compte rendu si M. Bouillaud ne s'était pas borné à relater simplement l'observation, se réservant, dans la prochaine séance, de l'interpréter et de démontrer que l'aphasie, telle qu'il la comprend, a constamment son siége dans cette partie du cerveau qu'on nomme les *lobes antérieurs*.

Nous imiterons l'illustre académicien et, pour aujourd'hui, nous exposerons simplement le fait, nous proposant de suivre ultérieurement M. Bouillaud dans l'exposé de ses idées touchant l'aphasie.

Il s'agit d'un charretier du nom de P..., âgé de cinquante-sept ans, et qui fut apporté le 12 novembre 1872 dans le service de M. Bouillaud, à la Charité. Ce malade venait de tomber dans la rue atteint d'hémiplégie de tout le côté droit et d'une telle perte de la parole qu'il ne put prononcer aucun mot, pas même son nom.

« Quand je le vis le lendemain, dit M. Bouillaud, il n'avait point repris l'usage de la parole. Il ne répondait à aucune des questions que je lui adressais, bien qu'il les comprît (lui ayant dit qu'il ne pouvait sans doute répondre à ce que je lui demandais, il me fit de la tête un geste d'acquiescement). Il conservait les mouvements de la langue, de la lèvre et de la joue gauches, des yeux, avait conservé la voix et buvait facilement.

« Le 20 novembre, la perte de la parole persistait ; le malade comprenait à merveille, il avait recouvré la mémoire des mots, des choses et des personnes. Il se dépite de ne pouvoir répondre à mes questions autrement que par des gestes, des sons inarticulés, à part le mot *oui*, qu'il prononce parfois, mais très-imparfaitement.

« 9, 16 et 20 décembre. — Le malade est parvenu à prononcer, non sans bredouiller, les mots *oui*, *non* et, et au dire de l'infirmier, quelques jurons. Il a le visage éveillé et fort intelligent ; il s'impatiente toujours de ne pouvoir répondre à ce qu'on lui demande et qu'il comprend très-bien.

« 15 janvier, 19, 21, 28 février 1873. — Le côté droit de la face a repris graduellement la liberté de ses mouvements, comme on le reconnaît surtout quand le malade s'anime et rit ; le membre inférieur droit peut exécuter laborieusement quelques faibles mouvements. Le malade prononce toujours très-difficilement un plus grand nombre de mots simples, mais sans pouvoir les assembler en phrases, malgré tous les efforts qu'il fait, surtout quand je vais le voir, ce qui lui cause une satisfaction qu'il me témoigne par des gestes très-vifs. Il continue à donner les prémices les plus manifestes de l'intégrité de son intelligence (de la faculté de compter en particulier). Un jour, je lui présente sa pancarte et le prie de m'en lire quelques mots. Il parvient avec efforts en s'y prenant à plusieurs fois et en épelant à prononcer son nom : *Pi-car-da*, puis *Picarda*. Il n'a pu prononcer celui de charretier (sa profession). Mais au milieu de ses gestes et de ses cris d'impatience, il a proféré d'une manière distincte et sans s'arrêter ce juron : *nom de D...!*

« Comme il sait écrire, j'aurais voulu qu'il essayât *d'écrire* quelques mots, mais la paralysie de la main droite ne le lui permettait pas (j'ai vu des personnes privées de la parole sans nulle paralysie du membre supérieur droit, écrire avec plus ou moins de facilité.)

« Le 28 février, P... prononce assez librement les chiffres : 1, 2, 3, 4, 5, etc., ainsi que les lettres de l'alphabet, épèle (toutefois, certaines lettres, l'*r* en particulier, et quelques syllabes, sont pour lui très-difficiles ou même impossibles à articuler).

« Tel est encore aujourd'hui (9 juin) l'état de notre malade sous le point de vue de la parole ou du langage articulé. Il ne peut prononcer que des mots isolés, quelques bouts de phrases, et est absolument incapable de tout discours suivi.

« A part la lésion dont il s'agit et qui paraît frapper principalement, peut-être même exclusivement, le pouvoir nerveux central nécessaire à l'exécution des mouvements si compliqués et coordonnés de la parole, notre malade, je ne saurais trop le répéter, possède dans toute leur plénitude les facultés intellectuelles, affectives et morales dont il jouissait avant l'affection cérébrale dont il a été frappé.

« Dans une des prochaines séances de l'Académie, je m'efforcerai de démontrer que cette affection, dans les cas de ce genre, a constamment son siége dans cette partie du cerveau qu'on appelle les *lobes* antérieurs. »

HOPITAL DU MIDI. — M. CHARLES MAURIAC.

Étude clinique sur l'influence curative de l'érysipèle dans la syphilis (1).

XXI

Ainsi, des plaques muqueuses qui avaient résisté pendant trois mois à toute médication générale et locale, ont été guéries en huit et dix jours par une maladie aiguë. Ce résultat est tellement évident, qu'il est inutile d'y insister. Mais il importe de l'analyser et de l'interpréter dans ses détails.

Parmi ces plaques muqueuses, les unes étaient au centre même du foyer inflammatoire : celles de l'isthme du gosier; d'autres en étaient voisines : celles des lèvres et des cordes vocales; les dernières enfin en étaient très-éloignées : celles de l'anus et du périnée. Y a-t-il eu quelque différence dans la rapidité avec laquelle leur résolution s'est opérée? La chose n'est pas impossible, mais elle était fort difficile à constater à cause de la vitesse même de la régression. Toujours est-il que lorsque la défervescence a eu lieu et que le malade est entré dans la période de convalescence, toutes ces manifestations syphilitiques avaient disparu.

On est donc conduit à conclure qu'une maladie aiguë, telle que l'angine et l'érysipèle, n'agit pas seulement sur les accidents compris dans la sphère de sa détermination locale, mais aussi sur ceux qui sont en dehors d'elle ; et qu'elle les modifie moins par le processus local qui agirait à titre de substitutif, que par la réaction générale fébrile, et par le nouveau mode de fonctionnement plastique qui en résulte pour l'organisme.

Ces phénomènes impriment une secousse violente à toute l'économie; ils perturbent profondément le mouvement d'assimilation et de désassimilation; tout l'équilibre nutritif est comme renversé; l'individu n'emprunte que peu au monde extérieur; il se nourrit pendant quelques jours de sa propre substance.... Tout cela n'est-il pas la vraie cause de la guérison? Les anciens ne traitaient-ils pas avec succès la syphilis par la diète?

Quoi qu'il en soit, la maladie aiguë est transitoire de sa nature; elle passe, et l'organisme reprend peu à peu possession de lui-même, toutes les fonctions reviennent à leur état d'équilibre normal, et la santé se rétablit après une période plus ou moins longue de convalescence.

Eh bien, c'est alors aussi que la maladie constitutionnelle qui fait partie intégrante de l'organisme et vit de la même vie que lui, revient à la santé, reprend des forces et avec elles l'aptitude à se traduire par de nouvelles manifestations (2).

Si on avait un moyen de constater la virulence du sang autre que son inoculation à un individu de notre espèce exempt de syphilis, il serait très-intéressant de rechercher ce qu'elle devient pendant le cours d'une maladie aiguë fébrile. A en juger par la disparition des phénomènes qui l'expriment, il est probable qu'elle diminue. Il est probable aussi qu'elle augmente plus tard, puisque ces mêmes phénomènes se reproduisent quand l'organisme, débarrassé de la maladie aiguë, revient ou est revenu à son mode d'existence plus ou moins normal. Peut-elle être éteinte par une seule attaque de cette maladie? Je ne le pense pas, puisque si la vertu curative de la maladie aiguë ne peut être mise en doute après les cas que je viens de citer, son insuffisance préventive est également prouvée. Peut-elle atténuer les manifestations ultérieures, les retarder, etc., etc.? Je ne possède pas et je ne crois pas qu'il existe encore d'éléments d'observation suffisants pour résoudre de pareilles questions.

XXII

Quel nom donner à l'angine qui a fait disparaître si rapidement ces plaques muqueuses? Je l'ai qualifiée d'érysipélateuse, et voici pourquoi : 1° elle s'est développée à un moment où il régnait dans mes salles quelques cas d'érysipèle; le malade qui en a été atteint était voisin du malade de l'observation II, dont l'érysipèle de la face a été si violent, et leurs deux maladies ont été à peu près contemporaines.

2° L'invasion de la fièvre a été signalée par cet ensemble de phénomènes réactionnels qui font pressentir une maladie sérieuse.

3° L'élément fièvre, en effet, a été prédominant depuis le début jusqu'à la terminaison ; il a toujours paru dominer les phénomènes locaux, bien que ceux-ci fussent très-intenses. Ses caractères, son allure, sa durée, lui ont donné la physionomie d'une pyrexie, plutôt que celle d'une inflammation.

4° Cette angine, malgré la violence de tous ses symptômes locaux ou généraux, a suivi une marche beaucoup plus lente qu'une angine simplement inflammatoire.

5° L'état de prostration des forces combiné avec un léger degré d'ataxie, le délire qui a persisté pendant plusieurs jours, ne s'observent que rarement dans les angines inflammatoires; ou, quand ils se produisent, ils n'ont qu'une durée éphémère et s'évanouissent avec la chute de la fièvre vers le cinq ou même le sixième jour de la maladie.

6° Enfin, il est survenu un engorgement subinflammatoire des ganglions lymphatiques péri-maxillaires.

Pour déterminer la nature érysipélateuse de cette angine, je me suis fondé beaucoup plus sur les données étiologiques et sur l'ensemble des phénomènes généraux que sur les caractères spéciaux de la phlogose gutturale. L'exploration de la gorge était très-difficile dans la première et la dernière phase de la maladie, et impossible dans sa période d'état, à cause de la turgescence énorme des amygdales qui obstruaient complétement l'isthme du gosier.

On pourrait m'objecter qu'une angine de cette nature reste rarement confinée sur les points où elle s'est primitivement établie ; qu'elle envahit l'arrière-gorge, les fosses nasales, les narines, et enfin la peau du visage. Je l'accorde et je vais même plus loin. Je ne crois pas que l'action curative de la maladie accidentelle soit essentiellement liée au caractère spécifique de l'inflammation locale. Il me semble qu'elle dépend beaucoup plus de la perturbation momentanée qui se produit alors sous l'influence du consensus réactionnel dans tous les actes de la vie plastique. Une angine catarrhale, une angine phlegmoneuse, rhumatismale, herpétique, etc., seraient capables de modifier le travail morbide syphilitique au même degré que l'angine érysipélateuse, si elles suscitaient et coordonnaient, dans une mesure égale, le même ensemble de synergies salutaires (1).

(1) Suite. — Voir les numéros des 3, 8, 15-17, 29 avril, 6, 15, 22-24 mai et 5 juin 1873.

(2) « Les syphilides, dit Rayer, alternent avec d'autres symptômes de la vérole; en fait, elles disparaissent quelquefois momentanément à l'invasion ou pendant le cours d'une maladie grave, pour se montrer quelquefois plus rebelles à la convalescence... Les maladies intercurrentes peuvent modifier les maladies cutanées dans leur nature, leur coloration, leur terminaison... Sous l'influence d'une irritation intérieure, on voit une éruption qui durait depuis plusieurs mois se dissiper peu à peu et disparaître entièrement, pour se reformer aussitôt que la convalescence se déclare. »

(1) J'ai eu récemment l'occasion d'observer l'influence curative du *rhumatisme articulaire aigu* sur une des manifestations les plus rebelles de la syphilis. Voici le résumé de ce cas :

Un homme âgé de vingt-quatre ans, Édouard D..., entré le 12 mai 1873

XXIII

Dans son remarquable *Traité des angines*, M. le professeur Lasègue fait remarquer avec raison que si les syphilides cutanées n'ont qu'une aptitude médiocre à provoquer des complications érysipélateuses, il n'en est pas de même des ulcères syphilitiques de la gorge : « Ce grave accident, dit-il, vient plus souvent qu'on ne le supposerait compliquer les angines ulcéreuses spécifiques ; j'en rapporterai un exemple qui me paraît, sous ce rapport comme à d'autres points de vue, mériter d'être reproduit avec quelques détails. »

Voici le résumé de ce fait. Il trouve ici sa place, car il prouve, comme ceux dont j'ai donné l'histoire, l'influence curative de l'érysipèle sur les manifestations syphilitiques.

Un homme âgé de soixante-deux ans, entré dans le service de M. Lasègue pour un zona du côté droit, avait eu, à l'âge de vingt-sept ans, la syphils. A soixante ans, il eut une angine probablement spécifique. Pendant son séjour à l'hôpital, une nouvelle poussée de même nature se produisit sur la gorge. Les ganglions maxillaires se tuméfièrent et devinrent sensibles à la pression. En explorant les parties malades, on constata l'état suivant : « l'amygdale gauche est rongée et comme fouillée par des ulcères sinueux ; le fond du pharynx présente une ulcération de la dimension d'une pièce de deux francs, dont les bords sont rouges, déchiquetés et soulevés, tandis que le fond est recouvert d'une fausse membrane grisâtre, demi-transparente. L'amygdale droite est rouge et forme, en un point, une saillie tuberculeuse. Le reste de la gorge est sain.

En même temps, on constate des tumeurs gommeuses dont une siége au pli de l'aine et l'autre à la face interne de la tubérosité du tibia.

Le traitement consiste en cautérisations avec la teinture d'iode, douches froides, administration de l'iodure de potassium et des mercuriaux à l'intérieur ; l'état local s'améliore ; l'amygdale gauche est en voie de réparation ; le fond de l'ulcère se couvre de bourgeons charnus. L'évolution de ces accidents se fait néanmoins lentement.

Le 3 juillet, le malade se plaint d'une douleur vive du nez. Le 5, un érysipèle se manifeste et envahit toute la partie centrale du visage. Le 9, B... accuse de la sécheresse et du mal de gorge. La gorge est rouge, couverte de vésicules jaunâtres et de phlyctènes plus étendus, d'aspect diphtéroïde. Il est évident que l'érysipèle, qui a débuté par les narines, s'est propagé dans deux directions : d'abord du côté de la face, et un peu plus tard du côté du pharynx. L'état général n'est pas assez compromis pour donner des inquiétudes.

Le 11, les phlyctènes ont disparu ; elles sont remplacées, à droite surtout, par des crevasses rectilignes peu profondes, à fond jaunâtre. On observe sur le front, aux points où l'érysipèle a pris une certaine intensité, des lésions exactement identiques ; la gorge est d'un rouge ardent, modérément douloureuse ; la déglutition des liquides est seulement un peu difficile.

Cinq jours après, tous les phénomènes ont disparu, aussi bien à la gorge que sur la face ; on n'aperçoit plus de trace des ulcérations ; les ganglions restent encore volumineux, et le malade, malgré mes instances, quitte l'hôpital » (1).

XXIV

Ce cas, comme on le voit, ressemble aux miens par plus d'un côté, et par le plus essentiel, c'est-à-dire l'action curative d'un érysipèle sur des manifestations syphilitiques. Il est vrai que les ulcérations de la gorge avaient été déjà très-améliorées par le traitement spécifique et par des cautérisations ; néanmoins la cicatrisation se faisait lentement. Survient cette angine érysipélateuse, et, au bout de neuf à dix jours, toute trace d'ulcération a disparu.

N'est-ce pas là un résultat remarquable ? Cependant il n'a pas frappé M. Lasègue, qui ne le signale point et ne fait suivre son observation d'aucun commentaire relatif à la question que je traite. Sans doute l'attention de l'honorable professeur n'était pas dirigée de ce côté-là, car il rapporte, dans son chapitre sur l'angine érysipélateuse, un autre cas de la même maladie aiguë survenue dans le cours de la syphilis, et il ne nous dit

dans mon service, salle 7, nº 21, avait contracté, en 1871, un chancre, suivi d'accidents syphilitiques légers dont il fut traité et guéri à l'hôpital du Midi. Le 9 mai 1873, il fut pris d'un rhumatisme aigu généralisé, avec fièvre violente, qui produisit du côté des principales articulations tous les phénomènes d'une phlogose arthritique des plus vives. Les deux mains furent, pendant quatre ou cinq jours, très-tuméfiées, rouges et extrêmement douloureuses au niveau de presque toutes les articulations. Cette attaque rhumatismale fut énergiquement traitée avec du sulfate de quinine à haute dose. Au bout de huit jours, la fièvre fléchit, les phénomènes locaux s'amendèrent, et le malade entra en convalescence.

Au moment où ce rhumatisme articulaire aigu survint, il existait, depuis deux mois un psoriasis palmaire syphilitique des deux côtés. L'épiderme était épaissi en couches cornées, fendillé et soulevé par places ; au-dessous, le derme était rouge et tuméfié. Aucun traitement spécifique n'avait été suivi. Cette lésion si rebelle, qui cède si difficilement aux médications locales et générales et se reproduit avec tant d'opiniâtreté, paraissait stationnaire. Mais sous l'influence de la fièvre rhumatismale, elle entra en résolution si rapidement, qu'au bout de cinq ou six jours les plaques cornées et tous les débris de l'épiderme malade étaient tombés ; le derme sous-jacent présentait toutes les conditions de l'état sain et sécrétait un nouvel épiderme où il était impossible de rien découvrir d'anormal.

— Dans sa thèse soutenue en 1870, à Paris, et intitulée : *Influence des maladies aiguës sur quelques manifestations cutanées de la syphilis*, M. le docteur Jourjon relate aussi un cas de syphilis dont les manifestations ont été guéries par un *rhumatisme articulaire aigu*. Voici le fait en quelques mots.

La malade qui avait subi plusieurs atteintes de la maladie constitutionnelle avait, au moment de l'invasion du rhumatisme, trois ulcérations syphilitiques sur les fesses et les cuisses. Au bout de huit jours, sous la seule influence de la maladie aiguë, ces ulcérations étaient soit guéries, soit en voie de cicatrisation. Aucun traitement spécifique n'avait été institué. Ces ulcérations revinrent quinze jours après la disparition du rhumatisme.

Dans ce travail, on trouve quelques autres observations qui mettent en évidence ce fait qu'une perturbation profonde de l'organisme, telle que celle produite par une maladie aiguë, peut faire disparaître certaines manifestations de la syphilis plus vite que le traitement mercuriel ou ioduré. Parmi les observations qui me paraissent le plus probantes, je citerai celle de Gore, chirurgien à l'infirmerie de Limerich (*The Lancet*, 2 septembre 1858), guérison d'un psoriasis syphilitique par une *variole;* après la disparition de la variole, retour du psoriasis ; — celle du docteur Diday : chez un malade syphilitique depuis un an et atteint d'une syphilide squammeuse et de plaques muqueuses de la langue, il survint, en trois mois, sept ou huit attaques de *furoncles* avec fièvre. Chaque poussée produisit une amélioration rapide et notable dans les accidents spécifiques, qui furent ainsi guéris en même temps que le dernier furoncle, sans traitement hydrargyrique ni ioduré. — La partie bibliographique est complète faite dans cette thèse de M. Jourjon. J'y trouve la remarque suivante faite par Gibert : « Une circonstance assez curieuse, dit-il, des suites de l'*accouchement* chez les femmes vénériennes, c'est la disparition que nous avons signalée des syphilides, surtout des symptômes génitaux » (*Bull. de l'Acad. de méd.*, t. XVII, p. 156, 1851).

— Voyez aussi Sabatier : *Propositions sur l'érysipèle considéré principalement comme moyen curatif dans les maladies cutanées, précédées de quelques généralités sur la pathologie cutanée et l'influence souvent avantageuse des maladies intercurrentes* (*Thèse de Paris*, 1831).

On y trouve le cas d'un érysipèle grave qui guérit rapidement des ulcérations syphilitiques, des exostoses, des tubercules syphilitiques et une cataracte double (?). Tous ces accidents récidivèrent, sauf la cataracte double.

— Rayer : *Traité des maladies de la peau*, 1835. Il y a l'énoncé d'un fait analogue à ceux que j'ai rapportés, c'est-à-dire de la guérison d'une syphilide par un érysipèle intercurrent (p. 374).

(1) Lasègue, *Traité des angines*, p. 110-112.

pas quels changements elle fit subir aux manifestations constitutionnelles.

La malade, âgée de trente ans, avait la syphilis depuis trois ans. Elle avait eu plusieurs poussées caractéristiques; la dernière, qui consistait en maux de gorge, durait depuis deux mois. Il existait, sur l'amygdale droite, une ulcération à fond grisâtre, et deux autres plus petites sur le pharynx et sur la luette.

Ces lésions devinrent le point de départ d'un érysipèle à réaction générale violente, à phénomènes locaux très-intenses qui envahit la gorge, les fosses nasales et toute la face, determina de l'agitation et du délire, fit, au douzième jour, avorter la malade qui était enceinte depuis quatre mois, et n'entra en résolution, vers le quinzième jour, qu'après avoir envahi une grande partie de la tête. « Il s'écoula une quinzaine de jours avant que la malade se trouvât entièrement remise de l'épreuve qu'elle venait de traverser, et qui eut pour conséquence la chute de tous les cheveux.

Mais qu'advint-il des ulcérations syphilitiques de l'amygdale, du pharynx et de la luette? M. Lasègue n'en parle pas. Son observation s'arrête là et n'est suivie d'aucune réflexion. Il est probable que ces ulcérations ne furent pas aggravées par la maladie intercurrente. Une circonstance aussi fâcheuse venant s'ajouter à tant d'autres qui avaient accompagné et suivi ce processus morbide général et local, n'aurait pas manqué d'attirer l'attention d'un observateur aussi sagace que M. Lasègue. Je dirai même que son silence sur l'état de la gorge après l'érysipèle me porterait volontiers à croire que les ulcérations syphilitiques n'existaient plus alors, et qu'elles s'étaient cicatrisées pendant le décursus de la maladie aiguë.

(*A suivre.*) CHARLES MAURIAC.

DU MÉCANISME DE FORMATION DES PAROTIDES
DANS LA FIÈVRE TYPHOIDE
Par A. NETTER.

Le numéro de décembre de la *Gazette médicale de Strasbourg* donne le compte rendu d'une séance de la Société de médecine, séance dans laquelle, entre autres communications, s'en trouve une de M. le professeur Schützenberger, relative au *mode de développement des parotides dans les maladies infectieuses.* Dans le cours de la discussion qui s'en est suivie, l'honoré maître a rappelé certaines de mes publications remontant à 1864 et 1865 : *Note sur l'élément buccal dans la fièvre typhoïde et l'heureuse influence de gargarismes acidulés fréquemment répétés* (*Comptes rendus de l'Académie des sciences*, 1864, et observations sur le même sujet (*Gazette médicale de Strasbourg*, 1865). C'est qu'en effet, dans l'une de ces observations, il s'agit de parotide, ainsi que du mécanisme de formation de cet engorgement glandulaire. Rapportons d'abord cette observation déjà ancienne, et qui, à l'époque, a dû paraître bien singulière, mais que les faits actuels de M. Schützenberger viennent, ce me semble, mettre vivement en relief.

Troisième fait. — Le 15 septembre dernier, le 15e d'artillerie envoie dans mes salles le nommé L..., qui se dit malade depuis dix jours.

Le 16, au matin, fièvre intense, respiration fréquente, grande anxiété, stupeur marquée, langue rouge et sèche, douleur et gargouillement dans la fosse iliaque droite, huit selles depuis la veille au soir, tellement mélangées de sang qu'elles paraissent dysentériques aux infirmiers; quelques taches lenticulaires très-évidentes sur les côtés de la poitrine au niveau de l'appendice xyphoïde. Un peu de râle sibilant en arrière. Diagnostic : fièvre typhoïde grave; pronostic fâcheux. Prescription : diète, trois pots de tisane, six ventouses scarifiées sur le ventre, cataplasme et double gargarisme acidulé avec recommandation aux infirmiers d'y faire recourir toutes les heures au moins.

Le lendemain 17, amendement tellement marqué de tous les symptômes que déjà je puis permettre du *bouillon*; continuation des gargarismes.

Du 18 au 22, il ne reste qu'un peu de fièvre et quelques selles diarrhéiques; aussi n'était le souvenir de l'abondance des déjections antérieures, je me laisserais aller aux sollicitations du malade, qui me demande à manger. Pendant ces cinq jours, l'état symptomatologique était réduit à si peu de chose que je me suis demandé si, lors du premier examen, je ne me serais pas fait illusion. Je dois ajouter que, pendant tout ce temps, le malade avait pris comme la manie des gargarismes; il se levait, allait dans les escaliers, se gargarisait partout et presque sans cesse. Cet homme est fou, me dit un jour mon infirmier-major, il ne fait que se gargariser; j'ai été obligé de lui donner deux gargarismes en plus de ceux qui avaient été prescrits.

Le 22, je m'enhardis à permettre un vermicelle et du lait sucré.

Le 23, panade, un quart de vin matin et soir.

Le 26, le malade mange le quart.

Le 2 octobre, en pleine convalescence, apparition d'une parotite sur le côté gauche de la face; fièvre légère. Prescription : soupe au lait, biscuits, substitution de gargarismes émollients à la solution acidulée.

Les jours suivants, 3, 4, 5, 6 et 7, la tumeur parotidienne augmente au point de dépasser le volume d'un œuf d'oie; des douleurs lancinantes s'y font sentir; elle devient fluctuante et un coup de lancette en fait sortir une quantité considérable de pus crémeux. Pas d'autres symptômes que de l'insomnie, suite de la douleur parotidienne. Fièvre nulle, ce qui permet de donner au malade matin et soir un potage, du pain, un œuf et du vin.

Le 7, la nourriture est encore augmentée et la guérison est définitive. Cet homme reste dans mes salles jusqu'au 25, perdant la moitié de ses cheveux.

Remarques. — Ici, pas de doute possible; non-seulement tous les symptômes pathognomoniques ont existé, mais encore la nature hémorrhagique des selles et un haut degré d'anxiété devaient faire présager une terminaison malheureuse, et cependant la maladie a été comme *coupée*. Puis en pleine convalescence, et comme pour mieux faire connaître la gravité du cas, est survenue une volumineuse parotite. Comment s'expliquer ce fait eu égard à ce qu'on sait de la marche de l'affection, marche jusqu'ici considérée comme tellement fatale, que la plupart des praticiens voient dans la fièvre typhoïde une variole interne, poursuivant régulièrement ses périodes?

Une seule explication me semble possible : c'est chose admise que la cause première de la fièvre typhoïde consiste dans un agent septique, s'introduisant du dehors dans l'organisme; seulement, la plupart des médecins croient que cet agent, en entrant par la bouche et les narines, pénètre de suite dans le poumon et le sang. Eh bien! faisons une simple petite modification à l'hypothèse, et supposons que l'agent s'arrête préalablement dans la bouche et y fermente au sein des matières suburrales qui s'accumulent là dès le début. Hypothèse pour hypothèse, je crois que la mienne vaut l'autre, et dès lors tout s'explique. La bouche nettoyée, le mal s'est arrêté. Quant à la parotide de la convalescence, *ne serait-ce pas la nature qui aura éliminé* un dernier débris de putridité buccale? (*Gaz. méd. de Strasbourg*, 1865.)

Et maintenant voyons ce que disent les faits observés par d'autres, tout récemment.

Résumé de la discussion à la Société de médecine de Strasbourg.

Séance du 1er août 1872.

M. le professeur Schutzenberger prend la parole pour exposer le mode de développement des parotides dans les maladies infec-

tieuses, qu'il rattache aux lésions existant dans la bouche (fuliginosités, mucus concret, débris d'épithélium, cryptogames...). Tous ces produits sont de nature à exercer sur la muqueuse buccale une irritation qui peut se transmettre à la parotide par l'intermédiaire du canal de Sténon. Après avoir établi par diverses considérations théoriques que le mode de développement par infection générale ou par embolie n'était pas admissible ici, l'éminent professeur cite deux faits à l'appui du rapport indiqué entre la parotide et les lésions intra-buccales.

Il s'agit de deux jeunes filles qui, atteintes de fièvre typhoïde, ont offert cet engorgement glandulaire. La première ayant succombé, et l'autopsie n'ayant pas révélé de graves lésions du côté de l'intestin, M. Schutzenberger regrettait de n'avoir pas songé à la bouche, quand l'autre cas s'offrit à son observation. Il se hâta d'examiner l'intérieur de la bouche, et constata que la face interne des joues était recouverte de pellicules blanches, difficiles à détacher et ayant un aspect diphtéritique. En exerçant sur la parotide une légère pression, on pouvait faire écouler par le canal de Sténon une gouttelette de pus. La surface intra-buccale fut cautérisée et badigeonnée, plusieurs fois par jour, au moyen d'une solution concentrée de chlorate de potasse; la parotide suppura; mais, aussitôt l'abcès ouvert, l'amélioration s'établit et la malade ne tarda pas à entrer en convalescence. Dans ce cas, dit M. Schutzenberger, le point de départ de la parotide était évidemment l'affection pseudo-membraneuse, et il est probable que, sans les remèdes dirigés contre la lésion intra-buccale, l'évolution en eût été maligne, comme dans l'autre cas. La surdité des typhiques, ajoute-t-il pourrait se rattacher le plus souvent à des inflammations de la caisse, transmises du pharynx par la trompe d'Eustache. Il a été appelé récemment en consultation auprès d'une jeune fille chez laquelle la surdité absolue, développée dans le cours d'une fièvre typhoïde, paraissait s'être développée par un procès de ce genre.

Cette communication fut suivie d'une discussion à laquelle prirent part MM. Strohl et Bernheim. Tandis que ce dernier abonda tout à fait dans le sens de M. Schutzenberger, M. Strohl, au contraire, fit une objection qui est celle-ci : Comment se fait-il que les oreillons soient si rares dans d'autres affections de la bouche, comme la diphtérie et les différentes affections ulcéreuses de la bouche et du pharynx ?

M. Schutzenberger répond que, dans la fièvre typhoïde, et en général dans les pyrexies, les malades étant plongés dans l'adynamie et ayant la bouche plus ou moins ouverte, sont exposés sans défense aux éléments infectieux. Si les dépôts qui s'accumulent ainsi sur une grande épaisseur ne sont pas déblayés par des moyens mécaniques ou chimiques, ils finissent par provoquer une fétidité extrême, une véritable infection buccale... M. Netter, dit en terminant M. Schutzenberger, n'était donc pas dans le paradoxe quand il proposait, dans la fièvre typhoïde, de diriger son attention du côté de la bouche; c'est en se rendant bien compte de ces données pathogéniques, que l'on pourra éviter une des camplications les plus graves des pyrexies.

C'est par ces mots que s'est terminée la discussion. Or, pour mieux en faire ressortir l'importance au point de vue de l'ensemble des idées que j'ai soutenues il y a huit ans, je n'ai qu'à produire quelques autres de mes lignes écrites à cette époque :

« C'est Chomel qui dit que le premier symptôme, même dans les cas légers, consiste dans la langue collante ; ce sont les Louis et les Chomel qui ont établi les rapports des états de la langue, non avec les lésions de l'estomac, mais avec l'intensité et la durée de la fièvre ; c'est Louis qui, après avoir consacré de nombreuses pages à l'étude des phénomènes buccaux, s'écrie : Combien l'étude des faits les moins importants en apparence, est intéressante, quand ces faits sont à la fois nombreux et bien constatés! Ajoutons que dans un ouvrage qui vient de paraître, l'auteur, M. Chedevergne, signale une angine pultacée apparaissant du huitième au douzième jour. Supposez que les lésions buccales, telles que nous les observons journellement dans les fièvre typhoïdes, au lieu de se trouver dans la bouche, siégeassent un peu plus loin dans l'arbre trachéo-bronchique; supposez qu'à la bifurcation des bronches, on eût trouvé une matière successivement blanche, brune, fuligineuse, noire, fétide ; mais, de prime-saut, on aurait dit que là est la cause de la septicohémie. Or, la bouche ne fait-elle pas partie des voies respiratoires tout aussi bien que des voies digestives? Suivez maintenant l'agent septique pénétrant graduellement dans l'intérieur de l'organisme, et tout s'explique : diarrhée *initiale*, épistaxis *initial*, bronchite *initiale*, puis phénomènes pyrétiques et nerveux ; quelquefois des parotides à l'angle des mâchoires. La fermentation est-elle lente : il y a incubation et invasion graduelle, Est-elle active, l'invasion peut être foudroyante. La bouche des malades exhale-t-elle des vapeurs septiques, contagion. Tout ainsi s'explique... » (*Gaz.* 1865.)

Et maintenant, une question en terminant. Si l'on admet les faits produits par M. Schutzenberger, s'il est vrai que la parotide se lie directement à la lésion buccale, la surdité directement à la lésion pharyngienne, pourquoi cette explication ne conviendrait-elle pas également et pour le râle sibilant du cinquième jour et pour la diarrhée initiale, phénomènes que j'ai présentés de même comme devant être des effets directs de la pénétration de l'agent buccal dans les deux tubes digestif et bronchique? Pourquoi enfin l'épistaxis initial ne serait-il pas pareillement un fait local dû à la présence de l'agent septique à la surface des muqueuses nasales?

P. S. — A bientôt une lettre sur divers détails afférents au sujet.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 13 juin 1873. — Présidence de M. Bernutz.

COMMUNICATION

M. FERRANT lit une note ayant pour titre : *Carreau. — Péritonite chronique devenant aiguë par perforation. — Autopsie : foie gras, rétention bilieuse et chyleuse; plusieurs lombrics.*

Il s'agit d'une petite fille de six ans qui entre à l'hôpital Sainte-Eugénie, présentant tous les signes d'une tuberculose au premier degré, en même temps que des accidents du côté de l'abdomen, avec épanchement intra-péritonéal, que M. Ferrant croit devoir rattacher à une péritonite chronique avec ou sans tumeurs ganglionnaires.

Sous l'influence de boissons émollientes et toniques, de quinquina, de diurétiques et d'astringents, l'état général s'améliore pendant quelques jours, quand tout à coup, le vingtième jour environ après son entrée, la malade présente tous les symptômes d'une péritonite suraiguë, avec un état d'algidité si profonde que M. Ferrant diagnostique une perforation intestinale et pronostique une issue prochainement funeste, qui cependant n'a lieu que vingt heures après l'accident.

A l'autopsie, on trouve dans l'abdomen un liquide séro-purulent, fétide, des adhérences anciennes de l'intestin, et dans la fosse iliaque droite, un point dans lequel se trouve de la congestion vasculaire peu étendue, une exsudation plastique organisée au milieu de laquelle s'est faite la perforation. Le péritoine pariétal est semé de granulations tuberculeuses à l'état caséeux; il y a de très-fortes adhérences au niveau du foie et du diaphragme; hypertrophie et aspect caséeux des ganglions postérieurs dont quelques-uns sont complétement ramollis et contiennent un liquide puriforme, probablement dû au mélange du chyle avec le produit du ramollissement;

on voit des ascarides lombricoïdes qui sont sortis par l'orifice de l'intestin perforé, probablement avant la mort.

L'intestin présente une double ulcération. Le foie est gros et manifestement graisseux. Un ganglion dégénéré placé sur le canal cystique, empêchait l'écoulement libre de la bile. Dans les poumons, se trouvent, aux deux sommets, des tubercules à l'état de crudité et à l'état crétacé. Il n'y a pas d'altération du cœur.

Parmi les considérations très-détaillées et fort intéressantes dont M. Ferrant fait suivre cette observation, il insiste particulièrement sur le mécanisme par lequel, selon toute probabilité, s'est produite l'infiltration graisseuse du foie. Rapprochant en effet cette infiltration graisseuse des lobules hépatiques de l'accumulation de matières chyleuses dans des ganglions devenus imperméables en même temps que caséeux, on est conduit à penser, suivant M. Ferrant, que ces matières chyleuses, absorbées par les radicules chilyfères, ne trouvant pas d'issue, ont dû être reprises par les racines de la veine-porte et transmises au foie en quantité surabondante.

La physiologie nous apprend que cette altération graisseuse du foie coïncide avec l'exagération dans l'ingestion ou dans la production de matériaux graisseux ou bien avec une entrave quelconque à la destruction de ces matériaux. Mais dans le cas présent cet afflux est dû à la rétention des matériaux chyleux dans les ganglions lymphatiques du mésentère obstrués par dégénération et à la reprise de ces matériaux par le système de la veine-porte.

Cet afflux excessif de graisse abordant le foie par les voies sanguines peut être expliqué, suivant M. Ferrant, par les données de la physiologie qui sépare le foie en foie sanguin et en foie biliaire, et attribue aux cellules vasculaires l'altération graisseuse. D'autre part, Vogel et Wedl ont distingué l'infiltration graisseuse intercellulaire et l'infiltration graisseuse interlobulaire, et ces transformations graisseuses paraissent débuter par la périphérie du lobule, c'est-à-dire dans les points qui sont plus spécialement en rapport avec les ramifications de la veine-porte ; c'est donc là une nouvelle raison de croire que le système de la veine-porte est souvent la voie par laquelle les matières grasses arrivent en excès dans l'intérieur du foie, et, dans le cas actuel, l'obstruction et la distension chyleuse des voies lymphatiques semble encore confirmer cette manière de voir.

Discussion sur l'expectoration albumineuse.

M. DUJARDIN-BEAUMETZ lit, à propos de la récente communication de M. Féréol sur les fistules pleuro-bronchiques sans pneumo-thorax, une note sur un cas d'expectoration albumineuse accompagnant un hydro-pneumo-thorax.

Il s'agit d'une jeune fille de vingt-deux ans qui présente tous les signes d'un hydro-pneumo-thorax et qui, à la suite de plusieurs thoracentèses pratiquées par M. Matice, a vu se produire d'abord d'une façon intermittente, puis continue, une véritable vomique, consistant dans l'expectoration d'un liquide albumineux.

M. Dujardin-Beaumetz se demande si ce fait vient confirmer ou combattre la théorie admise par M. Féréol pour expliquer l'expectoration albumineuse après la thoracentèse.

Il montre d'abord que, contrairement aux prémices posées par son collègue, les pleurésies qui se terminent par l'évacuation du liquide par les bronches, s'accompagnent dans l'immense majorité des cas, chez l'adulte du moins, de pneumo-thorax, et que les faits de pustules pleuro-bronchiques sans pénétration de l'air dans la plèvre sont encore à démontrer d'une façon positive.

Il fait aussi remarquer cette contradiction qui existerait dans les perforations spontanées des poumons consécutives à la pleurésie, qui ont toujours lieu dans les cas d'inflammation chronique et suppurée de la plèvre, tandis que celles qui se produiraient après la thoracentèse n'auraient lieu que dans des cas de phlegmasie aiguë.

Quant aux deux observations invoquées par M. Féréol à l'appui de sa thèse, il repousse la première, celle due à M. Durozier, parce qu'à un moment donné, il s'est produit un pneumo-thorax, et n'admet pas la seconde, parce que la thoracentèse ayant été pratiquée avec un appareil aspirateur, aucun signe de pneumo-thorax ne s'est produit.

M. Dujardin-Beaumetz ne peut, en effet, comprendre comment, si l'on admet la possibilité d'une fistule pleuro-bronchique, et par cela même une communication possible de la poche avec l'air extérieur, ce dernier ne puisse pénétrer dans la plèvre sous l'influence de l'aspiration brutale que produisent les appareils maintenant en usage, et c'est là un des plus sérieux arguments contre l'hypothèse de M. Féréol.

Puis il arrive aux lésions pleurales suppurées existantes et caractérisées par un véritable *feutrage pleural*, qui, laissant filtrer le liquide, ne permettrait pas l'introduction de l'air; il montre que cette altération est purement imaginaire, qu'elle n'a jamais été observée *de visu*, et que, même, en admettant cette fiction anatomo-pathologique, on ne peut expliquer cependant l'expectoration albumineuse dans la plupart des observations jusqu'ici connues.

Il insiste surtout sur ce point que dans les faits où le liquide pleural s'est reproduit, l'expectoration albumineuse a cessé, ce qui ne devrait pas être si la perforation pleuro-bronchique existait. Il montre aussi que ces perforations cadreraient mal avec le cas où la thoracentèse ayant vidé complétement la poitrine, le malade rend quelques heures après par la bouche jusqu'à 1,000 grammes de liquide albumineux.

M. Dujardin-Beaumetz conclut en disant que, de toutes les théories faites pour expliquer ce phénomène si curieux de l'expectoration albumineuse consécutive à la thoracentèse, la moins probable est à coup sûr celle des perforations spontanées, perforations que ni l'autopsie, ni l'existence des lésions anatomo-pathologiques, ni la marche de la maladie ne permettent d'affirmer et qui doivent être considérées jusqu'à nouvel ordre comme une pure hypothèse peu conforme à la réalité des faits.

M. MOUTARD-MARTIN lit une note dans laquelle il discute de point en point la communication de M. Feréol et qu'il termine par cette conclusion que toujours l'expectoration albumineuse est liée à des phénomènes congestifs ayant lieu du côté du poumon.

La séance est levée à 5 heures 1/2.

VARIÉTÉS

Physiologie zoologique de LAMARCK; nouvelle édition (1), par Ch. MARTINS, professeur d'histoire naturelle à la Faculté de médecine de Montpellier.

On connaissait généralement Lamarck par ses travaux descriptifs si considérables et botaniques et zoologiques. Lamarck, philosophe, restait beaucoup dans l'ombre ; Cuvier l'avait jugé très-sévèrement. La réaction se produit aujourd'hui, et à prêter l'oreille au bruit qui se fait autour du nom de Lamarck, on pourrait croire que son œuvre était inconnue. Cependant, après avoir été publiée en 1809, sa *Philosophie zoologique* a été de nouveau publiée en 1830. On trouvera peut-être la raison de ce réveil de l'opinion dans le sous-titre de ce livre, l'exposition de considérations relatives à l'histoire naturelle des animaux, à la diversité de leur organisation et des facultés qu'ils en obtiennent; aux causes physiques qui maintiennent en eux la vie et donnent lieu aux mouvements qu'ils exécutent; enfin à celles qui produisent les unes le sentiment, les autres l'intelligence de ceux qui en sont doués. »

Récemment, M. Ch. Martins nous avait donné dans la *Revue des Deux-Mondes* une étude sur Lamarck, qui devait précéder la publication de la *Philosophie zoologique*. Dans cette étude, on pouvait relever des idées bien hardies, d'autres fort étranges. Nous devons remercier M. Martins d'avoir réédité le livre de Lamarck : car nous

(1) 2 vol. in-8°. Prix : 12 francs. — F. Savy.

pouvons maintenant recourir facilement aux sources. La grande figure de Lamarck ne saurait perdre à être revue de plus près. Que l'on discute sur ce que Lamarck pense que la fonction crée l'organe, et que l'emploi plus fréquent de telle des parties de l'animal le développe et l'agrandit proportionnellement, soit; mais qu'on ne nous présente pas dans Lamarck un précurseur de la libre pensée, car nous ne saurions admettre qu'on pût donner ce titre à celui qui a écrit à la page 426 de sa *Philosophie zoologique* : « La *nature*, cet ensemble immense d'êtres et de corps divers, dans toutes les parties duquel subsiste un cercle éternel de mouvements et de changements que des lois régissent, ensemble seul immutable, tant qu'il plaira à son SUBLIME AUTEUR de le faire exister, doit être considérée comme un tout constitué par ses parties, dans un but que son auteur seul connaît, et non pour aucune d'elles exclusivement. »

Après cette déclaration, nous ne comprenons plus le rôle que l'on prétendrait faire jouer à Lamarck. N'oublions pas que Lamarck fut destiné à l'Église; les premières impressions s'effacent difficilement; grattez le philosophe et vous retrouverez le *clérical*.

THÈSES

SOUTENUES A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

PENDANT L'ANNÉE 1873.

166. Voizard. Étude sur l'alimentation du soldat.
167. Martin. Du traitement des fièvres intermittentes anciennes.
168. Armand. Du traitement de la coqueluche par l'hydrate de chloral et par le bromure de potassium.
169. Bourdet. Étude sur la triméthylamine. Ses propriétés chimiques, physiologiques et thérapeutiques.
170. Bloch. De la contusion du rein, d'après l'examen comparé de quarante observations.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Le concours des chirurgiens des hôpitaux vient de se terminer par la nomination de MM. Terrier et Delens.

Il existe aux États-Unis depuis 1863 une Académie nationale des sciences; le nombre de ses membres est de 70, qui figurent parmi les représentants les plus éminents de la science américaine. Son but est l'avancement des sciences. Quand le gouvernement en appelle à ses lumières, elle est obligée par ses statuts de faire procéder à une enquête et de publier un rapport sur toute question scientifique qu'il plait au gouvernement de lui soumettre. L'Athénæum de Londres vient de publier un compte rendu de la dernière session annuelle de cette Académie.

— Le nombre des universités russes est de huit. Ce sont celles de Saint-Pétersbourg, Moscou, Karkow, Kazan, Kiew, Odessa, Dorpat et Varsovie. Le nombre des élèves qui y étudient est cette année, de 1922.

— La quarantaine est levée à Widdin, ainsi qu'à Routschuk, le choléra ayant entièrement disparu des pays qui sont en relations maritimes avec ces deux ports.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Traité de chirurgie dentaire, ou Traité complet de l'art du dentiste, par JOHN et CH. TOMES, professeurs d'anatomie et de pathologie dentaires, chirurgiens dentistes de l'hôpital de Middlesex et de l'hôpital dentaire de Londres, traduit sur la 2e édition anglaise par le docteur G. Darin. Paris, 1873. Un vol. petit in-8° de 700 pages, avec 263 gravures dans le texte. Prix : 10 fr. — F. Savy.

Du traitement des plaies en général et en particulier d'un mode nouveau de pansement antiseptique par le coaltar et le charbon, suivi d'un aperçu sur la pourriture d'hôpital et son traitement, par le docteur LOUIS BEAU (de Toulon), médecin en chef de la marine. Paris, 1873. Un vol. in-8° de 136 pages. Prix : 3 fr. — J.-B. Baillière et fils.

Le Directeur : Dr E. LE SOURD.

Paris. — Typographie A. POUGIN, quai Voltaire, 13.

Eaux minérales de Vals acidules.

Gazeuses, Bicarbonatées, Sodiques, analysées par O. HENRI.

Thermalit 13°	Saint-Jean	Rigolette	Précieuse	Désirée	Magdeleine
Acide carbonique libre...	1.425	2.095	2.218	2.145	2.050
Bicarbonate de soude....	1.480	5.800	5.940	6.040	6.280
— de potasse...	0.040	0.263	0.230	0.263	0.255
— de chaux....	0.310	0.259	0.630	0.571	0.520
— de magnésie.	0.120		0.750	0.900	0.672
— fer et mang.	0.006	0.024	0.010	0.010	0.029
Chlorure de sodium......	0.060	1.200	1.080	1.100	0.169
Sulfate de soude et chaux.	0.054	0.220	1.185	0.200	0.235
Silicate et silice, alumine..	0.080	0.060	0.060	0.058	0.097
Iodure alcal. arsenic lit..	indice	traces	indice	indice	traces
	2.151	7.826	8.885	9.142	9.248

Ces eaux sont *très-agréables* à boire à table, pures ou coupées avec du vin. Un excès d'acide carbonique et la proportion heureuse des bicarbonates calciques-magnésiens en font, malgré la plus riche minéralisation qui soit connue en France, des eaux *légères, douces,* essentiellement *digestives.* Dose ordinaire, une bouteille par jour. (*Indiquer autant que possible la source que l'on entend prescrire.*)

Emplois spéciaux : SAINT-JEAN, maladie des organes digestifs ;—PRECIEUSE, maladies de l'appareil biliaire ; — DESIREE, maladies de l'appareil urinaire ; — RIGOLETTE, chlorose, anémie; — MAGDELEINE, maladies de l'appareil sexuel.

SOURCE FERRO-ARSENICALE DE LA DOMINIQUE

Acide sulfurique libre..................		1.33
Silicate acide	sesqui-oxyde de fer	0.44
Arséniate »		
Phosphate »		
Sulfate »		
— de chaux..........................		
Chlorure de sodium....................		
Matières organiques...................		

Cette eau est arsenicale; elle n'a aucune analogie avec les précédentes. Fièvres intermittentes, cachexies, dyspnée, maladies de la peau, scrofule, maladies organiques, etc.

Les eaux de ces sources se transportent et se conservent sans altération ; elles se trouvent dans les principales pharmacies de France, au prix de 8,80 c. la bouteille en verre noir, revêtue d'une étiquette et coiffée d'une capsule en étain indiquant la source où elle a été puisée.

HÉMATOSINE

De **TABOURIN**, chev. de la Légion d'honneur et **LEMAIRE**, chimiste.

FERRUGINEUX PHYSIOLOGIQUE, ASSIMILABLE

L'Hématosine assure une guérison complète et prompte de toutes les maladies causées par l'appauvrissement du sang.

Chlorose, anémie, scrofule, lymphatisme des enfants, leucorrhée (*flueurs blanches*), **aménorrhée, maigreur excessive, faiblesse générale, épuisement, convalescences longues et difficiles, etc., etc.**

L'Hématosine est parfaitement supportée par les estomacs les plus délicats ; elle ne constipe pas ; elle passe très-bien sans amener ni fatigue, ni dégoût, ni accidents d'aucune sorte.

Vente en gros chez DESNOIX et Cᵉ, 22, rue du Temple, à Paris. Au détail, chez tous les pharmˢ.

Apiol des docteurs Joret et Homolle

Médaille à l'Exposition univ. de Londres 1862.

Le commerce délivre sous le nom d'Apiol une liqueur verdâtre, d'une odeur térébinthacée. C'est une imitation très-infidèle de ce puissant emménagogue. Son emploi n'offre aucune des garanties d'efficacité que possède l'Apiol pur, préparé d'après les procédés des docteurs JORET et HOMOLLE, le seul que de savants et consciencieux observateurs ont expérimenté dans les hôpitaux de Paris, le seul qui a été l'objet de rapports favorables.

L'*Apiol pur,* ainsi que le constate un rapport fait à la Société de pharmacie de Paris, *est un liquide huileux, de couleur ambrée, non volatil, plus dense que l'eau...* Toute préparation ne présentant pas ces caractères principaux ne saurait mériter la confiance du corps médical.

Exiger sur le flacon les cachets JORET et PUJOL.

Dépôt général, pharm. BRIANT, 150, r. de Rivoli.

SAINT-HONORÉ-LES-BAINS

(NIÈVRE)

EAUX SULFUREUSES SODIQUES

ÉTABLISSEMENT THERMAL COMPLET

VASTE PISCINE à Eau courante

(*Vraie rivière sulfureuse natatoire, 28° c.*)

Traitement des maladies de la Gorge, de la Voix et de la Poitrine, Asthmes, Catarrhes, Bronchites, — Affections nerveuses et cutanées. Scrofule, Lymphatisme, Maladies des femmes.

DÉPOT : 60, rue Caumartin.

EXPOSITION DE 1867

La seule et unique Médaille pour la Pepsine, en récompense de la supériorité de fabrication constatée après expériences faites par les membres du Jury de l'Exposition 1867, MM. FELHING (de Stuttgart), FRITSCHE (de Saint-Pétersbourg), a été accordée exclusivement à la

Pepsine de Boudault, seul fabricant et fournisseur de la Pepsine dans les hôpitaux de Paris depuis 1854.

Quinze années de fabrication supérieure.

Elle est employée dans les *dyspepsies légères et rebelles, gastrites, gastralgies, dans les vomissements incoercibles de la grossesse, la lienterie des enfants, et autres affections des organes digestifs,* sous forme de vin, Elixir, Prises, Pastilles et Dragées. *Se méfier des contrefaçons.*

Pharmacie HOTTOT, 24, rue des Lombards, Paris.

EPILEPSIE

HYSTERIE — NEVROSES

Le SIROP DE HENRY MURE, **au bromure de potassium** (exempt d'iodure), dont l'usage est aujourd'hui universellement répandu, a déterminé un nombre considérable de guérisons publiées dans les recueils scientifiques.

Chaque cuillerée de SIROP DE HENRY MURE contient 2 grammes de **bromure de potassium** d'une pureté chimique irréprochable.

PRIX DU FLACON : 5 francs.

Vente au détail. — A Paris, 16, rue de Richelieu, pharmacie LEBROU.

Vente en gros. — S'adresser à M. HENRY MURE, pharmacien, à Pont-Saint-Esprit (Gard).

PAPIER RIGOLLOT

POUR SINAPISMES

Adopté par les Hôpitaux de Paris, les Ambulances et Hôpitaux militaires, et par les Marines française et anglaise.

26, rue Vieille-du-Temple, à Paris, et dans toutes les pharmacies.

VERMIFUGE DES ENFANTS

Pralines à la Santonine-Colmet

Reconnues par les premiers docteurs de Paris comme le vermifuge le plus sûr et le plus agréable. 1 fr. 25 le flac. — COLMET, 12, rue Neuve-St-Merry.

PANCRÉATINE DEFRESNE

HUILE DE FOIE DE MORUE DEFRESNE ÉMULSIONNÉE PAR LA PANCRÉATINE.

PILULES, VIN, ÉLIXIR, ÉMULSION PANCRÉATIQUE DEFRESNE

EMPLOYÉS DANS LES HOPITAUX DE PARIS

(Voir les Mémoires présentés à l'Académie de médecine et à l'Institut.)

La **Pancréatine Defresne** perd un tiers de sa force dans l'estomac, mais continue son action dans le duodénum en présence de la bile alcaline. Elle rend assimilable, 15 fois son poids de corps gras ; elle digère 50 fois son poids de fibrine, 140 gr. d'empois ou 8,90 d'amidon.

Pharmacie DEFRESNE, rue des Lombards, 2 et 4, et dans toutes les autres pharmacies.

PRIME DE **16,600** FRANCS — MÉDAILLE D'**OR** A LAROCHE

QUINA LAROCHE

Extrait COMPLET **des 3 SORTES de quinquinas**

ÉLIXIR *reconstituant, tonique* et *fébrifuge.* A base de vin d'Espagne et d'un goût agréable, ce produit participe du vin et du sirop de quinquina, mais leur est bien supérieur en efficacité.

Le procédé **Laroche** consiste à épuiser par une série de véhicules variés, et un outillage spécial, la totalité des nombreux principes contenus dans les 3 meilleures sortes de quinquinas (*jaune, rouge et gris*), principes essentiels qui se complètent l'un par l'autre, et qui manquent presque toujours dans les préparations ordinaires.

Combiné au fer le *Quina Laroche* **Ferrugineux** offre une préparation aussi complète que possible, pour tous les cas où le *quinquina* et *le fer* sont jugés utiles.

PARIS, 22 et 15, rue Drouot, et dans toutes les pharmacies françaises et étrangères.

J. Laroche

PILULES HÉMATIQUES DUROY

A l'extrait de sang de bœuf. — Tonique reconstituant complet

Anémies, affaiblissements, convalescences, etc. — 4 fr. le flacon de 100 pilules dragéifiées inaltérables. J.-L.-P. DUROY, pharm., lauréat de l'Institut, 10, rue du faub. Montmartre, Paris, et dans les pharm.

EAUX DE CAUTERETS (HAUTES-PYRÉNÉES)

SULFURÉES SODIQUES. — **La Raillère, César, Mauhourat.**

LES MOINS ALTÉRABLES PARMI LES EAUX SULFUREUSES

Leur efficacité en boisson et en gargarisme a donné à la station de CAUTERETS une réputation hors ligne. Leur stabilité naturelle et les soins apportés à l'embouteillage font qu'elles conservent en bouteille les mêmes principes qu'à la source.

La Raillère, *bronchites, rhumes persistants, catarrhes pulmonaires, pharyngites, laryngites, avec altération ou perte de la voix, toutes les affections des voies respiratoires.*

César, *bronchites, catarrhes pulmonaires, asthmes, emphysèmes pulmonaires, pharyngites, laryngites, maladies de la peau.*

Mauhourat, *gastralgies, dyspepsies, entéralgies, catarrhes de la vessie, anémies.* — Agit sur les voies digestives et la sécrétion urinaire. — Se boit aux repas, coupée avec du vin ou seule.

Se trouvent chez tous les marchands d'eaux minérales et principaux pharmaciens, ou s'adresser à CAUTERETS, *au directeur des Eaux.*

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Bureaux : 57, rue des Saints-Pères, 57
PRÈS L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix d'abonnement doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

On s'abonne hors de Paris dans les bureaux des Messageries et chez les Libraires
Les lettres non affranchies sont refusées.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui n'en peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS
Trois mois. . 8 fr. 50 c.
Six mois. . . 16 —
Un an. . . . 30 —

POUR L'ÉTRANGER le port en sus suivant les derniers tarifs des Postes.

Paris, le 18 juin 1873.

SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

Au point où en était arrivée la question de l'*étiologie du typhus*, M. Chauffard ne pouvait plus que faire une belle retraite. Il s'en est tiré à merveille.

Par d'habiles retours offensifs, il a su montrer à ses adversaires combien il restait redoutable, bien qu'il renonçât pour le moment à imposer sa nouvelle doctrine.

A chacun des faits mis en avant par M. Bouchardat ou par M. Fauvel contre cette doctrine, on le voit opposer une interprétation qui tend à lui ôter toute valeur probante.

Si M. Bouchardat a prédit, sans se tromper, le typhus de Finlande et le typhus d'Algérie, dès qu'il a appris à quel point la famine se faisait sentir dans ces pays, c'est qu'en effet, avoue M. Chauffard, la famine et l'encombrement sont des conditions qui favorisent la prompte extension du typhus, et lui permettent de s'élever jusqu'à l'état épidémique partout où il existe en germe ; mais c'est surtout parce que déjà le typhus existait en germe en Finlande et en Algérie. En Finlande il est endémique, pour ainsi dire. En Algérie, on ne sait pas d'où il était venu, mais pourquoi ne pas admettre, ajoute M. Chauffard, que c'était de Crimée? N'est-ce pas postérieurement à la guerre de Crimée que les chirurgiens militaires en observèrent quelques cas chez les Kabyles du Jurjura, autour du fort Napoléon? et cela dès l'année 1863, cinq ans avant l'épidémie qui succéda à la famine?

C'est ainsi que partout, à l'aide d'hypothèses surajoutées, le grand tacticien fait passer à l'état de simple hypothèse les démonstrations qui semblaient les plus concluantes.

Lui parle-t-on de la guerre de Crimée, du typhus qui sévit d'abord dans l'armée anglaise, alors qu'elle souffrait beaucoup plus que la nôtre, puis qui la quitta pour ravager l'armée française, alors que celle-ci était à son tour dans des conditions hygiéniques bien plus déplorables? M. Chauffard fait remarquer que les Anglais, les Écossais, les Irlandais surtout, étant sans doute par race disposés au typhus, devaient nécessairement former le premier milieu d'élaboration du germe typhique ; et il répète qu'une fois ce germe élaboré, sa propagation, il le reconnaît, tient surtout à des influences auxiliatrices, telles que la famine et l'encombrement et toutes les causes débilitantes.

Lui objecte-t-on ce qui s'est passé lors de l'émigration des tribus circassiennes ? il demande à M. Fauvel comment il pourrait affirmer que le contage typhique n'était pas endémique dans les montagnes de Circassie.

Enfin, lui parle-t-on des cas de typhus observés en France dans des villages de Bretagne. Il rappelle que ces villages, proches de la mer et du port de Brest, en rapport avec l'étranger par l'intermédiaire des marins et des chargements des navires, ont bien pu recevoir ainsi le typhus par importation, comme d'autres avaient reçu, par importation, la fièvre jaune.

Même en Crimée, dit-il, il est possible que le typhus ait pénétré par importation dans l'armée anglaise, préparée par race à le recevoir, et ait pris naissance dans une autre race prédisposée, la race russe. Il y a toujours assez de rapports entre des armées belligérantes pour expliquer une contagion, ne fût-ce que par les prisonniers que l'on se fait de part et d'autres.

On le voit, avec ces prémisses, si le siége prussien eût duré plus longtemps, si, sous l'influence de la famine, des privations, etc., le typhus contagieux, complet, le vrai typhus épidémique eût à la fin régné dans Paris de manière à faire oublier le scorbut et le reste, M. Chauffard aurait encore eu plus d'une réponse à faire à ceux qui auraient voulu trouver dans ce fait la condamnation définitive de sa théorie étiologique.

La garnison de Paris ne comprenait-elle pas un assez grand nombre de marins rassemblés à la hâte et pris souvent au moment du retour sur des navires qui revenaient de lointains voyages? N'était-il donc pas supposable que ces marins, leurs vêtements, leurs bagages avaient pu porter à Paris des germes endormis, un contage latent prêt à se répandre, du moment où les influences auxiliaires auraient préparé le terrain à l'épidémie?

Et s'il eût été démontré, par impossible, que de tous ces marins aucun n'était venu de pays à typhus, n'avait-on pas encore assez de prisonniers de races typhogènes, de Prussiens du Nord ou de l'Est ?

On n'a plus de sécurité contre les germes typhogènes avec les bateaux à vapeur, les chemins de fer, les relations rapides et incessantes de peuple à peuple.

Heureusement qu'il n'est pas si commun de rencontrer tout cet ensemble de circonstances, qui, bien que secondaire aux yeux de M. Chauffard, n'en est pas moins, de son aveu, indispensable à

l'éclosion de ces grandes épidémies où le *typhus des armées*, par exemple, se montre non moins formidable que le choléra.

Mardi prochain la discussion académique sera interrompue par la séance solennelle de distribution des récompenses.

Nous reviendrons sur ce discours de M. Chauffard, dont les conclusions modérées montrent la perspicacité du savant professeur.

Dr Victor Révillout.

HOPITAL DES ENFANTS-MALADES. — M. Bouchut.

Éclampsie albuminurique et urémie. Guérison par l'hydrate de chloral.

L'encéphalopathie albuminurique, dans sa forme comateuse, éclamptique ou convulsive et dyspnéique, est si diversement interprétée, que le fait actuellement en cours d'observation dans mon service m'engage à vous dire ce que je crois être le vrai à cet égard en discutant la question de l'urémie et de l'éclampsie.

Jadis, et les écrits de nos maîtres d'il y a trente ans en font foi, jadis on croyait en France que l'état comateux ou convulsif de l'albuminurie ou *encéphalopathie albuminurique*, dépendait de l'œdème cérébral et de la suffusion séreuse de la pie-mère. C'est ce que j'ai professé moi-même pendant de nombreuses années, — alors ont été publiées les recherches de Wilson, de Woehler et de Frérichs, sur l'urémie considérée comme cause de ces accidents. Par suite de cet engouement irréfléchi pour les travaux étrangers, dont nous avons donné tant de preuves ridicules, nous avons, en général, abandonné notre opinion qui était la bonne, pour une conception hypothétique qui est encore bien loin d'être démontrée. Nous avons abandonné la proie pour l'ombre. Aujourd'hui, les pathologistes semblent revenir de ce premier mouvement, et tout en faisant la part de l'urémie, de l'ammoniémie, de l'insuffisance sécrétoire des urines dans la production de l'éclampsie albuminurique, ils reviennent à la théorie française de l'œdème cérébral et méningée produisant l'éclampsie. Je n'en suis pas surpris, puisque le fait est vrai, mais ce qui m'a étonné c'est de voir, dans un livre récent, qu'on rapportait l'honneur de cette théorie à Traube. Peut-être ce médecin s'est-il attribué la découverte, mais il n'eût été que juste de dire que depuis longtemps cette découverte avait été faite en France. On la trouve mentionnée par les auteurs du *Compendium de médecine*, qui, eux, ne s'en attribuent même pas le mérite. Quoi qu'il en soit, d'après ce que j'ai vu, l'éclampsie albuminurique doit être rapportée, 1° à la suffusion séreuse des méninges et du cerveau; 2° à l'intoxication urémique ou ammoniémique par insuffisance sécrétoire des reins.

Quelle est celle de ces deux causes à laquelle il faille rapporter les attaques d'éclampsie observées chez notre malade? Est-il possible de les séparer et de les distinguer? C'est ce que je vais essayer de faire, mais avant, permettez-moi de vous rappeler très-brièvement les circonstances du fait dont je vais discuter la pathogénie et le traitement.

Cette enfant (1) est venue à l'hôpital il y a quinze jours, pour une maladie peu caractérisée que l'on a considérée comme n'ayant pas d'importance. Après un séjour de courte durée, elle a été envoyée à la campagne, et c'est là où son corps a commencé à enfler. Si elle avait eu la scarlatine, on en aurait vu l'éruption ou même la desquammation. Il est probable donc qu'il n'y a pas de scarlatine antérieure, et l'enfant dit n'avoir pas eu d'éruption.

Je crois qu'elle a eu une néphrite albumineuse primitive, maladie dont les symptômes sont nuls ou obscurs, et que, l'analyse des urines n'ayant pas été faite, ce qu'elle présentait d'anormal n'ayant pu être attribué à sa véritable cause, aura été considéré comme une indisposition sans conséquence. Il est évident qu'elle avait alors de l'albuminurie qu'elle a encore aujourd'hui, et que ce n'est qu'après son départ de l'hôpital que l'enflure générale s'est manifestée.

A peine arrivée à l'hôpital, elle a eu une première attaque d'éclampsie, puis une seconde trois heures après, et enfin une troisième au moment de ma visite. Tout à coup, elle a perdu connaissance, ses lèvres ont bleui, et sur son visage il y a eu d'horribles convulsions, qui ont gagné les membres supérieurs en tordant les poignets et les pieds. L'attaque a duré dix minutes et a cessé sans comas consécutifs et en laissant toute l'intégrité de l'intelligence.

A ma visite, l'enfant est pâle et bouffie, son visage est tuméfié, ses paupières demi-closes, et sur tout son corps la peau garde l'empreinte du doigt. Le ventre est gros, distendu et fluctuant à l'hypogastre. Les deux côtés de la poitrine en arrière offrent un peu de matité, mais le murmure vésiculaire s'entend bien, quoiqu'il soit couvert de chaque côté par du râle sous-crépitant. Le cœur s'entend bien, n'offre pas de matité, et les claquements valvulaires sont distincts, sans bruit anormal.

Le pouls est régulier, 82, et la température hier soir 37° et 37,3.

Les urines sont jaunes, déposent des cylindres d'épithélium rénal; elles sont acides et précipitent abondamment par la chaleur et par l'acide nitrique. Leur quantité est diminuée, car il n'y en a pas plus de 300 grammes en vingt-quatre heures, et leur densité n'est que de 1015.

La bouche est rosée, humide et sans odeur ammoniacale; il n'y a ni vomissements, ni diarrhée, et l'enfant prendrait volontiers des aliments.

A l'ophthalmoscope du côté gauche, la papille est pâle, aplatie, un peu terne, diffuse, et les veines n'offrent aucune dilatation. A droite, la lésion est plus prononcée, la papille est pâle, aplatie, grisâtre, diffuse, un peu œdématiée, mais il n'y a rien dans les veines de la rétine.

En cet état, quel doit être mon diagnostic et quel sera mon traitement? Je vais vous le dire.

Il est évident qu'il s'agit ici d'une anasarque albuminurique mais les accidents convulsifs sont-ils dus à *la suffusion séreuse de la pie-mère et du cerveau*, ou bien doit-on les rapporter à une *intoxication urémique* ou *ammoniémique* par insuffisance sécrétoire des reins. La discussion à laquelle je vais me livrer vous fera connaître mon opinion. Mais, pour ne pas vous égarer, je vous dirai de suite que je vais essayer d'établir que cette éclampsie albuminurique dépend d'un œdème cérébral et méningé.

En effet, notre malade offrant de l'anasarque, de l'hydro-péritonie et de l'œdème des poumons, il est probable que le cerveau et les méninges ne sont pas exempts de suffusion séreuse. Ce qui n'est que probable est rendu certain par les résultats de la cérébroscopie. En effet, l'ophthalmoscope révèle un certain degré d'œdème des papilles, plus marqué à droite qu'à gauche. Donc, s'il y a œdème des nerfs optiques, c'est qu'il y a de l'œdème de la pie-mère, et que, par l'espace sous-arachnoïdien prolongé le long du nerf optique, ainsi que l'a établi Key (de Stockholm), la suffusion séreuse de l'encéphale a pu gagner la papille.

(1) Marie C..., treize ans, entrée le 30 mars mars 1873, n° 24, salle Sainte-Catherine.

Comme, d'une autre part, il n'y a eu ni vomissements, ni diarrhée, que la bouche est restée humide, sans fuliginosités, que la température a été de 37 et 37,3, il est probable qu'il n'y a pas d'intoxication urémique et que l'œdème cérébral est surtout la cause de l'éclampsie observée chez la malade.

D'ailleurs, l'urémie n'est pas encore démontrée d'une façon incontestable. On ne peut, à son égard, faire que des suppositions plus ou moins rationnelles. En effet, étant admis le fait réel d'une insuffisance sécrétoire des urines, il est juste de croire à la rétention de l'urée dans le sang. Toute la question est de savoir si cette urémie est la cause directe ou indirecte (par suite de la conversion de l'urée en carbonate d'ammoniaque) des convulsions ou du coma.

Or, Owen, Christeson, Bright, Frérichs lui-même on rapporté des faits dans lesquels, malgré la grande accumulation d'urée dans le sang, il n'y a pas eu de troubles nerveux consécutifs. Deuxièmement, Ségalas, Magendie, Treitz, ont injecté 5 à 15 grammes d'urée dans les veines de quelques chiens sans produire d'accidents, et la substance était rapidement éliminée.

Il n'y a que les faits de Richardson où l'on voit l'injection d'urée, non dans les veines, mais dans le tissu cellulaire ou dans le péritoine, produire à dose successive des convulsions actives sans rémission, suivies de mort, ou laisser vivre l'animal si la dose n'est pas trop forte. Troisièmement, l'extirpation des reins, pratiquée par Cl. Bernard, qui facilite la rétention de l'urée dans le sang, ne produit pas davantage d'accidents convulsifs. Quatrièmement, enfin, on connaît des cas d'anurie hystérique dans lesquels la rétention de l'urée n'a produit aucun accident convulsif semblable à ceux qu'on impute à l'urémie.

Frérichs à dit, il est vrai, que ce n'était pas l'urée qui produisait l'état comateux ou convulsif, mais l'urée accidentellement transformée en carbonate d'ammoniaque sous l'influence d'un ferment du sang. A cette affirmation, Schottin, Hammond, Gallois ont répondu en niant la possibilité de la transformation de l'urée en carbonate d'ammoniaque dans le sang vivant. Deuxièmement, on a injecté du carbonate d'ammoniaque dans le sang, et Oppler et Richardson, qui ont répété l'expérience, soutiennent que cette injection ne produit pas d'accidents semblables à ceux de l'encéphalopathie albuminurique, qu'elle produit la mort par convulsions tétaniques sans rémission si la dose est très-forte, et que chez certains animaux elle ne détermine aucun accident. La théorie de Frérichs est donc fausse, et les conclusions qu'on en a tirées en pathologie sont entièrement à reviser.

Maintenant, chez notre malade, l'urémie a-t-elle existé ou existe-t-elle? On en peut douter : 1° parce que, d'après ce que je viens d'exposer, on ne sait encore rien de précis au sujet des conséquences des altérations possibles du sang par l'urée, et que tout ce qui a été dit à cet égard repose sur de simples hypothèses; 2° parce que l'enfant n'a présenté aucune odeur ammoniacale de la respiration qui puisse faire soupçonner *l'ammoniémie;* 3° parce qu'elle n'a pas eu l'abaissement de température que tout récemment l'on a dit être le caractère certain des accidents urémiques.

Ce qu'il y a eu en faveur de cette hypothèse d'urémie chez notre malade, c'est l'insuffisance de la sécrétion urinaire et par cela même de l'excrétion de l'urée. Au lieu de 1,200 à 1,800 grammes d'urine et davantage qu'elle pourrait sécréter en vingt-quatre heures, l'enfant n'en a sécrété que 300. La quantité rendue n'avait au densimètre que 1015, chiffre un peu au-dessous de la normale, de sorte que l'on peut conclure que l'enfant rejetait à la fois moins d'urée et moins de matières extractives, d'où cette conséquence que ces matériaux de l'urine ont dû s'accumuler dans le sang. L'anurie incomplète est ici la probabilité de l'urémie. Mais, est-ce cette urémie dont j'accepte la coïncidence qui, par son influence toxique directe, ou est-ce l'urée en excès qui, par sa transformation en carbonate d'ammoniaque et formant l'*ammoniémie* a produit l'éclampsie, j'en doute; car, ainsi que je viens de le dire, les expériences faites sur l'urée ne prouvent pas plus qu'il en soit ainsi que celles qui ont été entreprises avec le carbonate d'ammoniaque. Qu'avec ces substances on empoisonne les lapins, cela est possible, on les tue si facilement; mais on arrive aux mêmes résultats avec des injections d'eau dans les veines, et je ne tire aucune conclusion sérieuse de tous ces faits trop nombreux pour avoir une importance décisive.

Reste donc enfin l'abaissement de température signalé dans certains cas par Kien, W. Roberts, Hutchenson, Baginski, Hirtz, Bourneville, etc., comme un caractère certain de l'urémie. Ce dernier observateur affirme d'une façon absolue, qu'il y a une éclampsie urémique et une éclampsie simple; — que, dans la première, il y a toujours un abaissement de la température qui peut tomber à 30° et 31°, tandis que dans l'éclampsie sans urémie la température s'élève au contraire et peut atteindre 39°, 40° et plus.

D'assez nombreuses observations ont été produites à l'appui de cette opinion. Je les ai lues avec soin, et elles semblent autoriser la distinction de l'éclampsie albuminurique en deux espèces, l'une avec élévation, et l'autre avec abaissement de la température. Serait-il vrai que celle où l'on constate une notable diminution de la chaleur animale dépende de l'urémie, tandis que l'autre serait au contraire la conséquence d'un trouble fonctionnel du système nerveux? Cela est encore impossible à dire d'une façon absolue. Cependant il y a là un fait important qu'il faut savoir reconnaître, et dont les cliniciens devront tenir compte.

Chez notre malade, malgré l'albuminurie, malgré l'insuffisance de la sécrétion urinaire, malgré la diminution de densité des urines qui pouvaient faire croire à une intoxication urémique et à une éclampsie par altération de fluide sanguin, la température est restée normale ou supérieure, car, dans les deux cas, le symptôme d'insuffisance sécrétoire de l'urine est le même. — Si l'on en jugeait seulement par les résultats de la thermométrie, le fait dont je parle ne devrait pas être rangé dans la catégorie des éclampsies urémiques, et devrait, au contraire, être attribué à des phénomènes de suffusion séreuse de la pie-mère et du cerveau. C'est, en effet, la conclusion à laquelle je me trouve réduit, autant par l'étude de toutes ces particularités négatives, que par l'observation des phénomènes de la maladie, et surtout par les résultats de l'examen ophthalmoscopique qui m'a fait découvrir un œdème de la papille, indice d'un état semblable dans le cerveau.

Maintenant que, par cette discussion, j'ai éclairé le diagnostic et la pathogénie de ce cas d'éclampsie soumis à votre observation, il ne me reste plus qu'à parler du traitement à instituer.

En affirmant que l'éclampsie chez notre malade albuminurique dépend de l'anasarque qui s'est étendue aux méninges et au cerveau, vous ne serez pas surpris de me voir poser comme indication thérapeutique fondamentale la déplétion séreuse du cerveau et des méninges, cause de tout le mal. Cette indication peut être remplie par les *drastiques*, par les *émissions sanguines* et par la *sudation*.

Les deux premières méthodes, qui ont déjà donné bien des succès, peuvent être employées avec avantage, et, si je ne les ai pas choisies, c'est que la troisième me semble attaquer à la fois l'anasarque et l'albuminurie. — Vous avez en ce moment deux enfants dans mon service, au nos 43 et 49, qui, sauf l'éclampsie, ont une anasarque générale et de l'albuminurie. La sudation, qui leur a fait perdre en quatre jours le sixième de leur poids total, les a guéris. — Ce moyen est celui que j'ai employé chez notre malade, qui a été mise pendant trois mois dans un maillot de laine, chauffée et imprégnée de vapeurs de benjoin. Chaque jour, tant qu'elle vivra, elle subira cette sudation, et, dans l'intervalle, elle restera nue, enveloppée dans sa couverture de laine. C'est là le traitement fondamental de toutes les hydropisies albuminuriques.

En même temps, elle sera nourrie avec un ou deux litres de lait, et prendra de l'acide gallique à la dose de 0gr,50.

Maintenant, contre l'éclampsie elle-même, j'ai eu recours ici à la médication qui, dans les années précédentes, m'a plusieurs fois bien réussi. — Je veux parler de l'hydrate de chloral. — L'an dernier seulement, j'ai eu deux cas de guérison par ce moyen, et bien qu'à ma visite, dans le cas actuel, l'éclampsie, à sa troisième attaque, ait cessé depuis une heure, comme rien ne m'assurait qu'après mon départ de nouvelles convulsions ne se produiraient pas, j'ai eu recours au chloral, comme agent préventif. — J'ai donné 4 grammes de chloral, qui ont produit trois heures de sommeil. Depuis vingt-quatre heures, il n'y a pas eu d'attaques. Encouragé par ce premier résultat, je viens de prescrire une dose semblable, et j'espère que le résultat sera aussi heureux qu'hier. — En résumé : enveloppement dans un maillot de laine chaude et imprégnée de vapeurs de benjoin ; — hydrate de chloral à 4 grammes par jour ; — régime lacté suffisant pour soutenir les forces ; tel est le traitement institué chez notre malade. Il a réussi chez d'autres, et je ne vois pas de raison pour qu'il ne donne encore cette fois d'aussi bons résultats que par le passé.

En effet, chez cette enfant, l'éclampsie ne s'est pas reproduite, l'anasarque a presque disparu, et l'albuminurie a notablement diminué. — Nous en étions là de cette amélioration, lorsque la mère de l'enfant, n'ayant pas la patience d'attendre une guérison définitive, a voulu emmener la malade de l'hôpital. Malgré mon refus d'autorisation, la sortie a eu lieu par la volonté formellement exprimée des parents, et je ne puis que vous faire constater la guérison de l'encéphalopathie albuminurique, mais non celle de l'albuminurie, que nous aurions sans doute obtenue si l'enfant avait suivi son traitement jusqu'au bout.

HÉMATOCÈLES DOUBLES

INJECTION IODÉE D'UN CÔTÉ ; DÉCORTICATION DE L'AUTRE CÔTÉ

Par M. le docteur Marcel Bouyer (de Saintes).

M. G..., des Granges d'Aumagne, arrondissement de Saint-Jean-d'Angély, vieillard de soixante et onze ans, sec et nerveux, asthmatique depuis plusieurs années, porte depuis vingt ans, aux deux côtés du scrotum, un gonflement qu'il ne peut attribuer à aucune cause appréciable. Cette tumeur a pendant tout ce temps offert le volume de deux grosses poires accolées ; c'est la comparaison du malade ; elle ne l'avait jamais fait souffrir, et jamais assez fatigué pour qu'il ait cru devoir consulter un médecin.

Lorsque, dans le courant de janvier 1863, à la suite de violents efforts de toux répétés dans un accès d'asthme, M. G... s'aperçut que le côté droit de sa tumeur prenait subitement un développement inusité qui augmentait de plus du double sa dimension primitive. Peu de jours après, de violentes douleurs de reins se déclarèrent et devinrent bientôt intolérables, ce qui le décida à me faire demander.

Je le vois, le 30 mars 1863, en consultation avec mon père.

Le scrotum a le volume d'un melon de petite dimension, et prend jusqu'au bas du tiers supérieur de la cuisse. La tumeur est dure et fluctuante et n'offre aucune transparence. Les 4/5e du volume total appartiennent au côté droit. Il n'y a aucune trace de hernie.

L'absence de douleurs pendant de si longues années, la forme de la tumeur me font songer à une hydrocèle double, dans laquelle le symptôme transparence manquait par suite d'épaississement des parois, chose que j'ai été plusieurs fois à même de constater, surtout chez les vieillards.

Je propose donc une opération à laquelle le malade s'attendait et qu'il demandait même avec instances, et tout étant disposé pour l'opération de l'hydrocèle, je me mets en devoir de la pratiquer.

Le malade couché, je ponctionne le côté droit. La canule donne issue à 1,000 grammes environ d'un liquide demi-épais, couleur lie-de-vin.

Le diagnostic, modifié par la vue du liquide, je ne crus pas devoir changer le traitement, car les parois étaient peu épaisses, et je pensais que l'inflammation modificatrice de la teinture d'iode pouvait amener la guérison. Je fis donc deux injections, comme je les pratique d'ordinaire, de cinq minutes chacune, et contenant la teinture d'iode coupée par 2/3 d'abord, puis par moitié avec une solution d'iodure de potassium.

Cela fait, je me prépare à opérer l'autre côté. Cette fois, la ponction fut difficile ; il fallut un effort violent pour traverser la coque, qui était très-dure. Le trocart ôté, rien ne sortait par la canule, et un stylet plongé dans la cavité fut retiré imprégné d'une boue brune couleur chocolat foncé. Reconnaissant alors l'hématocèle ancienne à coque fibreuse, si bien décrite par M. Gosselin, je modifiai le manuel opératoire suivant les principes formulés par ce professeur dans sa traduction de Curling.

Seulement, le malade, éprouvé par la douleur que lui avait fait endurer la première opération, me parut trop affaibli pour subir sur l'heure la seconde, d'autant mieux que, vu l'état des voies respiratoires et l'âge avancé du patient, je ne crus pas devoir user des anesthésiques. M. G... fut remis au lit, et eut à prendre une potion calmante.

31 mars. — Nuit bonne ; légère réaction ; un peu d'embarras de la tête ; mais pas de fièvre. — Alimentation.

Dans les quatre jours qui suivent, le côté droit du scrotum se tuméfie régulièrement comme cela arrive après l'injection iodée.

5 avril. — Le même côté droit commence à décroître un peu, mais la fièvre s'est légèrement allumée ce matin, et le côté gauche est douloureux. Pensant que retarder plus longtemps la seconde opération pourrait être dangereux pour M. G..., j'y procède de la façon suivante. Incision couche par couche du scrotum, dans toute sa hauteur, de façon à éviter le testicule s'il était dans une position anormale. Arrivé dans le sac, je sépare avec des pinces un peu fortes la coque fibro-cartilagineuse interne en faisant opposition sur l'enveloppe externe avec une autre pince. Les doigts et la spatule suffisent à cette partie de l'opération. Arrivé au niveau du testicule, j'excise toute la portion de la coque rendue libre. Pansement avec des boulettes de charpie imprégnées d'axonge, et cataplasmes.

Les jours suivants, pansements avec des mèches enduites avec l'onguent suppuratif dit de Madame Delort.

Dans les premiers jours, la suppuration a une odeur fétide, due au commencement d'inflammation qui avait succédé au coup de trocart.

Mais après huit jours, la suppuration, très-abondante, est de bonne nature. Le malade mange et dort très-bien. La poche, dont les parois avaient environ 0m,04 d'épaisseur, revient sur elle-même ; des bourgeons charnus de bonne nature l'envahissent, et quelques semaines après le malade était radicalement guéri. Pendant ce temps, le côté droit opéré par injection iodée était long à revenir à un

volume normal ; mais cette longue durée de convalescence est chose commune dans cette opération ; et M. Velpeau donne bien le conseil d'avoir pour cela énormément de patience, car la résolution définitive demande quelquefois deux et trois fois plus de temps que celle de l'hydrocèle. Des pommades fondantes résolutives furent régulièrement appliquées, et dans le courant du mois de mai les parties étaient revenues à un volume à peu près normal.

Je crois que ce fait offre assez d'intérêt, parce qu'il prouve une fois de plus que, même chez les sujets affaiblis et avancés en âge, la décortication comme la préconise M. Gosselin, est capable d'amener une belle et solide guérison sans avoir recours, comme le désire M. Curling, à l'ablation en masse de la tumeur.

Il est vrai, comme le fait valoir l'auteur anglais, que l'organe sécréteur enlevé à cet âge est sans conséquence, puisque ses fonctions sont nulles ; mais à un autre point de vue, j'aime mieux la décortication, ne fût-ce que pour éviter la scène si horriblement douloureuse de la ligature en masse du cordon, qui nécessite humainement l'emploi d'un anesthésique ou qui peut entraîner des accidents nerveux, dont la terminaison serait fatale.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 17 juin 1873. — Présidence de M. DEPAUL.

CORRESPONDANCE OFFICIELLE

M. le ministre de l'agriculure et du commerce envoie une demande d'autorisation d'exploiter, pour l'usage médical, une nouvelle source située à Balaruc.

CORRESPONDANCE NON OFFICIELLE

1° M. Joulin adresse à l'Académie la relation de la découverte qu'il vient de faire d'un cow-pox naturel dans la propriété de M. Riverain, à Fleury-sous-Meudon. Il s'est fait assister, dans ses opérations, par MM. le docteur Chanut (de Meudon), et Mathieu, vétérinaire à Sèvres. Trois enfants ont été inoculés directement sur la vache. (Renvoyée à M. le directeur de la vaccine.)

2° M. le docteur Rabuteau envoie un mémoire intitulé : *Effets physiologiques et thérapeutiques du perchlorure de fer. — De la présence de l'oxyde chlorydrique dans le suc gastrique.* (Comm., MM. Bussy, Béclard et Gubler.)

3° M. le docteur Netter, bibliothécaire de la Faculté de Nancy, adresse une note relative à l'étiologie du typhus, et dont voici la conclusion :

« Les seules circonstances qui peuvent engendrer le typhus consistent dans la famine et l'endémie scorbutique. »

M. GUBLER présente, de la part de M. le docteur Adolphe Brunel, deux brochures intitulées, l'une : *Observations cliniques sur l'eucalyptus globulus*; et l'autre : *Biographie d'Aimé Bonpland*; — 2° de la part de M. le docteur Collard, une brochure *sur la valeur de la triméthylamine dans le traitement du rhumatisme articulaire*; — 3° de la part de M. Byasson, un travail d'analyse chimique sur le malte ; — 4° de la part de M. le docteur Antonin Tvaresto d'Ornellas, une brochure ayant pour titre : *Du vomissement, contribution à l'étude des vomitifs.*

M. GOBLEY présente, de la part de M. Léon Soubeyran, une brochure intitulée : *Hygiène élémentaire publiée conformément aux programmes des lycées et des écoles primaires.*

M. COLLIN communique une lettre de M. Persillé, vétérinaire dans la Haute-Vienne, racontant des faits de non transmission de la tuberculose à des canards par l'ingestion de poumons et autres débris d'animaux phthisiques.

M. BARTH présente, de la part de M. Niepce, médecin de l'établissement thermal d'Allevard (Isère), une note relative à un cas de rachitisme observé sur le squelette d'une femme ayant appartenu à la période préhistorique de la pierre taillée. Cette note est accompagnée d'un dessin représentant le tibia déformé (Comm. ; MM. Broca, Tarnier et Barth) ; 2° de la part de M. le docteur Logerais une brochure sur le diabète sucré, et son traitement par les eaux de Pougues.

M. FAUVEL dépose sur le bureau un travail de M. le docteur Gestin, sur une épidémie de typhus qu'il a dernièrement observée dans les environs de Brest.

M. BROCA présente à l'Académie, au nom de M. Crétès, opticien, un ophthalmoscope à réfraction, construit d'après les indications de M. le docteur de Wecker.

Derrière le miroir de cet instrument est placée une série de vingt-quatre verres sphériques, concaves et convexes, enchâssés dans une roue mise en mouvement par une crémaillère.

Cet ophthalmoscope sert à déterminer rapidement l'état dioptrique de l'œil examiné ; il a le grand avantage sur les instruments analogues de Loring et autres de permettre la succession instantanée d'une série de verres, sans déposer l'instrument pour la mise en place de nouveaux disques, inconvénient grave qui prive l'observateur de la comparaison rapide des images.

M. LE PRÉSIDENT déclare une vacance dans la section d'anatomie pathologique.

Discussion sur le typhus.

M. CHAUFFARD. (Voir le Premier-Paris.)

PRÉSENTATION D'INSTRUMENTS

M. BONNAFOND présente deux nouveaux instruments qu'il a fait construire pour empêcher la cicatrisation des ouvertures pratiquées au tympan dans un but médical.

La séance est levée à cinq heures.

VARIÉTÉS

Paris, ses organes, ses fonctions et sa vie dans la seconde moitié du XIXe siècle, par MAXIME DU CAMP, tome IVe (1).

Ce quatrième volume est consacré à l'Assistance publique.

Avant la maladie physique, il y a la maladie morale ; c'est à elle que s'adresse d'abord l'Assistance publique. Dans les pays pauvres d'établissements de bienfaisance, la mendicité est un délit; à Paris, c'est un métier. On ferait un volume avec toutes les idées émises sur la mendicité et son extinction. Le dernier mot est bien loin encore de nous. C'est la formule peut-être qui fait défaut ; car peut-on douter que l'État, après avoir assuré l'existence de tous les infirmes vrais et de ceux à qui l'âge enlève les éléments de force nécessaire au travail, ne soit alors parfaitement en droit d'exiger de tous les

(1) 1 vol. in-8°. Prix : 7 fr. 50 L. Hachette et Ce.

autres un travail qui est une obligation de la vie sociale. Mais en attendant qu'on en soit là, il a fallu parer aux inconvénients de la mendicité, et nous voyons déjà apparaître cette grande, noble et trop peu connue figure de l'Assistance publique.

L'historique de la mendicité est plein de douloureux enseignements. On voit les anciennes corporations, la Cour des Miracles, l'enclos Saint-Jean-de-Latran, faciliter cette plaie hideuse, puis l'hôpital général précéder les dépôts de mendicité, qui ne furent créés qu'après avoir renoncé à la déportation. La Convention, le Directoire firent bien des efforts; mais toujours en vain. La violence ne pouvait mieux réussir.

On ne saurait croire tout d'abord combien la mendicité prend de formes différentes; depuis les drogueurs de la haute, les certificats faux ou surpris, jusqu'à l'homme à l'horloge dans le ventre, le mangeur aux portes des casernes, et les aveugles si recherchés en mariage et quelquefois si difficiles à nourrir. Au milieu de cette masse, il a fallu un jour fermer les yeux et tolérer quelques industries qui ne sont en réalité que de la mendicité déguisée. C'est ce que l'on appelle les quatre mendiants, dont le plus triste spécimen nous est donné par ces petits Italiens racleurs de violon dont la vie est un martyre ou une école de crime.

Entrons maintenant aux *Dépôts*, et quand nous les aurons parcourus et que nous aurons, avec M. Maxime du Camp, étudié le mouvement statistique, il nous faudra bien reconnaître que la répression actuelle est inutile et que l'hospitalité est insuffisante.

Nous pouvons aborder enfin une partie qui nous est familière, mais qui intéressera vivement le médecin par la richesse des détails, l'exactitude des renseignements et la connaissance approfondie des rouages. L'Assistance publique est un monde, son administration un État dans l'État, et il est encore des petits souverains qui ont moins d'intérêt à gérer que le directeur général de l'Assistance publique.

La première question qui se présente est le bien des pauvres. Comment s'est-il créé? Comment en assure-t-on la conservation et le développement? Comment est-il géré? Telles sont les premières discussions qui se présentent, et on en comprendra toute l'importance quand on saura que l'indigence parisienne absorbe annuellement plus de quarante millions.

Le bien des pauvres assuré, il a fallu le ménager. De là les établissements généraux qui permettent une économie notable dans les dépenses (Boulangerie Scipion, Pharmacie centrale, Magasin central). Puis il fallait pouvoir dispenser les secours et les bureaux de bienfaisance nous livrent leurs secrets, que savent bien ceux de nos confrères qui consacrent une vie de dévouement et de sacrifices quotidiens à cette œuvre. Nul n'est repoussé de la maison de secours; mais tous n'y peuvent venir frapper et tous n'y sauraient trouver le secours qui les sauvera. De là une création très-belle, très-digne des plus grands éloges, nous voulons dire les *Secours extraordinaires*. Quelle charité discrète! Quelle bienfaisance intelligente! De quelle précaution on entoure ces largesses pour qu'elles tombent sûrement dans des mains dignes! On est frappé de ce que fait cette mère de famille, toujours douce à la misère véritable, et on arrive, après cette révélation, à se demander si le devoir de chacun de nous ne serait pas d'inscrire l'Assistance publique sur la liste de nos pauvres? Faire du bien sans être trompé, n'y a-t-il pas là une double satisfaction?

Voici les hôpitaux. M. Maxime du Camp étudie d'abord l'ancien système, le *cubiculum hospitale*, hôtellerie devenue hôpital. Nous voyons les malades entassés dans le même lit (1,219 lits pour 3,418 malades)! Et comme les plus grands malheurs engendrent quelquefois du bien, nous verrons 1814 et l'invasion enrichir les hôpitaux et n'être pas étrangers à l'état actuel du système hospitalier qui contient 8 hôpitaux généraux, 7 hôpitaux spéciaux; en tout 7,693 lits. En résumé, un service considérable, mais qui n'est plus en rapport avec la population de Paris.

Le médecin lira avec le plus vif intérêt les chapitres consacrés aux services généraux et aux services spéciaux. La plus grande partie de ces renseignements ne nous est pas inconnue; mais il en est qui nous donneront l'explication du rouage administratif. Cette connaissance ne nous sera pas inutile. M. Maxime du Camp ne pouvait pas ne pas dire son mot sur la reconstruction de l'Hôtel-Dieu. Nous regrettons de voir qu'il ne s'est pas rendu compte du danger des projets attaqués si vivement et si justement par les médecins. L'Hôtel-Dieu, par son aménagement, était une œuvre éminente d'architecture; mais l'homme si distingué à qui ce travail avait été confié a été assez contrarié dans ses plans, vus, revus défaits, refaits *par ordre*, pour qu'on ne lui rende pas la justice qui lui est due. Mais nous restions en présence d'une caserne, effroi de la chirurgie et défi jeté à tous les progrès de l'hygiène. Combien n'eût-il pas été plus sage de donner suite à la pensée de ne conserver dans Paris que les hôpitaux bâtis, et de ne construire les nouveaux qu'à la porte de Paris; petits et nombreux, répondant aux besoins des quartiers excentriques si déshérités.

Les Enfants-Trouvés méritent d'arrêter notre attention. M. Maxime du Camp nous introduit dans l'hospice, puis dans les colonies agricoles, et après avoir vu ce qu'on a fait pour l'enfance, il nous convie à voir les asiles de la vieillesse et des aliénés. Bicêtre et la Salpêtrière passent sous nos yeux avec toutes leurs misères et avec tous les services qu'ils rendent. Mais ici, l'auteur se sent entraîné; habitué aux œuvres de création, il semble se contraindre depuis longtemps à la description exacte; les aliénés vont donner carrière à son imagination. Non, il n'en sera rien; la réalité l'emporte sur la fiction, et M. Maxime du Camp restera historien, mais il portera l'intérêt à son point le plus élevé dans les pages consacrées à la possession. Revenant à des idées modernes, il nous dira la fameuse révision de la loi de 1838, cette grande injustice contre les médecins aliénistes, et après avoir parcouru les asiles, il nous dira le rôle si beau de la science dans le traitement des maladies mentales, et finissant par se passionner lui-même, l'auteur nous demandera où est l'action du médecin, et réclamera la création d'une chaire de pathologie mentale.

Arrêtons-nous sur ces vœux, qui prouvent qu'on ne touche pas semblables questions sans se sentir ému et vouloir mieux que ce qui existe. — Avec cette étude finit le quatrième volume. — A bientôt le cinquième.

THÈSES

SOUTENUES A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

PENDANT L'ANNÉE 1873.

171. Troncin. Des épanchements sanguins de l'articulation du genou; leurs divers traitements.

172. Mauvoisin. De la ligature préventive et atrophiante des artères de la langue.

173. Billot. Du rhumatisme articulaire dans les affections des organes génitaux.

174. Henry. Contribution à l'étude de la paralysie ascendante aiguë.

175. Buisson. De la valériane officinale.

176. Ardilouze. Considérations sur les abcès profonds de la marge de l'anus.

177. Bretteville. Étude sur les plaies des articulations des doigts.

178. Demandre. Tumeurs de l'omoplate; de leur diagnostic, de leur traitement et des résections qu'elles nécessitent.

179. Senebier. Des scybales.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Par décision en date du 6 juin, M. le ministre de l'instruction publique a ajourné au 15 janvier 1874 l'ouverture du concours pour quatre places d'agrégés près l'École supérieure de pharmacie de Paris, qui devait avoir lieu le 19 novembre 1873.

Les sujets de thèse seront communiqués dès aujourd'hui aux candidats qui devront se présenter pour cet objet au secrétariat de l'École.

— On lit dans le *Journal de Francfort* :

Le nombre d'étudiants de l'université de Leipzig, pour le présent semestre d'été, est aujourd'hui définitivement arrêté. L'université compte actuellement 2,700 étudiants régulièrement immatriculés; le nombre d'auditeurs extraordinaires qui, sur une autorisation spéciale accordée par le recteur, sont admis aux conférences sans avoir été régulièrement immatriculés, n'a pas encore pu être constaté. Sans compter ces derniers, le nombre d'étudiants a augmenté de 70 depuis le dernier semestre d'hiver, qui ne comptait que 2,650 étudiants immatriculés. De ces 2,650 étudiants, 759 ont quitté l'université à la fin du semestre d'hiver; ils ont été remplacés par 829 étudiants nouveaux, immatriculés depuis le 17 avril dernier et répartis d'après les facultés de la manière suivante : faculté de théologie, 130; faculté de droit, 281; faculté de médecine, 99; faculté de philosophie, 24; faculté de philologie, 106; mathématiques, pédagogie, pharmacie et sciences agricoles, 189.

D'après les renseignements que donne la *Gazette de Cologne*, l'université rhénane de Bonn compte, dans le présent semestre, 776 étudiants immatriculés et 58 auditeurs extraordinaires ayant obtenu du recteur de l'université une autorisation spéciale d'assister aux conférences académiques sans être immatriculés. Total : 834 auditeurs.

Les 776 étudiants ordinaires sont répartis, d'après les facultés, de la manière suivante :

A. Faculté évangélique de théologie, 58 (51 Prussiens, 7 non Prussiens); *b.* Faculté catholique de théologie, 103 (tous Prussiens); *c.* Faculté de droit, 232 (201 Prussiens, 31 non Prussiens); *d.* Faculté de médecine, 142 (133 Prussiens, 9 non Prussiens). *e.* Faculté de philosophie, 241 (178 Prussiens, 63 non Prussiens). Parmi les étudiants immatriculés de la faculté de philosophie, se trouvent 22 Prussiens et 8 non Prussiens, qui appartiennent à l'Académie agricole de Poppelsdorff.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Tous les livres annoncés dans ce Bulletin sont déposés aux bureaux du journal. Une personne, attachée à l'administration de la *Gazette*, est chargée spécialement de satisfaire aux demandes de nos abonnés (achats de livres, instruments et autres objets).

Traité théorique et pratique de l'avortement considéré au point de vue médical, chirurgical et médico-légal, par le docteur Émile Garimond, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Montpellier. — 1 vol. in-8°. Prix : 7 fr. 50. — Paris, Adrien Delahaye.

Étude clinique sur les affections chroniques des voies respiratoires d'origine paludéenne, par le docteur Joseph Grasset, — In-4°. Prix : 3 fr. 50. — Paris, Adrien Delahaye.

Traitement des maladies nerveuses et des affections rhumatismales par l'électricité statique, par le docteur Arthuis. — 1 vol. in-12. Prix : 2 francs. — Paris, Adrien Delahaye.

Des tumeurs de l'omoplate, de leur diagnostic, de leur traitement et des résections qu'elles nécessitent, par le docteur Demandre. — In-8°. Prix : 2 francs. — Paris, Adrien Delahaye.

Pathologie et clinique chirurgicales, contenant la manière d'examiner le malade, les maladies spéciales des dents, des oreilles, des voies urinaires et des yeux, un Manuel de médecine opératoire, de bandages et d'embaumement. 2e édition, corrigée et considérablement augmentée, par le docteur Fort, ancien interne des hôpitaux, professeur libre d'anatomie à l'École pratique. 2 beaux volumes in-8°, avec 542 figures dans le texte. — Prix : 25 francs *franco*.

Essai sur la nature et le traitement de certaines formes d'irido-choroïdites, par le docteur L. Denis, chef de clinique ophthalmoscopique. — In-8°. Prix : 2 francs. — Paris, Adrien Delahaye.

Le Directeur : Dr E. Le Sourd.

Paris. — Typographie A. Pougin, quai Voltaire, 13.

N° 71. — SAMEDI 21 JUIN 1873. 46e ANNÉE. SAMEDI 21 JUIN 1873. — N° 71.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Bureaux : 57, rue des Saints-Pères, 57
PRÈS L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

On s'abonne hors de Paris dans les bureaux des Messageries et chez les Libraires. Les lettres non affranchies sont refusées.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui n'en peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS	
Trois mois. .	8 fr. 50 c.
Six mois. . .	16 —
Un an. . . .	30 —

POUR L'ÉTRANGER le port en sus suivant les derniers tarifs des Postes.

REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE

Expectoration albumineuse d'une abondance extrême survenant par accès en dehors de toute pleurésie.

Le groupe de faits sur lequel nous venons d'appeler l'attention a une importance considérable en médecine pratique, car, ainsi que nous le montrerons dans de prochaines revues cliniques, il conduit à se faire une idée beaucoup plus juste de l'œdème pulmonaire aigu, accident qu'il faut distinguer comme une forme toute spéciale de l'hypérémie pulmonaire n'ayant aucune analogie avec cette forme sèche de congestion que M. Voillez a décrite.

Aussi bien en physiologie pathologique qu'en physiologie expérimentale, l'œdème pulmonaire aigu est rattaché par des liens très-étroits avec certains troubles fonctionnels des nerfs qui se rendent aux poumons.

De même que chez les animaux, MM. Longet, Claude Bernard, etc., l'ont souvent produit quand ils ont coupé les pneumogastriques, de même dans une affection où les pneumogastriques sont grandement en jeu, dans l'asthme bronchique, il peut survenir par accès, alternant avec des accès d'asthme.

Cet œdème à répétition, cet *asthme œdémateux* est loin d'être aussi rare qu'on pourrait le supposer en voyant que les traités de pathologie interne les plus récents, Jaccoud, Niemeyer, n'en ont pas même dit un seul mot.

Déjà Robert Brée, dans ses recherches sur les désordres de la respiration, avait noté un fait qui, bien certainement, est de cette nature. Voici son récit, tel que Laennec le cite dans son *Traité de l'auscultation :*

« Une femme, jusque-là bien portante, est prise tout à coup d'une oppression avec anxiété extrême et d'une toux peu forte mais continue, qui lui font rendre une énorme quantité de sérum écumeux. Au bout de quelques heures, l'accident cesse. Six mois après, nouvel accès beaucoup plus violent, invasion subite après un sommeil tranquille, suffocation imminente, perte de connaissance, lividité de la face, refroidissement des extrémités, pouls insensible, toux violente et convulsive, pendant laquelle la malade rendit quatre pintes de sérum écumeux, légèrement teint de sang. »

Laennec lui-même semble avoir vu des cas semblables, car, dans un passage qui précède et amène la citation que nous venons de reproduire, il décrit très-exactement les phénomènes stéthoscopiques que l'on observe en pareil cas.

« Quelquefois, dit-il, on entend, en outre un rhonchus crépitant plus ou moins marqué, parce qu'un certain degré d'œdème du poumon se joint à l'afflux séreux dans les bronches ; la poitrine reste parfaitement sonore. Cet accident, quelque grave qu'il soit, n'est ordinairement que passager. Chez quelques sujets cependant il se reproduit au bout d'un certain temps et revient ensuite de temps à autre. Robert Brée rapporte un cas remarquable de ce genre. »

Malheureusement tout ceci se trouve dans le chapitre du *catarrhe pituiteux*, à près de deux cents pages de distance du chapitre relatif à l'*œdème du poumon*. De telle sorte que cette affection si particulière est, par position, rattachée comme complication à ce qu'on nomme aujourd'hui la bronchite.

Malheureusement aussi Laennec, dans toute l'ardeur de la lutte du vitalisme contre le solidisme, a profité de cette occasion pour recourir à une théorie très-contestable sur les causes morbifiques et les mouvements critiques de la nature.

« Ces phlegmorrhagies passagères, continue-t-il, semblent pouvoir être regardées comme le résultat d'un mouvement critique par lequel la nature cherche à se débarrasser d'une cause morbifique, saisissable ou non pour nos sens. »

Aussi cette forme d'œdème pulmonaire, la plus intéressante au point de vue doctrinal, puisque c'est celle où les phénomènes se présentent dans l'état de simplicité la plus grande, avait-elle été négligée, puis oubliée par les continuateurs de Laennec.

D'ailleurs une tendance qui s'est trop accentuée dans les traités les plus récents de pathologie, celle de chercher une apparence de simplicité à tout prix, sans hésiter même à confondre les affections les plus diverses comme origine, comme nature, comme pronostic, comme traitement, devait aboutir à faire écarter la description de cette affection curieuse.

Ici en effet, l'expectoration albumineuse, en d'autres termes l'œdème du poumon, puisqu'on emploie ce mot d'œdème en ce qui touche le poumon pour désigner toute transsudation du sérum sanguin à travers les parois de ces vaisseaux, même quand le liquide envahit surtout les cavités vésiculo-bronchiques, et non la trame de l'organe, ici dis-je, l'œdème occupe le premier plan de la scène. Or, comme nous le verrons dans une pro-

chaine revue où nous étudieront au point de vue de la médecine pratique les diverses formes de l'œdème et de la congestion pulmonaire, on a confondu nosologiquement toutes ces formes en faisant de l'œdème *une conséquence forcée de toute congestion qui a duré un certain temps*, quand ce n'est pas un épiphénomène d'une hydropisie générale.

La description de l'œdème passager de cause nerveuse aurait fait ombre à ce tableau.

Seulement les maladies qu'on passe sous silence ne s'en trouvent pas supprimées pour autant. Elles peuvent rester quelque temps inaperçues, car les médecins qui les rencontrent, s'en étonnant d'abord, attendent d'autres faits qui fassent groupe pour en parler; mais une fois qu'elles sont signalées, elles reviennent au souvenir, et le cadre une fois tracé est bientôt rempli.

Nous venons de recevoir, de M. le docteur Renou (de Saumur), une nouvelle observation très-analogue aux précédentes.

Voici ce fait :

« Le 4 novembre 1872, je fus appelé, à dix heures du soir, près du sieur L..., cavalier de manége. Je le trouvai en proie à une dyspnée excessive, assis près de son lit, cramponné au bord de sa table de nuit, appelant à lui l'effort de tous ses muscles inspirateurs, ayant complétement rempli d'une expectoration glaireuse, peu aérée, transparente, une vaste cuvette qui était placée entre ses jambes. Il y avait trois heures que l'accès était terminé.

« A la percussion, sonorité du thorax. A l'auscultation, ramage de râles muqueux et sous-crépitants. Toux incessante amenant des flots de liquide. Pouls petit, très-fréquent.

« Le malade est pâle; sa constitution est débilitée; il est très-maigre; ses lèvres sont violacées. Il lui est impossible de parler.

« Je prescrivis : potion de 150 grammes avec :

Kermès.	0,50
Extrait de belladone.	0,10

A prendre par cuillerée d'heure en heure. — Sinapismes.

« Je revins le lendemain matin. Le malade a passé toute la nuit dans la position qu'il occupait à ma visite du soir. Il a rempli une seconde cuvette de ses crachats, et une troisième à moitié. Depuis quatre heures, cependant, il est un peu soulagé. La respiration s'est ralentie; il peut boire plusieurs gorgées de suite, répondre quelques paroles; il tousse moins.

« J'appris alors qu'il avait eu plusieurs accès analogues à quelques mois d'intervalle; j'appris qu'ils commençaient toujours par plusieurs frissons et accès fébriles. J'appris enfin que ce malade avait été longtemps en Afrique, y avait eu longtemps des fièvres intermittentes, dont il avait été repris depuis. Je trouvai, à la percussion, sa rate très-notablement augmentée de volume.

« Je prescrivis :

Sulfate de quinine.	0,10
Extrait de belladone.	0,01

Pour une pilule à prendre : les dix premières, à une demi-heure d'intervalle, puis d'heure en heure.

« L'amélioration se fit très-vite à partir de ce moment. A ma visite de l'après-midi, le malade était couché; il avait pris deux bouillons et un potage. Les râles étaient encore nombreux, mais beaucoup moins; il toussait rarement et crachait peu.

« La nuit suivante, il dormit bien.

« Le lendemain, je crus prudent de continuer encore à moindre dose le sulfate de quinine, mais je supprimai la belladone, qui avait produit quelques troubles : vision incertaine, pupille dilatée, gorge sèche.

« Le malade se leva, mangea assez bien. Il reprit son travail deux jours après. »

S'agit-il ici d'une manifestation de l'infection paludéenne? C'est discutable.

L'amélioration a suivi très-rapidement l'ingestion du sulfate de quinine et de la belladone. Je ne crois pas que ce soit un simple fait de coïncidence. De précédents accès ont duré deux ou trois jours, m'a dit le malade.

Que pareille expectoration, en effet, avec le cortége effrayant de symptômes qui l'accompagne, dépende d'une action morbide inconnue du pneumogastrique, d'une congestion pulmonaire qui existe évidemment, mais peut-elle même être subordonnée à bien des causes, les actions physiologiques de ces deux médicaments devront être naturellement recherchées.

Ainsi, dans ce cas encore, l'expectoration albumineuse se reproduisait par accès, comme se reproduit l'oppression des asthmatiques.

Je rappellerai que mon malade, sujet de la première observation, était depuis longtemps asthmatique lorsqu'il éprouva le premier accès d'expectoration albumineuse.

Il est vrai que depuis lors jusqu'à présent, il n'eut plus, d'accès d'asthme franc. Mais, mardi dernier, il vient d'être repris d'un accès semblable aux deux autres.

Cette fois encore, il fut attaqué subitement au milieu d'un profond sommeil. Il s'était couché parfaitement portant la veille au soir. A trois heures du matin, sa fille, l'entendant tousser, accourut, et elle le trouva exactement dans la même situation où elle l'avait vu les deux fois précédentes, étouffant et rendant des gorgées d'un liquide spumeux.

Elle se hâta de lui appliquer à la région antérieure du cou un mélange d'huile et d'ammoniaque qu'elle tenait préparé d'avance. L'accès dura peu. La quantité de liquide expectoré fut relativement très-minime : à peine un demi-verre, au lieu de plusieurs litres comme la première fois, et au lieu d'au moins un litre et demi comme la seconde. Il y avait eu environ deux mois d'intervalle entre les deux derniers accès.

Quand je vis le malade, quelques heures plus tard, il se sentait très-bien et, à l'auscultation, je trouvai seulement quelques râles crépitants fins à la base du poumon droit. Il ne faut pas oublier que le malade se tient maintenant habituellement couché sur le côté droit, tandis que dans l'autre logement il se couchait sur le côté gauche.

J'examinai le liquide expectoré qui, sous une couche spumeuse, était très-clair, et jaunâtre, n'étant pas rougi par la présence de globules sanguins. Malheureusement, au fond du vase, il se trouvait trois ou quatre crachats, datant de la veille, et qui se mêlèrent à ce liquide lorsque je le fis transvaser pour l'emporter.

Néanmoins, il était encore assez limpide pour qu'il me fût facile de m'assurer qu'il s'agissait bien là d'un liquide chargé d'albumine. La chaleur le fit prendre en masse; l'acide nitrique y détermina un précipité cailleboté très-abondant.

Il n'y avait donc aucun doute sur la nature de ce troisième accès, malgré son peu de durée; cependant, à ce qu'il paraît, l'oppression avait persisté un peu plus longtemps après la fin de l'expectoration, que l'application d'huile ammoniacale avait supprimée presque de suite.

PROMENADE DANS LES HOPITAUX

Je ne pourrai parler comme je le voudrais de plusieurs faits curieux que j'ai vus dans les hôpitaux. La place est prise par les développements que j'ai dû donner au précédent article, non-seulement parce que ces faits d'expectoration albumineuse survenant par accès sont nouveaux, mais surtout parce qu'ils sont de nature à forcer la conviction en ce qui touche une question qui se discute actuellement dans plusieurs sociétés savantes, notamment à la Société médicale des hôpitaux.

Pourtant, je dois au moins revenir en quelques mots sur un malade dont j'ai parlé dans une revue clinique de samedi dernier, et qui, autrefois saturnin, mourut d'éclampsie après avoir été traité d'une syphilis par le mercure, et après avoir présenté de l'albuminurie, de l'anurie, etc., durant les derniers jours.

J'ai dit qu'on s'était demandé avant l'autopsie à quelle cause on devait attribuer l'éclampsie et la mort.

On pouvait songer à la syphilis, à une gomme intracranienne, mais c'était peu probable; en effet, l'autopsie ne fit découvrir aucune trace dans l'encéphale ou ses annexes.

Restaient les trois suppositions d'un empoisonnement saturnin, d'un empoisonnement mercuriel, d'un empoisonnement par produits organiques que les reins n'éliminaient plus.

A l'analyse chimique, on trouva un peu de plomb dans les centres nerveux. On y trouva aussi du mercure, ainsi que dans les reins.

Ces derniers organes avaient présenté des traces évidentes d'une affection ancienne et des signes d'une affection beaucoup plus récente.

L'affection ancienne des reins devait remonter à plusieurs mois; elle consistait surtout en une sorte d'incrustation des glomérules par du carbonate calcaire avec atrophie de leurs vaisseaux et plissement de la surface interne.

On découvrit qu'en effet cet homme avait été albuminurique l'année précédente, alors que dans le même hôpital on l'avait soigné pour une colique de plomb.

Mais il avait cessé de l'être dans l'intervalle, puisque ses urines n'avaient, depuis sa dernière entrée, contenu un peu d'albumine qu'à la suite du traitement mercuriel.

A cette albuminurie récente correspondait un état louche, granulo-graisseux, peu marqué, des cellules épithéliales.

La cause de la mort était-elle donc là?

M. Bouchard analysa le sang pour savoir si la diminution si considérable de l'urée et celle des matières extractives, dans les urines des derniers jours, n'avaient pas eu pour résultat une augmentation très-notable de ces substances dans le sang.

En effet, le sang renfermait environ soixante-deux fois plus d'urée qu'à l'état normal, et au moins trois fois plus de matières extractives.

Dès lors on se trouvait en droit d'admettre que l'éclampsie était de nature urémique.

Une curieuse coïncidence vint singulièrement appuyer cette interprétation.

Un autre malade qui, l'année précédente, était lui aussi entré en même temps que celui-là dans le même service, pour s'y faire traiter de coliques de plomb, y était resté depuis lors en qualité d'infirmier, et sans avoir eu de syphilis, sans avoir subi de traitement par le mercure, il mourut aussi d'éclampsie vers la même époque que l'autre, après avoir eu également dans les derniers jours un réveil d'albuminurie.

Voilà le fait en gros. Aujourd'hui nous ne pouvons entrer dans les détails.

Dr Victor Révillout.

ÉTUDE SUR LES SELS ARSENICO-FERRIQUES DE LA DOMINIQUE (1)

Par M. le docteur M. DURAND.

C'est surtout quand le sulfate de quinine a été reconnu impuissant que l'eau de la Dominique et, partant, que les sels dérivés de cette source ont donné les plus heureux résultats. Dans un travail sur les eaux de Vals, M. le docteur Clermont cite de nombreuses observations; nous nous bornerons à les mentionner et nous en citerons une de date toute récente :

M. Adolphe B..., capitaine d'état-major, se trouvait en Algérie depuis le mois de juin 1871. Au mois de septembre de la même année, se trouvant dans la province de Constantine, il est atteint de fièvre intermittente quotidienne. Les accès avaient une certaine intensité et duraient plusieurs heures; le sulfate de quinine est aussitôt administré, et la fièvre coupée au bout de quelques jours. Le capitaine B... se croyait délivré à tout jamais de cette fièvre, quand, vers le 20 octobre, les accès reparaissent aussi forts que la première fois et obligent le malade à avoir encore recours au sulfate de quinine. Les accès s'arrêtent, mais pour reprendre aussitôt qu'est suspendue l'administration du sel de quinine.

Au mois de février, fatigué du retour périodique de la maladie, M. B... demande un congé, et il quitte l'Algérie à la fin du mois de mars. A son arrivée, en France, M. B... s'abstient de toute médication, dans l'espoir que le changement de climat (ainsi que le lui avait dit le médecin qui lui donnait des soins en Algérie) serait suffisant pour le guérir. En effet, son état semblait s'améliorer lorsqu'il est pris, le 22 mai au matin, d'un nouvel accès pareil à ceux dont il souffrait sur le sol africain. C'est dans cet état qu'il vient nous voir :

La face est pâle et porte cette teinte caractéristique des cachexies commençantes; l'abdomen nous semble légèrement ballonné et nous constatons une très-évidente hypertrophie de la rate. M. B... est, en outre, profondément découragé.

Nous cherchons à réagir sur le moral et nous prescrivons le sulfate de quinine à la dose de 1 gramme, à prendre tous les jours dans une potion appropriée. La fièvre est coupée dès le lendemain. Nous conseillons l'usage du même médicament pendant quelques jours; les accès reparaissent et M. B... éprouve dès lors, envers cette substance, une répulsion invincible. Il se refuse absolument à en prendre encore.

Nous proposons la médication arsenicale, qui est acceptée, et nous prescrivons les dragées de la Dominique. Au bout de quelques jours, l'état du malade s'est un peu amélioré. A notre demande, il fut mis à notre disposition des dragées de la Dominique; nous les remettons à M. B...

Ne voulant pas nous étendre plus longuement sur cette intéressante observation, nous nous bornerons à dire que, un mois plus tard, M. B... n'était déjà plus reconnaissable; les accès n'étaient point revenus, la rate avait diminué de volume, le visage n'avait plus cet aspect blafard, cette teinte cachectique qui nous avait frappé lors de sa première visite à notre cabinet.

Aujourd'hui (20 août), nous avons revu notre malade; sa guérison s'est maintenue, et M. B... se propose de retourner en Afrique.

(1) Suite. — Voir le numéro du 27 mai 1873.

Comment agit dans ce cas le sel de la Dominique? Est-ce en abaissant la température, en diminuant le nombre des battements du cœur, ou bien en attaquant directement l'élément toxique, le miasme paludéen? Cette dernière hypothèse est celle qui nous paraît se rapprocher le plus de la vérité, et encore ne nous satisfait-elle pas complétement. Quoi qu'il en soit et pour résumer ce chapitre, nous dirons :

Le sulfate de quinine est le premier médicament à employer contre les fièvres intermittentes et le seul à opposer aux accès pernicieux.

Quand il ne réussit pas, il faut avoir recours aux dragées de la Dominique.

Celles-ci conviennent surtout quand les fièvres sont anciennes, qu'elles s'accompagnent de cachexie paludéenne, parce qu'alors, elles aident puissamment à reconstituer l'économie.

Le sel de la Dominique n'est donc pas seulement un puissant antipériodique, c'est encore un reconstituant et un anticachectique des plus efficaces.

Les *névralgies* présentant un type périodique sont également traitées avec succès par l'arséniate de fer. Nous avons vu un malade qui, tous les jours, à midi, éprouvait une céphalalgie qui ne disparaissait que le soir. Le sulfate de quinine et tous les antinerveux (opium, belladone, valériane) avaient été employés sans succès; l'arséniate de fer arrêta ces accès au bout de quelques jours.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 23 avril 1873. — Présidence de M. PERRIN, vice-président (1).

M. CRUVEILHIER présente une pièce de kyste hydatique, et l'observation qui suit :

Kyste hydatique du biceps (côté gauche). — S... (Marie), vingt-deux ans, couturière. La malade se présente dans le service avec tous les attributs d'une bonne constitution; elle est grasse, assez colorée, et n'a aucune maladie dans ses antécédents.

Il y a un an, la malade vit se former au niveau de la partie moyenne et antérieure du bras gauche une tuméfaction qui s'accrut peu à peu, sans toutefois causer de douleur appréciable ni de gêne des mouvements; aussi, ce qui détermine la malade à entrer à l'hôpital, c'est la menace qui lui est faite de voir augmenter progressivement le mal, s'il n'y est porté remède.

L'examen attentif de la région montre une tumeur du volume d'un gros œuf, occupant la région antérieure et un peu interne du bras; elle s'étend depuis le pli du coude, jusqu'au niveau d'une ligne passant par les insertions brachiales du deltoïde; son grand axe est oblique, c'est-à-dire que correspondant en haut à la face profonde du muscle et ne dépassant pas son bord interne, la tumeur déborde en bas le bord interne, et n'est séparée de la peau que par l'aponévrose brachiale; c'est même cette saillie de la tumeur en dedans du muscle biceps qui avait pu faire penser que l'origine de la formation pathologique était non dans la gaîne, mais au-dessous du muscle biceps, entre ce dernier et le brachial antérieur.

L'examen des rapports de la tumeur nous la montrait superficielle, ou du moins sous-aponévrotique, au-dessous de la portion charnue du biceps et sous-jacente à ce muscle dont la contraction la fixait dans sa moitié supérieure. On pouvait hésiter au point de vue du siége anatomique précis, car si la tumeur paraissait être contenue dans la gaîne du biceps en haut, elle dépassait les limites de cette gaîne dans sa moitié inférieure; le point de départ dans le tissu cellulaire, situé entre le biceps et le brachial antérieur, paraissait rendre compte de tous ces signes.

La consistance du produit pathologique variait suivant le point de la surface que l'on explorait; tandis qu'à la partie supérieure, même pendant le relâchement du muscle, on sentait une surface très-dure, analogue à un ganglion induré ou à une production fibreuse. La partie la plus superficielle de la tumeur donnait la sensation d'une fluctuation ou d'une élasticité très-nettement caractérisée.

La percussion et la palpation, pratiquées à plusieurs reprises, ne déterminèrent aucune sensation spéciale.

Disons enfin que l'artère humérale était repoussée en arrière au niveau du point le plus saillant de la tumeur.

La malade fut reçue par M. Ledentu, qui me remplaçait alors dans mon service; le diagnostic qui lui parut le plus probable, à ce que m'ont transmis les élèves du service, fut celui d'un kyste hydatique; il émit cependant la possibilité d'un lipome développé dans le tissu cellulaire qui sépare le biceps du brachial antérieur.

Lorsque je vis la malade, la netteté de la fluctuation me fit admettre une tumeur liquide, et l'absence de douleur ainsi que le développement lent me firent penser à un kyste hydatique, bien que je n'aie vu qu'un seul exemple de kyste hydatique et qu'il différât de celui-ci à tous égards. J'avoue que c'est le diagnostic que je fis de prime abord.

Le 9 avril, je pratiquai une ponction capillaire, et je retirai 10 grammes d'un liquide clair comme de l'eau de roche : il ne contenait pas d'albumine, pas de sucre; on le laissa reposer, et le microscope ne démontra aucune trace de crochets d'échinocoque; la transparence et l'absence d'albumine me parurent décisives en faveur d'un kyste hydatique.

Le lendemain, la poche était tendue, douloureuse; la peau était d'un rose assez prononcé. Ces phénomènes de réaction durèrent quatre ou cinq jours, mais sans s'accompagner d'état général fébrile; aussi me décidai-je le 18, c'est-à-dire neuf jours après la ponction, à débarrasser la malade : il n'y avait eu aucune tendance à la résorption de la tumeur, qui était redevenue indolente. Plusieurs méthodes opératoires s'offraient à moi; la simple ponction a donné des succès, mais la réaction qu'un trocart capillaire avait déterminée me faisait craindre qu'une seconde ponction ne déterminât la transformation en un kyste purulent.

L'incision était la méthode le plus ordinairement employée et n'était passible que d'un petit nombre d'objections; il y avait seulement à craindre qu'un kyste à parois aussi fermes que paraissait l'être le kyste en question ne pût être oblitéré qu'après une suppuration de longue durée. Je me décidai donc, suivant en cela l'exemple de notre regretté collègue Liégeois, dans le seul cas d'ablation complète de kyste hydatique que je connaisse (il intéressait les muscles adducteurs), à faire l'ablation de la poche hydatique.

Je fis une incision de $0^{m},09$, suivant le bord interne du biceps, et je disséquai avec beaucoup de peine le kyste sur lequel s'implantaient les fibres charnues du muscle; j'avais donc bien affaire à une tumeur intra-musculaire : pendant la dissection, un coup de bistouri ouvrit le kyste fibreux, et deux ou trois petites hydatides, du volume d'un pois, s'échappèrent.

Je signalerai seulement le voisinage et presque l'accollement de la tumeur par sa face interne à l'artère humérale et au nerf médian, ce qui me força de prolonger l'opération, afin d'éviter d'entamer la gaîne des cordons vasculaire et nerveux.

Une fois la poche kystique enlevée, on vit qu'elle se composait d'un kyste fibreux, d'une épaisseur de 2 à 3 lignes, rempli en presque totalité par une hydatide qui contenait à peu près 30 grammes d'un liquide, non plus transparent comme de l'eau de roche, mais louche et trouble; le dépôt est formé de fibrine, dont la présence s'explique par la poussée inflammatoire déterminée par la ponction exploratrice; quatre ou cinq petites hydatides, du volume d'une groseille, sont appendues à la face interne du kyste fibreux.

Les parois propres de ces hydatides ressemblent à du blanc d'œuf

---

(1) Fin. — Voir le numéro du 14 juin 1873.

coagulé, ou plutôt à du verre dépoli; l'épaisseur, de $0^m,001$ à $0^m,001$ 1/2 pour la grosse hydatide, est bien plus minime pour les poches de petit calibre. L'examen de trois de ces poches n'a démontré ni la présence d'échinocoques, ni celle de crochets, indice de la présence à une époque antérieure d'un parasite. On ne peut cependant douter de la nature hydatique de la tumeur en raison de la structure de la paroi des vésicules, paroi très-facilement reconnaissable à sa surface stratifiée, donnant au microscope l'apparence de lignes parallèles; on ne trouve pas à la face interne de cette membrane propre la membrane dite *fertile* d'où naissent les échinocoques par une sorte de gemmation.

Les hydatides musculaires sont assez fréquentes, pour que notre collègue M. Després en ait trouvé, en 1866, quatorze exemples incontestables; j'en ai depuis trouvé dans les auteurs un cas développé dans le muscle diaphragme; c'est dans le muscle biceps, c'est dans la masse sacro-lombaire que se développent souvent ces tumeurs. Quant au biceps, je ne connais que quatre cas, en comptant le mien, où on ait trouvé des tumeurs hydatiques : un cas de Dupuytren, opéré par incision; un cas de Soulé, où la tumeur s'ouvrit seule; un cas de Blandin, rapporté par M. Demarquay.

Le diagnostic de ces tumeurs hydatiques musculaires ne fut fait que deux fois, et, dans un de ces cas qui est dû à M. Nélaton, c'était une tumeur sacro-lombaire; il y avait un frémissement hydatique bien net.

La séance est levée à cinq heures.

Le secrétaire : TILLAUX.

Séance du 30 avril 1873. — Présidence de M. MAURICE PERRIN, vice-président.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

La correspondance imprimée comprend :

La *Gazette des Hôpitaux*; — l'*Union médicale*; — la *Gazette hebdomadaire*; — la *France médicale*; — la *Tribune médicale*; — le *Bordeaux médical*; — la *Revue médicale de Toulouse*; — le *Lyon médical*.

M. KRISHABER prie la Société de le comprendre au nombre des candidats au titre de membre titulaire.

M. LARREY offre à la Société un mémoire de M. le docteur Noizet, intitulé : *Traitement des fractures du membre inférieur par les appareils du docteur Noizet*.

PRIX DUVAL. — M. DEMARQUAY présente pour ce concours deux exemplaires de la thèse de M. Jules Girard : *Résorption urineuse, et urémie dans les maladies des voies urinaires*.

MM. DENEFFE et VAN WETTER adressent un mémoire intitulé : *Études cliniques sur les fistules vésico-vaginales*.

Cas de mort par le chloroforme. — M. LÉON LE FORT. Un nouveau cas de mort par le chloroforme s'est présenté avant-hier dans mon service, à l'hôpital Beaujon. Je crois devoir vous le communiquer.

Le nommé Rog..., âgé de quarante-trois ans, bien constitué, d'apparence robuste, qui s'était déjà présenté à la consultation de l'hôpital pour se faire traiter d'une fissure à l'anus, vint, le 26 avril, dans une de mes salles pour y subir la dilatation forcée du sphincter. Comme il avait mangé quelques heures auparavant, je refusai de l'opérer, et le renvoyai au lundi 28.

Cette fois il se présente tout à fait à jeun. Je le fis complétement déshabiller, à l'exception de la chemise, largement ouverte sur la poitrine, et après l'avoir fait coucher sur le lit d'un malade, je fis procéder à la chloroformisation. Le chloroforme était versé sur deux petits tampons de linge, renfermés dans un cornet métallique percé de deux larges orifices, permettant l'accès de l'air, appareil qui n'est autre que celui généralement employé en Angleterre.

Le malade respirait les vapeurs anesthésiques avec une certaine répugnance, ce qui obligea à mettre une lenteur plus qu'ordinaire à la chloroformisation. La période d'excitation fut lente à survenir; elle s'accompagna, comme d'ordinaire, de crachements de salive; les contractions musculaires durèrent assez longtemps, accompagnées d'un peu de congestion de la face, mais dans les limites ordinaires. Enfin la résolution survint; rien n'était anormal ni dans la respiration, ni dans le pouls.

Je fis alors tourner légèrement le malade sur le côté gauche, je procédai à la dilatation avec l'index et le médius des deux mains, et aussitôt la dilatation opérée, ce qui ne demanda que quelques secondes, le malade, qui avait, par des mouvements, manifesté un sentiment de douleur, fut replacé sur le dos, sans préoccupation aucune, puisque tout avait marché régulièrement. Je m'éloignai de quelques pas pour aller me laver les mains sur la table placée au milieu de la salle; je me rapprochais du lit en me les essuyant, c'est-à-dire après une ou deux minutes, lorsque j'entendis la respiration de l'opéré devenir bruyante. Je dis à mon interne, qui avait chloroformé le malade et qui était resté auprès de lui, de surveiller la langue, et, en même temps je m'approchai vivement du lit, d'autant plus vivement même, que j'entendais que mon interne frappait du plat de la main la poitrine du malade. A cet instant, les yeux étaient grands ouverts, immobiles, sans expression; la respiration, stercoreuse d'abord, s'arrête tout à fait, bien qu'on ait tiré la langue hors de la bouche; la face est cyanosée. Aussitôt, en attendant qu'on m'avance une sonde, je fais élever les jambes du malade, et je pratique la respiration artificielle par le procédé de Sylvestre.

A chaque mouvement des bras, l'air entre et sort abondamment de la poitrine, mais l'œil garde son aspect vitreux; le pouls s'arrête. Je fais aussitôt la respiration artificielle en introduisant une sonde dans le larynx; mais, comme je constate facilement que ce moyen est, sous le rapport de la quantité d'air introduit et expulsé, inférieur à celui de Sylvestre, je reviens à cette dernière méthode. Sans interrompre la respiration artificielle, j'applique les deux réophores d'un appareil d'induction sur les côtés de la poitrine, puis sur l'épigastre, et, en même temps, sur la base du cou.

J'obtiens d'énergiques contractions musculaires, mais rien de plus, et, peu à peu, ces contractions vont en diminuant. Après une demi-heure environ de tentatives, il fallut bien perdre tout espoir.

L'autopsie, faite le 29 avril, nous fournit les particularités suivantes :

La face est vultueuse et cyanosée; les lèvres sont violettes. Rien de particulier dans l'aspect extérieur du corps.

Le cœur est gonflé de sang, notamment l'oreillette droite, qui est grosse à peu près comme le poing. Ses parois sont intactes. Les valvules sont suffisantes et saines; il n'y a aucune lésion dans le péricarde et dans l'endocarde. Le sang des cavités cardiaques est fluide et noir, sans caillots. Il n'exhale pas d'odeur de chloroforme. Les poumons sont légèrement congestionnés, sans caillots dans les artères ou dans les veines pulmonaires. Le poumon droit est sain. Le poumon gauche présente au sommet deux tubercules, gros comme une noisette, et dont le centre est ramolli. A la partie supérieure du lobe inférieur de ce poumon gauche, on rencontre un gros tubercule, autour duquel il y a une légère hémorrhagie, mais sans dilacération appréciable du tissu pulmonaire.

Il n'y a pas de tubercules dans les autres viscères.

L'estomac est complétement vide.

Le larynx est petit; les grandes cornes du cartilage thyroïde affectent une disposition particulière. Elles se portent en arrière, de telle sorte que la partie la plus large du larynx est la partie moyenne, et qu'en arrière les deux cornes de ce cartilage sont séparées par un espace très-étroit. L'épiglotte est très-volumineuse, quoique non œdématiée, et recouvre complétement l'orifice supérieur du larynx. La glotte est très-petite.

Le cerveau est sain. Il y a une injection assez vive de la pie-mère.

Discussion sur la cataracte.

M. LÉON LE FORT. Depuis que l'invention de nouveaux procédés

a fait abandonner la méthode si longtemps classique de Daviel, tous les chirurgiens, et même ceux qui font de l'oculistique l'objet sinon unique, du moins spécial de leurs études et de leur pratique, hésitent lorsqu'ils se trouvent en présence d'une cataracte à opérer, et se demandent quel est de tous les procédés celui qui leur laisse le plus d'espoir d'obtenir la guérison complète de leur malade. La communication de M. Notta devait avoir et a eu pour effet de soulever une discussion dans laquelle nous sommes amenés à examiner, non pas seulement les avantages et les inconvénients de l'opération pratiquée par notre collègue, mais encore la valeur de toutes les modifications qui, depuis dix ans, ont été apportées à l'opération de la cataracte par extraction.

Déjà, MM. Giraud-Teulon, Panas, Perrin, ont exposé devant vous l'historique complet de la question.

Je ne referai pas l'histoire des méthodes, déjà si bien et si complétement faite par nos collègues; cependant il m'est impossible de ne pas dire un mot, en les groupant d'une certaine façon, des tentatives faites depuis une quinzaine d'années. Toute la discussion roule sur ces deux points : Quelle doit être la forme, quel doit être le siége de l'incision? Faut-il faire ou éviter l'iridectomie? Ce sont ces deux questions que je veux examiner. Voyons d'abord la première.

L'extraction par la méthode de Daviel, sauf les quelques tentatives de Gibson, de Travers et de Wardrop, était acceptée sans conteste depuis plus de cent ans, lorsqu'elle se vit tout à coup à peu près proscrite et abandonnée presque sans défenseurs. On lui reprochait d'amener assez fréquemment la suppuration du grand lambeau cornéen et consécutivement la perte de l'œil; et, par suite d'une réaction exagérée, Jaeger et de Graëfe proposèrent l'extraction linéaire simple. Mais les inconvénients dépassèrent les avantages, car on ne pouvait faire sortir le cristallin à travers une ouverture trop étroite sans le segmenter et sans introduire dans l'œil une curette. De Graëfe et Waldau, pour obtenir une ouverture plus grande, reculèrent la ponction jusqu'au bord externe de la cornée, de sorte que les extrémités de l'incision portaient sur la sclérotique. Stœber, de Strasbourg (*Gaz. méd. de Strasbourg*, 1859, nos 7 et 8), montrait, du reste, en même temps, en faisant porter toute l'incision sur la sclérotique, qu'on pouvait sans danger intéresser cette membrane.

Avec une incision aussi excentrique, il fallait supprimer la partie correspondante de l'iris; de Graëfe hésite d'autant moins à le faire que l'iridectomie était alors en haute faveur. Mais tout cela laissait encore fort difficile l'issue du cristallin; l'emploi de la curette amenait des accidents; l'iridectomie faite au côté externe laissait une difformité désagréable. Critchett et Bowmann diminuèrent ces inconvénients en faisant une plus large section cornéenne vers la circonférence de cette membrane et en reportant l'iridectomie à un niveau où le coloboma était caché en grande partie par la paupière supérieure.

De Graëfe, qui était prêt à renoncer à son opération adopte le procédé de Bowmann et Critchett, qu'il modifie bientôt, en 1866, en faisant porter l'incision tout entière sur la sclérotique.

La méthode d'extraction linéaire sclérale était créée et ne tardait pas à être généralement adoptée.

Mais on ne tarda pas non plus à lui trouver des inconvénients que MM. Giraud-Teulon, Panas, Perrin, nous ont signalés, et sur lesquels je reviendrai tout à l'heure. Une réaction se fit, et sauf M. Romero y Linarès (*el Siglo medico*, 1868), qui se portant plus loin encore en arrière, passait son couteau derrière l'iris, on reporta de plus en plus l'incision sur la cornée, dans le but d'éviter l'iridectomie. On alla même si loin sous ce rapport, que Kuchler d'Erlangen, en 1868, fit à peu près comme M. Notta l'incision sur le méridien transversal de la cornée.

Quelles conditions doit remplir l'incision? Elle doit être assez large pour permettre l'issue facile du cristallin sans qu'il soit besoin d'introduire un crochet ou une curette. Elle doit être faite de manière à ce que cette condition étant remplie, la surface de section laisse une plaie aussi peu étendue que possible, et un lambeau vivace; elle doit être faite en un point tel que le cristallin glisse sur la face profonde de la cornée comme sur un plan incliné, sans être obligé d'exécuter sur son axe transversal un mouvement de bascule exagéré.

J'élimine de suite les incisions linéaires, dont la longueur est inférieure au diamètre du cristallin; elles sont aujourd'hui justement abandonnées. Si par les dimensions de la plaie cornéenne, par la grande étendue de ses bords, l'incision de Daviel n'exposait pas à la suppuration du lambeau, si elle ne laissait pas à craindre la non réunion par première intention, elle serait préférable à toutes les autres. En effet, lorsque le cristallin par la déchirure de la capsule, l'ouverture de la chambre antérieure et l'issue de l'humeur aqueuse se trouve projeté en avant par la pression des milieux postérieurs de l'œil, l'iris étant moins soutenu au niveau du lambeau se laisse pousser en avant; le cristallin bascule légèrement, son bord rencontre la pupille, s'y engage, soulève l'opercule que forme le lambeau cornéen, et glissant sur la face profonde de la cornée, il s'engage facilement dans une ouverture largement et spontanément béante.

Au contraire, dans l'incision sclérale de de Graëfe, malgré l'ablation d'une portion de l'iris, l'incision linéraire, ne laisse qu'une ouverture en forme de fente; ce n'est, le plus souvent, qu'artificiellement et en déprimant sa lèvre postérieure qu'on fait bâiller l'incision, qui ressemble non plus à un opercule, mais à une boutonnière. De plus, la pression intra-oculaire a pour effet non de chasser le cristallin au travers de cette fente, mais de le pousser à plat derrière la face profonde de la cornée; aussi, pour faire sortir la lentille faut-il la pousser, la chasser au dehors en s'appuyant sur la partie de l'œil qui répond au côté opposé de l'incision, et quelquefois même aller chercher avec une curette, et extraire le cristallin.

Si, au contraire, l'incision se rapproche trop du centre de la cornée, le cristallin doit accomplir un mouvement de bascule très-prononcé, qui enfonce vers le corps vitré une partie de la circonférence, et l'on est exposé à voir une partie de l'humeur vitrée accompagner ou précéder la sortie du cristallin. Si l'incision est tout à fait centrale comme dans les procédés de Kuchler et de Notta, on a ces inconvénients poussés au plus haut degré, et le cristallin se présente à l'ouverture non plus par l'un des points de sa circonférence, mais par sa face antérieure, qui s'applique sur la face profonde de la cornée et de l'iris.

Dans toute cette discussion, la géométrie vient réclamer sa place. On ne peut dépasser les limites du bord postérieur de la circonférence de la cornée et, dans ce champ ainsi circonscrit, l'ouverture cornéale centrale, ou l'incision de de Graëfe, sont les plus larges transversalement, parce que, répète-t-on, elles répondent à un grand cercle. Géométriquement, cela est possible; mais il s'agit en réalité non pas de faire une fente plus large que le diamètre du cristallin, mais de faire une ouverture à travers laquelle le cristallin puisse facilement sortir. Or le cristallin est non un disque, mais une lentille, dont l'épaisseur est variable; il ne peut sortir à travers une ouverture linéaire que si l'on fait bâiller cette fente de manière à lui donner une forme elliptique ou à déprimer un des deux bords en élevant l'autre. De plus, la surface de la lentille cristalline est molle, une pression un peu forte sur la surface du cristallin amène plus ou moins la décortication de ses couches les plus superficielles; aussi, que voyons-nous signalé comme un des inconvénients du dernier procédé de de Graëfe? la rétention dans l'œil de parcelles de substance corticale, et dans tous les procédés vraiment linéaires de Waldau, de de Graëfe, de Bowmann, la nécessité d'extraire avec une curette tout ou partie du cristallin.

D'un autre côté, plus l'on s'approche du centre de la cornée, plus le cristallin doit basculer. Le dernier procédé de de Graëfe, par sa périphéricité et grâce à l'ablation de la partie correspondante de l'iris, n'exige aucun mouvement de bascule du cristallin; mais, en revanche, la lentille a si peu de tendance à sortir par la fente faite à la sclérotique, qu'on est obligé, comme je l'ai dit tout à l'heure, d'expulser le cristallin par une pression exercée à la partie de la circonférence opposée à celle où l'incision a été pratiquée et de

suivre avec le corps qui presse (dos de la curette, manche du couteau) le cristallin dans sa progression vers l'extérieur.

De tous les procédés aujourd'hui imaginés, le procédé de Daviel est celui qui permet le plus facilement la sortie du cristallin ; c'est un de ceux qui exigent le moindre mouvement de bascule du cristallin ; c'est, enfin, de tous les procédés qui ne comprennent pas l'iridectomie, celui qui met le mieux à l'abri des pincements de l'iris, puisque la plaie cornéenne est aussi éloignée que possible de l'ouverture pupillaire.

Le lambeau de Daviel est-il donc parfait, sans inconvénients? Je suis loin de le prétendre. La grande étendue de la plaie cornéenne, jointe à une coaptation quelquefois imparfaite, expose à la suppuration de la plaie ; la grande étendue du lambeau qui comprend la moitié de la cornée ajoute à ce danger, car la vitalité de ce grand lambeau peut être insuffisante pour faire les frais d'une réunion par première intention.

Mais ce lambeau de Daviel peut être modifié. Depuis plus d'un an j'ai pris le parti d'en diminuer la hauteur, mais en augmentant la largeur. Avec le couteau lancéolaire de de Graëfe, je fais la ponction en dehors du cercle visible de la cornée, au point qui correspond à la circonférence profonde de cette membrane ; je fais la ponction et la contre-ponction à 0m,001 et demi ou 0m,002 au-dessous ou au-dessus du diamètre transverse de la cornée ; je la termine au niveau de la circonférence de la membrane, et je puis affirmer que l'issue du cristallin est des plus faciles.

(A suivre.)

VARIÉTÉS

Des complications cardiaques du croup et de la diphthérite, et en particulier de l'endocardite diphthéritique (1), par M. Labadie-Lagrave.

Nous avions l'endocardite rhumatismale, l'endocardite pneumonique, pleurétique, varioleuse, scarlatineuse, morbilleuse, typhoïde, indiquées par M. Bouillaud. Il faut y joindre l'endocardite érysipélateuse décrite par Fuller, l'endocardite puerpérale, etc. ; il faut y joindre une endocardite diphthéritique signalée par M. Labadie-Lagrave, d'après des observations prises dans le service de M. Bouchut.

Ce sont ces observations, suivies d'autopsies, qui font l'objet de la thèse de M. Labadie-Lagrave. Elles ont été communiquées, par M. Bouchut, à l'Académie des sciences, le 22 juillet 1872. Elles sont au nombre de vingt-cinq. On y trouve la preuve d'une endocardite végétante mitrale ou tricuspide évidente formée par la prolifération du tissu conjonctif sur le bord valvulaire.

Comme conséquence de cette endocardite, et sans le mentionner, M. Labadie-Lagrave signale, d'après le *Traité des maladies des enfants*, de M. Bouchut :

1° Les infarctus apoplectiques du poumon et les abcès métastatiques de cet organe ;

2° Les infarctus du tissu cellulaire ;

3° La leucocythose, qui est en rapport avec le degré d'intensité de la diphthérite, et que M. Bouchut a fait connaître à la Société de biologie en 1869.

C'est un travail très-intéressant, mais qui nous suggère une remarque sur les vingt-cinq observations qui servent de base à cette thèse, et qui ont été prises dans le service de M. Bouchut. Il y en a dix-huit dans lesquelles le nom du chef de service n'est pas indiqué. Cet oubli est regrettable.

Un autre oubli est celui qui semble attribuer à M. Labadie la découverte des infarctus et foyers métastatiques du poumon embolisé, la constatation des foyers du tissu cellulaire, et enfin la leucocythose diphthéritique qui sont depuis plusieurs années les objets habituels de l'enseignement clinique et où M. Labadie a pu les apprendre. C'est un oubli involontaire qu'il aura le soin de réparer à la première occasion.

Terminons en disant que l'endocardite végétante s'observe dans toutes les maladies aiguës de l'enfance, dans les phlegmasies comme dans les fièvres continues ou éruptives, dans les maladies septiques et dans la fièvre traumatique ; car chez des opérés morts des suites de leur opération au troisième ou quatrième jour, cette lésion a pu être constatée. Le fait n'a donc rien de spécial à la diphthérite, et il faut prendre garde de conclure trop vite sans avoir fait d'études comparatives.

(1) In-8°. Prix : 3 fr. 50. F. Savy.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

De la valeur de la triméthylamine dans le traitement du rhumatisme articulaire, par le docteur Albert Cottard. — In-8°. — Prix : 2 francs. — Paris, Adrien Delahaye.

Du choix du vaccin et du procédé à mettre en usage pour éviter, dans l'opération de la vaccine, des germes des maladies virulentes, par le docteur Bourdin. — In-8°. Prix : 50 centimes. — Paris, Adrien Delahaye.

Le Directeur : Dr E. Le Sourd.

Paris. — Typographie A. Pougin, quai Voltaire, 13.

N° 72. — MARDI 24 JUIN 1873. 46e ANNÉE. MARDI 24 JUIN 1873. — N° 72.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Bureaux : 57, rue des Saints-Pères, 57
PRÈS L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix d'abonnement doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois

On s'abonne hors de Paris dans les bureaux des Messageries et chez les Libraires. Les lettres non affranchies sont refusées.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1852 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui n'en peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS : Trois mois. . 8 fr. 50 c. — Six mois. . . 16 — Un an. . . . 30 —

POUR L'ÉTRANGER le port en sus suivant les derniers tarifs des Postes.

Paris, le 23 juin 1873.

SÉANCE DE L'ACADÉMIE DES SCIENCES

La matière pseudo-organique connue sous le nom de *glaires*, *glairine*, et que l'on trouve dans certaines sources sulfureuses, a été l'objet de nombreux travaux, dont le principal résultat a été la démonstration de l'existence d'une matière organique azotée dans ces productions. M. Béchamp vient de soumettre à son observation la glairine qui se dépose en abondance dans les eaux de Molitg, et il est arrivé, après un certain nombre d'expériences, à conclure que les éléments histologiques que contient la glairine de Molitg sont des microzymas. Comme tous les microzymas, ceux de la glairine de Molitg, sont producteurs d'alcool et d'acide acétique, et sont capables d'évoluer en bactéries.

— Au nom de M. Quinquaud, M. Bouillaud présente une note *sur un procédé de dosage de l'hémoglobine dans le sang*. Ce procédé repose sur ce fait, démontré par les expériences de l'auteur, que les volumes *maxima* d'oxygène absorbables par l'unité de volume d'un sang donné, sont proportionnels à la dose d'hémoglobine que ces sangs renferment. Il suffit donc, pour doser l'hémoglobine du sang d'un animal :

1° De connaître, une fois pour toutes, le poids d'hémoglobine qui correspond à 1 centimètre cube d'oxygène, lorsque le sang a été agité à l'air;

2° De déterminer exactement la quantité d'oxygène que renferme le sang en question après avoir été saturé.

L'auteur fournit à l'appui plusieurs expériences qu'il a exécutées au laboratoire de chimie de la Sorbonne.

— M. Sanson, pénétré de l'utilité de régler l'alimentation des chevaux d'après la quantité de travail exigée d'eux, a eu la pensée de calculer l'équivalent sur le coefficient mécanique de l'unité de protéine alimentaire, ainsi que le travail journalier produit par les chevaux pour tirer ou porter leur charge et la transporter eux-mêmes à la distance et à la vitesse connues. « Ces calculs ont conduit M. Sanson à admettre la valeur de 1,600,000 kilogrammètres, en nombre rond, comme équivalent ou coefficient pratique du kilogramme de protéine alimentaire d'une ration bien constituée; ce qui revient à dire que, dans l'économie animale, une ration journalière constituée selon les principes de la science, dégage autant de fois la quantité de chaleur nécessaire pour produire effectivement 1,600,000 kilogrammes de travail qu'elle contient de kilogrammes de protéine ou de matières azotées nutritives désignées ainsi. »

HOPITAL DU MIDI. — M. CHARLES MAURIAC.

Étude clinique sur l'influence curative de l'érysipèle dans la syphilis (1).

XXV

Si la première observation de M. le professeur Lasègue présente, comme résultat curatif, une grande analogie avec les miennes, elle en diffère par plusieurs circonstances qu'il importe de faire remarquer, et, entre autres, par l'âge de la syphilis et par la nature de ses manifestations. Le malade, en effet, âgé de soixante-deux ans, avait eu la syphilis à vingt-sept ans. Trente-cinq ans s'étaient donc écoulés depuis qu'il avait éprouvé la première atteinte de cette maladie constitutionnelle ; et, après tant d'années, il n'en était pas guéri. Il lui revenait des accidents dans la gorge, et ces accidents n'étaient point superficiels comme ceux des premières phases de la maladie ; ils avaient le caractère ulcéreux, destructif, qu'on observe aux dernières périodes.

Néanmoins, la maladie érysipélateuse, loin de les aggraver, comme il n'eût pas été irrationnel de le supposer, étant donnés l'âge du malade, celui de la syphilis et le caractère des ulcérations, etc., les a guéris, ou du moins a grandement aidé à leur rapide guérison.

En serait-il de même si l'érysipèle se développait dans le cours d'une syphilis maligne ou dans la phase cachectique de la maladie constitutionnelle ? Il est permis d'en douter (2). D'a-

(1) Suite. — Voir les numéros des 3, 8, 15-17, 29 avril, 6, 15, 22-24 mai, 5 et 17 juin 1873.

(2) « Quels effets produira, sur une maladie chronique, la coexistence d'une maladie aiguë ? Au début, une complication phlegmasique peut améliorer le malade. C'est ainsi qu'un érysipèle peut modifier favorablement un lupus. Dans la période ultime des maladies, toutes les complications deviennent graves; telles sont la pleurésie, l'arthrite, la phlébite, etc. » Bazin, *Rapports des affections de la peau entre elles et avec les affections des autres systèmes*. (*Annales de dermatologie et de syphilographie*, 3e année, p. 406.)

bord, l'érysipèle, participant des mauvaises conditions de l'organisme, revêtirait lui-même les formes cachectiques et malignes qui le rendent redoutable. Loin d'améliorer la situation, il la ferait tomber au-dessous du niveau où elle se trouvait ; il compromettrait peut-être d'une façon irremédiable ou annihilerait le peu de vie saine qui reste encore dans l'organisme, et précipiterait ainsi la terminaison fatale. Et, d'un autre côté, en admettant que l'érysipèle ne puisât pas dans ce mauvais terrain des germes de perniciosité, et que sa réaction se maintînt dans des limites qui ne peuvent laisser aucun doute sur l'issue favorable, croyez-vous qu'il trouverait et pourrait susciter une somme assez grande d'énergies saines pour rompre, même momentanément, l'enchaînement vicieux des opérations morbides, et à plus forte raison pour en réparer les désordres (1)?...

Un érysipèle survenant dans ces fâcheuses conditions est donc grave, tandis qu'on peut le regarder comme un événement favorable lorsque les syphilitiques qui en sont atteints ont conservé, ce qui arrive souvent malgré la gravité des déterminations locales, un état de santé générale satisfaisant.

XXVI

Quand on songe à la lenteur avec laquelle les maladies syphilitiques cutanées ou muqueuses se guérissent, même lorsqu'elles sont convenablement traitées et que l'organisme ressent et développe l'impression curative des médicaments spécifiques, on se prend à désirer qu'une secousse, une révolution pathologique vienne brusquement changer le mode anormal de nutrition qui tend à se perpétuer. Or, parmi toutes les maladies fébriles qui pourraient produire un pareil résultat, je ne pense pas qu'il en existe de plus efficace et en même temps de moins dangereuse que l'érysipèle. Il a, en effet, le double avantage d'agir localement et par substitution sur les parties qu'il envahit, et d'imprimer en outre, par l'état pyrétique qui l'accompagne, une nouvelle manière d'être à toutes les fonctions organiques.

Croit-on, par exemple, que dans ces syphilides sèches ou ulcéreuses de la face, si longues, si rebelles, si compromettantes en ce qu'elles décèlent, aux yeux les moins expérimentés, la nature de la maladie, il ne serait pas à souhaiter pour le malade qu'il eût un érysipèle de la face ? Mais l'érysipèle, comme toutes les maladies qui ne sont pas virulentes et inoculables, ne peut pas se donner à volonté. Il échappe à l'expérimentation. Et en supposant que celle-ci parvînt à faire naître une phlogose cutanée et muqueuse plus ou moins analogue à la phlogose cutanée et muqueuse de l'érysipèle, n'y aurait-il pas un abîme entre la maladie spontanée et la maladie artificielle ? Notre célèbre physiologiste, M. Claude Bernard, a sans aucun doute fait rendre à la matière organique, par les procédés les plus subtils et les plus ingénieusement combinés de l'expérimentation, la plus grande somme de troubles fonctionnels qu'on ait obtenue jusqu'à présent. Eh bien, ne pourrait-on pas le mettre au défi de créer un érysipèle ; que dis-je, un simple furoncle semblable à ceux que conçoit spontanément l'organisme ?

Quand nous ne tenons pas en main la cause des maladies, comment en pourrions-nous obtenir les effets ? Mais j'admets pour un moment qu'il soit en notre pouvoir de faire naître, dans un but thérapeutique, une maladie fébrile. Serait-il prudent de s'en servir ? Nous pouvons mesurer, doser, graduer les agents toxiques qui constituent nos principaux médicaments, tâter leur action sur l'organisme, l'augmenter, la diminuer, la suspendre ou la corriger, etc. Serions-nous ainsi maîtres d'une maladie ? Pourrions-nous la maintenir dans les limites d'une action pathologique exclusivement salutaire ? Nous irions tellement à l'aveugle et nous courrions le risque de soulever de telles tempêtes qu'aucun résultat curatif, si probable qu'il fût, ne saurait justifier notre témérité ! Dès lors, pourquoi regretterions-nous qu'il soit hors de notre portée ? Félicitons-nous de le voir survenir dans certaines conditions morbides qu'il peut modifier favorablement, et efforçons-nous d'en faire un événement heureux en le maintenant dans les bornes d'une réaction franche et salutaire (1).

(*A suivre.*) CHARLES MAURIAC.

REVUE DE LA PRESSE

Nouveau traitement des gastralgies chez les femmes nerveuses. — Dans les cas graves de gastralgie idiopathique, M. Joulin a recours avec succès, depuis un certain nombre d'années, à la glace et aux révulsifs externes. 1° Cataplasme de glace pendant dix minutes matin et soir sur la région épigastrique ; 2° sinapisme immédiatement après la glace et sur toute la place qu'elle vient d'occuper, on le garde aussi longtemps que possible ; 3° glace pilée en neige, à prendre à la dose d'une cuillerée à bouche matin et soir, de cinq en cinq minutes pendant une heure ; 4° bains sinapisés (750 grammes ou 1 kilo de bonne farine de moutarde dans un bain ordinaire) ; en prendre trois par semaine.

Telle est la formule de M. Joulin, unique quant au choix des moyens, mais non en ce qui concerne leur application. L'énergie du traitement doit être graduée selon l'intensité et la persistance des cas. Il est d'ailleurs d'une parfaite innocuité ; la toux, si elle est purement nerveuse, n'est point une contre-indication, mais il n'en est pas de même si elle présente un autre caractère.

L'application du sinapisme, par suite de l'anesthésie obtenue par le cataplasme de glace, ne détermine pas de douleur, pas même de rougeur, ce qui, ajoute M. Joulin, n'enlève rien à l'énergie de son action.

---

(1) On trouve, dans les auteurs, des cas d'érysipèle devenus rapidement mortels chez des individus atteints de cachexie syphilitique et des accidents graves qui la produisent et l'accompagnent. Voyez la thèse du docteur Martellière *sur l'angine syphilitique*, où un cas de mort par angine érysipélateuse compliquant des ulcères du pharynx se trouve relaté. Voyez aussi deux cas d'érysipèle mortels chez des syphilitiques arrivés à la période cachectique dans le savant ouvrage de mon collègue et ami M. le docteur Lancereaux sur la syphilis, pages 319, 447.

Cependant, M. le docteur Cazenave rapporte, dans son excellent *Traité des syphilides*, un cas de syphilis où, bien que les désordres fussent extrêmement graves et la cachexie établie depuis longtemps, le malade, amélioré déjà par un traitement au proto-iodure, put supporter une attaque de cholérine et un érysipèle sans que sa santé générale fût compromise. Plus tard, le malade eut une varicelle discrète. Néanmoins, il se rétablit. (Voyez Cazenave, *Traité des syphilides*, p. 393, 86e observation.)

(1) Le docteur Jeltzinzki (*Revue médicale*, février 1861 : *Cure radicale de la syphilis par la vaccination*) rapporte un fait qui semblerait démontrer qu'une carie de la voûte olfactive aurait été guérie par la vaccination. — Dès 1858, Papoff (de Moscou) traitait par la vaccination un grand nombre de syphilitiques à l'hôpital Sainte-Catherine. — « Cette méthode de traitement, dit Follin, mise en pratique en France par son inventeur, Justin Lukonski, capitaine du corps forestier russe, n'a pas mérité de fixer l'attention des chirurgiens habiles devant lesquels on expérimentait. »

— Deux élèves de M. Hardy, M. le docteur Jourjon, dont j'ai déjà parlé, et M. le docteur Garrigue,* dont la thèse sera citée et analysée plus loin, pensent que dans les cas de syphilides rebelles, on devrait inoculer la *variole*. — « Si le vaccin, dit M. Garrigue, ne donne pas des résultats indiscutables, il n'en est pas de même de la variole ; d'ailleurs les faits observés s'imposent d'eux-mêmes, et, dans des cas de syphilis rebelle, alors que le mercure ne produit aucun résultat, l'arrivée d'une variole décide de la guérison. Quant à moi, je n'hésiterais pas à proposer à un de ces malades réfractaires aux traitements spécifiques l'inoculation de la variole, et en cela je suis d'accord avec mon savant maître M. le professeur Hardy. »

* Garrigue : *De l'influence des maladies aiguës sur les diathèses.* Thèses de Paris, 1870, p. 73.

Ce traitement doit être continué pendant un certain temps après la guérison pour prévenir la récidive.

M. Joulin a depuis longtemps appliqué cette médication aux vomissements de la grossesse. (*Gazette de Joulin.*)

Du traitement de la pharyngite granuleuse. — M. A. Cousin, contre l'angine granuleuse, si bien décrite par M. Guéneau de Mussy, tout en faisant dominer le traitement topique, y associe toujours l'emploi de l'arsenic, des alcalins, des sulfureux ou des iodiques, selon les cas.

Comme moyens locaux, M. Cousin préfère de beaucoup au simple gargarisme la douche pharyngienne, comme ayant une action mécanique fort efficace jointe à celle des principes médicamenteux, pratiquée avec un irrigateur rempli soit d'eau de goudron, soit d'eaux sulfureuses variées, soit surtout d'eau salée additionnée d'une quantité variable de glycérine anglaise.

Dans les cas où l'angine s'étend à la partie supérieure du pharynx, il faut alors employer la *douche naso-pharyngienne*, mais avec des liquides médicamenteux moins concentrés, vu l'extrême sensibilité de la muqueuse de Schneider.

Les *pulvérisations* avec des eaux balsamiques ou des eaux naturelles arsenico-alcalines, sulfureuses, ou encore des décoctions ou infusions diverses, conviennent dans les formes de pharyngites ayant de la tendance à gagner du côté du larynx.

Comme moyens topiques, outre les agents ordinairement employés, M. Cousin recommande particulièrement l'acide chromique. Il emploie une solution composée de parties égales d'acide chromique cristallisé et d'eau distillée qu'il dirige sur le pharynx au moyen du porte-caustique de Trouvé, après quoi le malade se gargarise à l'eau fraîche ou fait une irrigation pharyngienne. Dans l'intervalle de ces attouchements caustiques, on a recours à des collutoires variés que le malade emploie lui-même en badigeonnages. Il faut joindre à cela les indications fournies par l'état général du malade : huile de foie de morue chez les scrofuleux maigres, préparations iodées chez les scrofuleux gras, arsenic chez les herpétiques, alcalins et sulfureux chez les arthritiques; interdiction des mets épicés, du tabac, des liqueurs fortes, de l'abus du chant et de la parole, autant que possible séjour dans un climat doux et sec. (*Bulletin de thérapeutique.*)

Urémie éclamptique chez une femme enceinte. — Coma. — Mort. — Opération césarienne. — Extraction d'un enfant vivant, par M. Macé, interne des hôpitaux. — Une femme de trente-cinq ans, ayant eu sept bonnes grossesses, arrivée sans accidents vers la fin de sa huitième grossesse, depuis une quinzaine de jours, était atteinte d'œdème des jambes et de bouffissure de la face. Le 6 avril elle est prise de vertiges, perd connaissance, vomit des matières bilieuses et alimentaires, et peu après est prise de convulsions épileptiformes. Après plusieurs attaques convulsives, elle est transportée à l'hôpital de la Pitié, où elle arrive dans l'état suivant : perte complète de connaissance, état comateux, respiration stertoreuse, résolution absolue. On entend les bruits du cœur du fœtus. La température vaginale est de 36°,4; le cathétérisme donne issue à une urine claire, abondante et fortement chargée d'albumine. L'issue funeste n'étant pas douteuse, tout est preparé pour l'opération césarienne. Aussitôt que la mort a été bien constatée, cette opération fut pratiquée dans l'espace de deux minutes. L'enfant est extrait trois minutes environ après la mort. Cet enfant, à terme, assez gros, ne respire pas tout d'abord. Il faut le stimuler pour le faire respirer. Cinq jours après il partait en nourrrice très-bien portant.

M. Yvon a fait, avec son appareil, l'analyse du sang et de l'urine de la malade. L'urine renfermait, par litre, 3gr,92 d'albumine, et seulement 2gr,18 d'urée, tandis que le sang contenait 0gr,271 d'urée. Il y avait donc absence presque complète de l'élimination de l'urée. Les reins présentent tous les caractères d'une néphrite parenchymateuse.

L'auteur fait remarquer qu'il y avait urémie et abaissement de la température, et, s'appuyant sur les travaux de M. Bourneville, il désigne cette affection sous le nom d'*urémie éclamptique*, car on sait que dans l'éclampsie puerpérale type il y a élévation de la température. Au point de vue de l'opération césarienne, il conclut de cette observation qu'il faut opérer vite, et pour cela tout préparer à l'avance et assister soi-même à l'agonie de la femme. (*Progrès médical.*)

Glossite aiguë. — Ulcération de l'artère linguale. — Hémorrhagie. — Mort. — Un homme de trente ans se sentant pris soudain de douleurs insolites dans la région buccale et de mouvements pénibles de la langue, entre à l'hôpital très-inquiet sur sa position. La cavité buccale était d'une couleur rouge vif, et l'on remarquait, en avant de la langue, aux environs du filet, un enduit blanc-grisâtre, adhérant et résistant; en même temps un gonflement considérable du cou existait dans la région sus-hyoïdienne, avec chaleur, rougeur, douleur.

Ce qui survint à la suite de ces fâcheux prodrômes peut se résumer dans un cortége de symptômes inflammatoires qui finissent ordinairement par un ou plusieurs abcès à la région malade. Seulement, chez ce malade, ce mode habituel de terminaison n'a pas eu le temps de se produire. Son état général et local s'améliorait sensiblement, quand un jour, au moment où on y songeait le moins, il mourut subitement.

L'autopsie révéla ce qui s'était passé.

Il existait un caillot entre les lèvres de l'orifice supérieur du larynx et du sang en grande abondance dans la trachée.

Une injection, poussée par l'artère linguale droite, ressortait par un foyer hémorrhagique médian situé dans l'épaisseur du muscle génio-glosse. C'était donc là évidemment la cause de la mort. (*Gaz. méd. chir. de Toulouse*).

Du traitement du rhumatisme articulaire aigu par la triméthylamine. — Dans une discussion qui vient d'avoir lieu à la Société de médecine du Nord ont été produits plusieurs cas favorables à ce traitement, parmi lesquels nous signalerons particulièrement deux observations présentées par M. le docteur Mazurel.

Dans l'une, il s'agit d'un homme de trente ans, qui, atteint depuis le 10 février, d'un rhumatisme contre lequel la vératrine, associée au nitrate de potasse, n'avait produit aucun résultat, prend 1 gramme de propylamine ; dès le lendemain, l'amélioration était très-notable, et trois jours après le malade était complétement guéri.

Dans la seconde observation, il s'agit d'un homme de cinquante-sept ans, qui avait un rhumatisme articulaire aigu depuis le 16 mars ; on lui administre 1 gramme de propylamine le lendemain des douleurs aiguës, et, le 19, la tuméfaction dans les membres avait disparu, et le pouls était tombé de 95 à 75.

A côté de ces succès doivent être signalés des résultats moins avantageux obtenus par MM. Volet et Chrétien, insuccès que M. le docteur Mazurel attribue à la différence de composition des produits expérimentés, ce qui vient à l'appui de l'opinion de M. Dujardin-Beaumetz, qui veut que l'on abandonne la propylamine commerciale, mélange à proportion variable d'ammoniaque et de triméthylamine, pour le chlorhydrate de triméthylamine.

Comme ce dernier observateur, les médecins de la Société du Nord ont remarqué l'action sédative très-nette de ce médicament sur la circulation et la température. Comme lui aussi, ils ont remarqué que la propylamine avait peu d'action dans le rhumatisme chronique et le rhumatisme blennorrhagique. (*Bull. méd. du Nord.*)

De l'emploi de l'acide iodique en injections hypodermiques. — M. Luton, dans une lettre sur les injections hypodermiques adressée à M. Constantin Paul qui rédige, dans le *Répertoire de pharmacie*, une revue de thérapeutique, signalant les résultats de ses recherches sur les injections irritantes et caustiques dans les tissus malades, appelle l'attention sur un agent non encore employé et dont l'efficacité est, suivant lui, vraiment remarquable ; il veut parler de l'acide iodique.

L'acide iodique est très-soluble dans l'eau ; on peut en faire des dissolutions au cinquième ; c'est celle qu'il emploie ordinairement.

A cette dose, il ne produit pas d'eschares, mais il imprime au tissu au milieu duquel il est injecté une modification assez profonde pour en entraîner la résorption rapide.

Il l'a mis en usage contre le goître, contre les adénopathies indolentes des régions cervicale et sous-maxillaire, et dans un cas d'ostéo-périostite d'une phalange de la main, etc., etc.; il a obtenu de très-bons résultats.

M. Luton a injecté jusqu'à 2 grammes de la solution au cinquième en une seule fois. Il pratique l'injection substitutive en la portant au milieu de la tumeur à traiter, et utilise ainsi l'enveloppe propre du ganglion ou de la dégénérescence quelconque pour limiter l'inflammation et empêcher la diffusion qui pourrait avoir des inconvénients. La réaction locale qui suit l'injection est très-vive, mais elle n'est suivie d'aucun accident : la résolution, sans suppuration et sans escharification, est la règle.

Abcès du foie ouvert par ponction à la partie postéro-inférieure de la poitrine. — M. Frison, médecin principal à l'hôpital militaire du Dey, à l'appui de quelques considérations qu'il expose sur la migration du pus dans les abcès du foie, relate l'observation d'un tirailleur indigène qui entra dans son service le 4 décembre 1869, accusant des symptômes morbides qui eussent pu faire soupçonner, *à priori*, la présence d'un épanchement purulent dans la poche pleurale, du côté droit. Ce n'est que plus tard qu'un examen attentif et minutieux donna à ce médecin la certitude qu'il avait affaire à un abcès hépatique.

Le malade se plaignait d'un point de côté à droite et en arrière; des signes probants de pleurite existaient : à l'auscultation, bruit de souffle très-prononcé vers l'angle inférieur de l'omoplate droit avec œgophonie légère, matité complète à la percussion, depuis la moitié de l'omoplate jusqu'aux lombes. En avant et à droite, matité complète, depuis le mamelon jusqu'au rebord des fausses côtes; au-dessous de l'aisselle, matité et diminution du bruit respiratoire. Mais en examinant avec soin la région douloureuse, on découvrit, un peu plus tard, une légère voussure de 0,10 dans tous les sens et occupant l'angle postérieur des neuvième, dixième et onzième côtes. Cette voussure se prononça insensiblement davantage, devint plus sensible; la peau devint rouge, et en pressant méthodiquement sur les espaces intercostaux, on finit par obtenir la sensation d'une fluctuation profonde qui devint d'autant plus évidente qu'on obligeait le malade à faire une forte expiration.

M. Frison l'avait diagnostiqué; il y avait lieu de faire l'ouverture d'un abcès du foie.

M. Baizeau, médecin en chef, fit l'opération au moyen d'un trocart plongé dans le neuvième espace intercostal et à 0m12 de la ligne des apophyses épineuses, au centre même de la voussure, et il en sortit aussitôt, par la canule, un liquide d'un aspect lie de vin contenant des grumeaux de pus jaunâtre.

On continua le traitement par des injections iodées, et le malade, qui était entré à l'hôpital comme on l'a vu, le 4 décembre 1869, en sortait bien portant le 8 février suivant. (*Alger médical.*)

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Séance du 22 février 1873 (1). — Présidence de M. LUNIER.

RAPPORT

M. AIMÉ MARTIN. Messieurs, je viens au nom d'une commission composée de MM. Charrier, Onimus et Aimé Martin, rapporteur, vous rendre compte d'un mémoire intéressant adressé à la Société de médecine de Paris, par M. le docteur Bédoin, médecin aide-major au 3e régiment de hussards, à l'appui de sa candidature au titre de membre correspondant de la Société.

Ce mémoire est intitulé : « *Note sur deux cas de syphilis développée après la vaccination, mais non transmise par elle.* »

Je vais analyser succinctement les deux observations rapportées par M. Bédoin; je discuterai ensuite l'interprétation qu'il leur a donnée et qui ne me semble pas devoir être admise sans conteste.

Voyons d'abord les observations.

S... (Jean-Marie), fusilier au 97e régiment d'infanterie de ligne, âgé de vingt-deux ans, d'une forte constitution, sans aucun antécédent syphilitique ou vénérien, entre, le 25 janvier 1870, à l'hôpital militaire de Lyon, pour *un ulcère au bras consécutif à un bouton de vaccine.* Tels sont les termes du diagnostic porté par le chirurgien qui l'envoie à l'hôpital.

Il a été revacciné au corps, à Quimper, le 27 octobre 1869, en même temps que trois autres soldats, les nommés L..., R... et B..., avec du vaccin emprunté aux pustules vaccinales du nommé C...; celles ci saignèrent un peu, à ce que dit S..., lorsque ce dernier fut vacciné; on lui fit huit inoculations, quatre à chaque bras.

La vaccine suivit son cours normal; les pustules apparurent le quatrième ou le cinquième jour, au nombre de huit; vingt jours après, la guérison en était complète, sauf pour une des pustules du bras droit, sur laquelle il était resté une croûte.

Cinq ou six jours après, S... s'aperçut que cette croûte, qui s'était entourée d'un cercle rougeâtre, devenait le siége d'un prurit incommode; quelques jours plus tard, la croûte tomba pour faire place à une petite ulcération; cela avait lieu vers le 22 novembre, vingt-cinq jours environ après la vaccination. A ce moment, le bataillon dont S... faisait partie arriva à Lyon.

Depuis cette époque, la rougeur qui environnait l'ulcération augmenta lentement, et le malade s'aperçut qu'elle siégeait sur une base indurée. Peu à peu survinrent une gêne plus notable dans les mouvements et de la fatigue du membre.

Vers le 23 décembre, notez messieurs, ce point important, S... constata du côté droit de l'adénopathie axillaire, très-évidente puisque, selon son expression rapportée par M. Bédoin, *il sentait des glandes à pleine main* dans l'aisselle droite.

Quelques jours plus tard, la voix devient rauque, les cheveux commencent à tomber, il se déclare du coryza, de l'impétigo du cuir chevelu, des taches nombreuses apparaissent sur la peau de la poitrine, des plaques muqueuses surviennent à l'anus et au scrotum, et, en même temps, l'état général s'altère; le malade se plaint d'inappétence, de courbature et de douleurs dans les membres. Enfin, comme je l'ai dit, S... est envoyé à l'hôpital, le 25 janvier 1870.

On l'examine alors, et on constate que la plaie du bras droit signalée par le billet d'entrée, mesure environ 0m,02 et demi de largeur, 0m,03 de longueur et à peine 0m,002 de profondeur; elle est située à la partie moyenne du bras droit, à sa face externe et correspond à la face externe du biceps. Elle est arrondie assez régulièrement, ses bords sont nets, non déchiquetés, entourés d'une auréole rougeâtre assez étendue; le fond est lisse et saigne facilement; on retrouve encore des traces de l'induration. En un mot, messieurs, on constate à mon avis, du moins, l'existence d'un chancre infectant *type.* Les sept autres piqûres vaccinales sont entièrement cicatrisées.

On constate dans l'aisselle droite, dans la région cervicale droite, dans la région sous-maxillaire, dans les aines, de nombreux ganglions indurés et indolents.

La muqueuse du voile du palais et de ses piliers est d'une rougeur caractéristique. Les amygdales sont le siége d'une énorme hypertrophie qui, ainsi que cela arrive toujours dans la période secondaire de la syphilis, j'appelle encore votre attention sur ce point, ne gêne que très-peu le malade.

Sur presque toute la peau de la poitrine, des épaules et du dos, existe une éruption de roséole papuleuse; on constate la présence de plaques muqueuses sur le scrotum, le gland, la face interne du prépuce et à l'anus, des croûtes d'impétigo sur le cuir chevelu et de l'alopécie.

---

(1) Suite. — Voir les numéros des 20 mai, 3 et 10 juin 1873.

Le malade est mis au traitement; on lui prescrit deux pilules de protoiodure et 1 gramme d'iodure de potassium par jour. Je ne m'explique guère ce que venait faire l'iodure de potassium à cette période de la syphilis!... Quoi qu'il en soit, le traitement, comme toujours et quoi qu'on ait pu en dire dans une autre enceinte, fait merveille; les accidents disparaissent peu à peu, et S... part en convalescence le 16 mars 1870, *paraissant entièrement guéri*, dit M. Bédoin, dont je ne partage pas tout à fait l'optimisme, car on est rarement guéri de la vérole après une première poussée; on est seulement guéri de cette poussée, ce qui n'est pas, du reste, un résultat à dédaigner.

Ce que je me borne à constater, en ce moment, c'est que S... a bien eu la syphilis; cela n'a fait de doute pour personne. Nous discuterons plus tard ce point qui ne fait déjà pas de doute pour vous, comment S... a-t-il contracté la syphilis!

Le malade qui fait le sujet de la deuxième observation est un nommé J... (Jean-François), fusilier au 97e régiment d'infanterie, âgé de vingt et un ans, sans antécédents syphilitiques ou vénériens; il a été revacciné à Quimper, le 3 novembre, avec du vaccin pris sur les pustules du sieur L..., vacciné en même temps que S... (Nous retrouverons plus tard ce L..., dont l'histoire a son importance, ainsi que vous le verrez). Sept inoculations furent pratiquées; une seule réussit au bras gauche; elle donna lieu à une pustule qui ne présenta d'abord rien d'anormal, mais qui, plus tard, s'indura et donna lieu à de l'endolorissement du membre, sans que, toutefois, le malade se soit aperçu qu'il existât de l'adénite axillaire. En décembre, après l'arrivée du régiment à Lyon, le bras finit par se guérir, mais, à ce moment, J... remarque sur sa poitrine une éruption qu'il compare à de la rougeole. A cette époque, il y a aussi un peu d'angine; il ressent, en outre, à l'anus, un sentiment de cuisson assez vive, exaspérée par le passage des matières fécales, et un prurit incommode au scrotum. En même temps ses cheveux tombent en abondance, il a de l'inappétence, un sentiment de fatigue générale et quelques douleurs aux environs du genou gauche.

Vers le milieu de décembre, apparaît à la naissance du mollet droit, un gros bouton, semblable à ceux qui déterminèrent plus tard son entrée à l'hôpital; ce bouton dura dix jours; à partir de ce moment, il n'a cessé d'en avoir aux jambes et aux fesses, quelquefois deux en même temps.

Le 29 janvier, c'est-à-dire trois mois après sa revaccination, J... se présente à la visite du corps; le surlendemain 31, son médecin-major l'envoie à l'hôpital, où il entre le 1er février 1870. Son bulletin porte le diagnostic *Ecthyma*.

On constate, à son entrée à l'hôpital, que sa jambe gauche présente cinq à six gros boutons à divers degrés d'évolution. Les plus larges ont des croûtes de la dimension d'une pièce de deux francs et plus, sous lesquelles existent des ulcérations à fond rouge foncé, facilement saignantes, à bords nets et taillés à pic. Tout autour s'étend une auréole rouge d'abord, puis violacée, qui repose, comme la pustule elle-même, sur une sorte de piédestal induré et douloureux. Un de ces boutons existe à la jambe droite, vers la partie moyenne. De plus, à la base du mollet gauche, un peu en dedans, se voit une croûte présentant, avec celles des pustules que je viens de décrire, cette différence qu'elle n'est pas entourée d'une auréole rouge indurée et douloureuse comme elle, et que, venue en moins de temps, elle a commencé par une vaste phlyctène, les autres ayant débuté à la façon de gros furoncles; ce serait, d'après quelques-uns des médecins qui examinent le malade, une bulle de pemphigus, tandis que les autres lésions appartiendraient à l'ecthyma. Cette opinion me semble très-acceptable. On ne trouve ni adénite, ni trace de l'éruption signalée par le malade et qui a disparu depuis quelques jours, ni angine, ni croûtes dans les cheveux qui, à ce moment, ont cessé de tomber.

Le chef du service dans lequel J... a été placé, ne croyant pas d'abord à la nature syphilitique des accidents dont il est porteur, lui prescrit simplement un litre de tisane d'orge avec 4 grammes de bicarbonate de soude par jour et des bains émollients.

Le 6 février, il n'y a pas eu de changement dans l'état des jambes; mais J... montre, sur le bord droit de sa langue, une petite excoriation qui présente l'aspect d'une plaque muqueuse ulcérée.

Le 8 février, l'opinion du chef de service s'étant modifiée, il ordonne deux pilules de protoiodure, un gargarisme anti-syphilitique et le pansement des ulcères des jambes avec la pommade au calomel camphrée.

Le 19, il ne reste plus que deux pustules aux jambes; les quatre autres sont cicatrisées ainsi que l'ulcération de la langue; il est survenu, il est vrai, un peu de céphalée, et il y a une stomatite légère, qui n'empêche pas de continuer le traitement.

Le 21 février, on constate quelques tubercules plats ou plaques muqueuses au scrotum et un peu d'angine.

Le 28 février, J... a pris déjà trente-deux pilules de protoiodure; la stomatite persistant, on suspend le traitement.

Dès le commencement de mars, les plaques muqueuses et l'angine ont disparu; le 15, les ulcères des jambes sont cicatrisés. J..., proposé pour un congé de convalescence, quitte l'hôpital dans les premiers jours d'avril.

Je viens de vous rapporter, aussi brièvement que possible, les deux observations qui font le sujet du mémoire de M. Bédoin; voyons maintenant les conclusions que ce dernier en a tirées.

Selon lui, les antécédents dont a été atteint J... se divisent en deux séries : les premiers ne seraient que des accidents de vaccine morbide, les seconds ne seraient pas probants en faveur de l'existence de la syphilis. « Les deux faits, dit-il, qui semblent les plus concluants, sont l'excoriation éphémère de la langue observée le 6 février et disparue le 19, après onze jours de traitement mercuriel et quelques gargarismes au bichlorure, et les tubercules plats du scrotum, signalés le 21 février et guéris dès les premiers jours de mars sans aucun traitement local. Or, on ne saurait regarder comme réellement syphilitiques des accidents d'aussi courte durée et aussi peu exigeants en fait de remèdes que l'ont été ces prétendus tubercules plats et cette soi-disant plaque muqueuse, unique d'ailleurs, ce qui est rare, dans la cavité buccale. »

J'avoue que je suis moins difficile en matière de preuves que notre honorable confrère; sans parler des autres symptômes, je crois que les tubercules plats, ou mieux les plaques muqueuses, car ces deux termes sont absolument synonymes, dont l'existence est incontestable puisqu'elle a été constatée par M. Bédoin lui-même, sont des *signes absolument patognomoniques* de la syphilis. Vous est-il arrivé, messieurs, de rencontrer cette sorte d'accident chez un individu indemne de vérole?... Ne vous est-il pas arrivé, cent fois, au contraire, de diagnostiquer *sûrement* l'existence de la syphilis par ce seul signe?... Et, du reste, quelle maladie pourrait le produire? à quelle affection le rapporter?

Quant à l'argument tiré du peu de durée du traitement dirigé contre ces plaques muqueuses et qui a suffi à amener leur guérison, cet argument est-il irréfragable?... N'avons-nous pas, au contraire, constaté tous, l'efficacité extraordinaire du traitement mercuriel général, dans les cas de ce genre, et celui-là ne rentre-t-il pas dans la règle commune?

Et ces pustules d'ecthyma qui persistent depuis le milieu de décembre et qui ne disparaissent qu'après que le malade a été soumis au traitement mercuriel, ne sont-ce point là des accidents syphilitiques? Et l'alopécie, à quelle cause la rattacher?

Je sais bien qu'avec J... nous n'avons pas affaire à un cas classique comme celui de S.... L'incubation du chancre infectant n'a pas eu la durée que je me permettrai d'appeler réglementaire; mais peut-on voir autre chose qu'un chancre infectant dans ce bouton sanguinolent, à base largement indurée, qui durait plus d'un mois après la vaccination, et qui était suivi, quelques jours après sa disparition, d'une éruption de roséole, d'une abondante chute de cheveux et de cet ensemble de symptômes généraux qui ont été décrits dans l'observation? Peut-on admettre l'une des deux hypothèses de M. Bédoin, qui croit que J... a pu contracter la vérole dans un coït impur à l'époque même où il a été revacciné, ou bien qu'il était déjà, à cette époque, depuis quelque temps, en puissance de syphilis?

Dans le premier cas, il aurait fallu, pour donner raison à l'hypothèse, retrouver, lors de l'entrée de J... à l'hôpital, aux organes génitaux ou à la bouche, les traces du chancre infectant qui ne pouvaient avoir entièrement disparu. Dans le second, il eût été nécessaire de constater l'existence de lésion secondaire avant le moment de la revaccination, ce qui, du reste, eût été facile et aurait été fait certainement par le médecin du corps à l'une des visites réglementaires.

(*A suivre.*)

VARIÉTÉS

Traité élémentaire de physiologie, par le docteur FORT, professeur libre d'anatomie. 2e édition, entièrement refondue, avec 522 figures dans le texte (1).

J'ai donné l'an dernier, dans la Bibliographie de ce journal, l'analyse de la première partie du *Traité élementaire d'histologie*, de M. le docteur Fort. Elle comprenait l'histologie en général et l'étude des différents tissus et des systèmes.

Le deuxième fascicule contient l'histologie des appareils et des tissus en particulier. Cette section est la plus considérable et occupe 500 pages, dans lesquelles sont intercalées plus de 300 figures.

L'auteur commence par l'étude des appareils de nutrition et passe en revue les appareils de la circulation, de la respiration, de la digestion et de la sécrétion urinaire. Nous y trouvons l'étude du cœur, de ses fibres, de ses vaisseaux et de ses enveloppes, A l'étude du cœur succède celles des artères, des veines et des capillaires. Du cœur et de ses vaisseaux, l'auteur passe à leur contenu, au sang, pour arriver à l'étude des lymphatiques et de la lymphe.

Le chapitre II est consacré à l'appareil de la respiration. Je ne crois pas qu'il existe dans aucun ouvrage de cette nature, en France comme à l'étranger, un pareil luxe et une semblable abondance de figures, pour ne pas dire *surabondance*, car elles sont si nombreuses et si bien appropriées qu'il est fort à craindre que l'étudiant se croie par là autorisé à user sobrement de son microscope.

Le chapitre III contient l'étude de toutes les parties qui forment l'appareil digestif, depuis la muqueuse buccale jusqu'au péritoine. C'est le plus considérable.

L'appareil de la sécrétion urinaire forme un petit chapitre transitoire entre l'appareil digestif et l'appareil reproducteur.

Suivant l'ordre physiologique, M. Fort décrit successivement le testicule, le conduit vecteur, les vésicules séminales, le canal éjaculateur, les débris du corps de Wolff, l'urèthre et le pénis.

Le chapitre VI est consacré à l'appareil génital de la femme et à la glande mammaire.

L'ouvrage se termine par l'histologie des appareils des sens.

Cette deuxième édition, n'a que le nom de commun avec la première qui parut timidement il y a huit ans. C'était un livre d'examen et de vulgarisation. M. Fort, dans cette deuxième édition, n'a pas voulu être simplement l'écho du cours de la Faculté ; il a tenté de faire un livre plus libre d'allures. Il a puisé partout, à la Faculté de Paris comme dans les écoles étrangères. Il cite les auteurs quand il leur fait des emprunts, que ces auteurs soient anglais ou allemands.

M. Fort a cherché, dans ce traité élémentaire, la méthode, la clarté, la précision, la simplicité. Cet ouvrage suivra la même voie que ses aînés.

Dr A. CORLIEU.

THÈSES

SOUTENUES A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

PENDANT L'ANNÉE 1873.

180. Courtois. Étude sur les contusions des poumons sans fractures de côtes.

(1) 1 vol. in-8o, etc. Adrien Delahaye, 1873.

181. Popescu. Des périostoses secondaires dans la syphilis.
182. Basserre. Note sur le traitement du rhumatisme articulaire aigu.
183. Michel. Notes médicales recueillies à la Côte-d'Or (géographie et pathologie exotique).
184. Auché. De la glande pituitaire et de ses maladies.
185.
186. Mélisson. Des calculs urinaires développés dans des cavités anormales.
187. Hercouet. Des corps étrangers de l'urèthre chez l'homme.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

La Société de tempérance (association française contre l'abus des boissons alcooliques) a tenu sa première séance solennelle sous la présidence de M. Hippolyte Passy, membre de l'Institut, le dimanche 15 juin.

Après une allocution chaleureuse et vivement applaudie du président et un compte rendu sommaire du secrétaire général, M. le docteur Lunier, l'Assemblée a entendu deux excellents rapports sur les prix par MM. Edmond Bertrand et Magnan, et une lecture très-intéressante de M. le docteur Achille Foville sur les asiles d'ivrognes aux États-Unis.

Voici les noms des lauréats :

Pour la première question mise au concours (nouvelle, conte, sentence ou publication illustrée) :

Prix de 500 francs et une médaille d'argent à Mlle Louise Gérard, du département du Gard.

Récompenses de 200 et 100 francs et médaille d'argent à MM. Alfred des Essarts, conservateur à la bibliothèque Sainte-Geneviève, et Victor Champier, publiciste, à Paris.

Médailles d'argent : à Mme Pauline Boulanger, professeur à Paris; à MM. Brocherie, bibliothécaire de la ville de Château-Gontier; Frédéric Pelon, chef d'institution à Valence (Drôme); le docteur Barbier, à Saint-Symphorien-de-Lay (Loire), et Jules Valade, homme de lettres, à Paris.

Médailles de bronze : à MM. Nonus, instituteur à Maresquel (Pas-de-Calais); Antony Rouillet, avocat à Paris; Josse, instituteur à Boursies (Nord) ; Fleury, instituteur à Ormes (Eure), et le docteur Fournier, à Rambervillers (Vosges).

(Trente-deux mémoires avaient été envoyés.)

Pour la seconde question (moyens pratiques de substituer l'usage des boissons salubres à celui des liqueurs alcooliques) :

Récompense de 200 francs, avec médaille d'argent : à M. Leclerc, pharmacien à Versailles,

Médaille d'argent : à M. Cornevin, vétérinaire à Montigny-le-Roi (Haute-Marne).

Médaille de bronze : à M. Nada.

Encouragement : à M. Fleury, instituteur à Ormes.

(Sept mémoires avaient été envoyés.)

— On écrit de New York, 17 juin : Le choléra a éclaté à Cincinnati. A Memphis et à Nashville, il y a journellement une moyenne de quinze morts, parmi les nègres principalement,

— D'après le relevé des étudiants de l'université de Strasbourg qui vient d'être publié, on compte pour le semestre d'été actuel 472 étudiants et 28 auditeurs bénévoles : ensemble 500. Dans ce nombre, la Faculté de médecine figure pour 128. Sur la totalité des étudiants on ne compte que deux Français.

— Les médecins qui visiteront l'exposition de Vienne seront heureux d'apprendre que, dans une de ses dernières séances, la proposition du docteur Jurié, d'admettre les médecins étrangers à assister à ses discussions, a été adoptée à l'unanimité.

— Par décision en date du 6 juin, M. le ministre de l'instruction publique a ajourné au 15 janvier 1874 l'ouverture du concours pour

quatre places d'agrégés près l'École supérieure de pharmacie de Paris, qui devait avoir lieu le 19 novembre 1873. Les sujets de thèses seront communiqués immédiatement aux candidats, qui devront se présenter pour cet objet au secrétariat de l'École.

— Viennent d'être nommés professeurs d'ophthalmologie : MM. Jacobson à Kœnisberg, Sorster à Breslau, de Graëfe à Halle, Voelckers à Kiel, Schmidt à Marbourg, et Saemisch à Bonn. Par décret impérial, ces confrères passent de la situation de professeurs extraordinaires à celle de professeurs ordinaires.

— Une doctoresse du New Hampshire, graduée par le *Female College* de Philadelphie, vient d'être admise par le sultan Abdul-Azis pour le service spécial de ses femmes et de ses enfants.

— Sur l'autorité même du docteur Farr, directeur du *General Registrar*, la plus grande irrégularité règne à Londres dans la *certification* des décès. Cette omission est de 16 pour 100 à Londres, de 25 environ dans le pays de Galles, et de 8, en moyenne, pour toute l'Angleterre. 2,50 pour 100 des décès inscrits étant déclarés sans nom de médecin traitant ayant pu signaler la nature de la maladie, il s'ensuit que, dans 5,50 pour 100 des décès, cette formalité est négligée par les médecins traitants ou ceux qui sont préposés à cet effet. De là le projet de loi présenté à la Chambre des communes pour rendre cette obligation plus efficace. (*Union médicale.*)

— *Société française de secours aux blessés militaires.* — Cette société a présenté, à la séance du 16 courant, son rapport sur la gestion financière de l'Œuvre pendant la guerre. Ses comptes ont été ratifiés par un vote unanime.

Dans la même séance, les membres fondateurs ont pris à l'unanimité les décisions suivantes :

M. l'intendant général Wolf et M. le docteur Cazalas, président du conseil de santé des armées, ont été nommés membres du conseil.

Sur la proposition du président, des remercîments ont été votés aux médecins français et étrangers qui ont prêté leurs concours à l'Œuvre pendant la guerre, ainsi qu'au comité des dames.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Étude sur quelques formes compliquées de la fièvre intermittente et sur leur traitement par l'eucalyptus globulus et par les eaux minérales de Lons-le-Saunier (Jura), par le docteur WASSERZUG. — In 8°. Prix : 2 francs. — Paris, Adrien Delahaye.

Les aliénés. Étude sur la loi du 30 juin 1838, le projet Gambetta et le drame d'Evere, par CHARLES DESMAZE, conseiller à la cour d'appel de Paris. — In-8°. Prix : 2 francs. — Paris, Adrien Delahaye.

L'Étudiant micrographe, traité pratique du microscope et des préparations, par ARTHUR CHEVALIER, O. ✻, 1 vol. de 600 pages, 600 figures : 7 fr. 50. — Delahaye, place de l'École-de-Médecine. — Catalogue illustré des microscopes, gratis, chez Arthur Chevalier, Palais-Royal.

Le Directeur : Dr E. LE SOURD.

Paris. — Typographie A. POUGIN, quai Voltaire, 13.

N° 73. — JEUDI 26 JUIN 1873. 46e ANNÉE. JEUDI 26 JUIN 1873. — N° 73

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Bureaux : 57, rue des Saints-Pères, 57
PRÈS L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix d'abonnement doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois

On s'abonne hors de Paris dans les bureaux des Messageries et chez les Libraires. Les lettres non affranchies sont refusées.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui n'en peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS : Trois mois. . 8 fr. 50 c. Six mois. . . 16 — Un an. . . . 30 —

POUR L'ÉTRANGER le port en sus suivant les derniers tarifs des Postes.

Paris, le 25 juin 1873.

SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

La séance publique annuelle de 1872, retardée jusqu'à hier, a été ouverte par une revue rétrospective des travaux de l'Académie pendant cette année, écoulée déjà depuis six mois.

M. Barth a fait un discours plein de patriotisme pour exciter les médecins français à reprendre par le travail la suprématie scientifique; et comme préparation, il tenait à montrer que l'Académie, sous sa présidence, n'était pas restée inactive.

Nous n'avons pas à rappeler à nos lecteurs quelles questions ont été traitées ou abordées l'année dernière, ils en retrouveront le détail dans le volume correspondant de la *Gazette des Hôpitaux*. Mais ce que nous sommes heureux de constater, c'est que l'Académie, depuis qu'elle s'est réveillée pour ainsi dire, il y a environ un an, n'a plus cessé de travailler d'une manière sérieuse. L'ordre du jour est devenu de plus en plus chargé, et les discussions sont instructives, car les arguments directement déduits de faits observés commencent à rejeter dans l'ombre les arguments de simple rhétorique.

Espérons que bientôt la France aura repris son rang intellectuel.

L'esprit français, infiniment plus sûr, plus pénétrant, plus vaste que l'esprit allemand, n'en a pas moins besoin d'être exercé.

Il juge plus sainement de ce qui lui est soumis; mais, avant de juger, il faut bien connaître.

Les Allemands, en médecine, comme en philologie, comme en toute autre science, accumulent les observations, les faits de détail les plus dissemblables, sans tenir compte de leur plus ou moins de valeur probante, sans s'inquiéter souvent des interprétations les plus naturelles et les plus directes; puis, sur ce fatras, ils construisent quelque théorie absolue, qu'ils élèvent à l'état de dogme, avec d'autant plus d'assurance qu'ils n'ont rien su voir ou voulu comprendre en dehors de l'idée préconçue à prouver.

Aussi les doctrines foisonnent, inconciliables, contradictoires, mais alourdies de part et d'autre par un tel luxe de fausses preuves, que le lecteur en est tout d'abord écrasé.

Il faut un Français pour s'y reconnaître; mais un Français qui se soit formé dans la pratique et par lui-même.

En fouillant dans ces *congesta*, comme le coq de la fable, il peut par hasard y trouver des perles; et, de plus, il a le moyen d'en tirer parti.

Pesant chaque fait en lui-même, faisant le départ de ce qui répond à quelque chose dans les conclusions et de ce qui ne répond à rien, il introduira le vrai, seul, dans le domaine de la *science française*, la science sévère, positive et précise. Quant au reste, il le laissera dans les brouillards des démonstrations allemandes, des paradoxes et des doctrines conjecturales.

Travaillons donc, pour que l'esprit français soit de nouveau ce qu'il peut être seul, le grand critique, le grand juge et le grand organisateur de tout ce qui a trait à la science.

Dr Victor Révillout.

HOPITAL DU DEY D'ALGER. — M. ARON.

Observation d'abcès des parois abdominales avec issue de gaz fétides.

Messaoud-Ben-Amar est un otage détenu à Sidi-Ferruch, âgé de vingt-cinq ans, d'une bonne constitution, qui ne présente pas de traces apparentes de maladie générale et qui n'en accuse pas d'antérieure à celle qui le fait diriger sur l'hôpital du Dey le 28 août 1872. Il raconte qu'il y a près d'un mois, il ressentit pour la première fois à la région abdominale antérieure, dans le voisinage de l'ombilic, une douleur assez vive, en même temps qu'une légère induration apparaissait sous forme d'un gros bouton; il se fit appliquer tout autour un certain nombre de pointes de feu par ses codétenus sans aucun soulagement; la tuméfaction augmenta rapidement, et s'accompagna dans ces derniers jours de fièvre, d'une difficulté très-grande dans les mouvements de flexion et d'extension du thorax sur le ventre. Aucun souvenir, du reste, ni de contusion ni d'une affection antérieure quelconque du tube digestif.

A son arrivée à l'hôpital, le 29, il nous présente une tumeur arrondie, saillante, mesurant à peu près 12 centimètres de diamètre dans tous les sens, proéminant à la partie antérieure de l'abdomen au-dessus de la région hypogastrique et englobant dans sa circonférence l'ombilic, qui occupe la réunion du tiers supérieur avec les deux tiers inférieurs de la hauteur, et qui n'est d'ailleurs ni saillant ni déprimé. Molle, très-douloureuse à la pression, recouverte d'une peau rouge et enflammée, cette tumeur présente une fluctuation évidente assez superficielle. Les élancements douloureux sont aigus et irradiés dans toute la paroi abdominale, dont chaque mouvement devient la source de nouvelles souffrances et oblige le malade à une attitude spéciale courbée en avant. Comme état gé-

néral, langue saburrale, constipation et fièvre; difficultés de la miction, nausées et vomissements peu abondants.

L'indication de donner issue au liquide étant évidente, et le diagnostic d'abcès des parois abdominales posé, une incision transversale de 3 centimètres de longueur est pratiquée au point culminant de la tumeur, à deux travers de doigt au-dessous de l'ombilic, divisant la peau, le tissu cellulaire sous-cutané, puis une certaine épaisseur du tissu musculaire à fibres transversales. Aussitôt s'échappe, en sifflant par l'incision, une quantité de gaz horriblement fétides et une odeur de matières stercorales se répand par toute la salle : « Vous avez ouvert l'intestin, » me dit tout troublé l'aide-major qui m'assistait, en même temps s'écoule un liquide brunâtre, mal lié, presque séreux, d'une fétidité extrême, noircissant le stylet d'argent avec lequel on le met en contact et renfermant des globules purulents en médiocre quantité. Le premier moment d'émotion passé et un demi-litre de liquide recueilli, l'on constate que la tumeur s'est complétement affaissée et que le plan abdominal a repris son aspect normal; autour de l'incision, la palpation fait sentir un rebord circulaire dur et mal limité, représentant les limites de la tumeur; une sonde en caoutchouc introduite dans la poche se promène librement dans tous les sens et s'arrête au niveau de ce rebord. Des injections phéniquées sont poussées à plusieurs reprises, lavent l'intérieur et font sortir une certaine quantité de pus.

Pendant toutes ces manœuvres, l'odeur est véritablement repoussante.

Un tube à drainage faisant siphon est fixé dans la poche et maintenu par un fil enroulé autour de l'abdomen, et un pansement simple arrosé d'eau phéniquée recouvre le tout.

Prescription : soupe au lait. Raisin. Vin de cannelle. Lavements huileux.

Le lendemain 30, l'état du malade est bon; il a eu plusieurs selles, qui l'ont soulagé; presque pas de fièvre; il s'est écoulé une certaine quantité de liquide purulent. A l'ouverture de la poche, se présentent des fausses membranes noirâtres, très-fétides, qu'on reconnaît pour les débris de la membrane kystique exfoliée; en faisant asseoir le malade et en le penchant en avant on vide la poche du pus qui s'accumule dans la partie déclive; le 30 et le 31, les injections phéniquées sont continuées; il s'allume quelques douleurs au voisinage de la plaie, en même temps qu'il s'établit de la diarrhée; tous ces symptômes cèdent assez vite à un peu de bismuth et d'opium; chaque matin, pendant quelques jours de fausses membranes se présentent à l'ouverture de la plaie et sont extraites avec des pinces; peu à peu tout se déterge, l'odeur insupportable des premiers jours diminue, le pus devient épais et crémeux; l'induration phlegmoneuse des parois cède également à des frictions mercurielles et à des cataplasmes.

Le 2 octobre, la miction devient difficile, les urines sont troubles et renferment du mucus; l'inflammation a gagné les parois de la vessie, et le 3, les urines sont sanguinolentes; mais le cathétérisme quoique douloureux, ne fait constater aucune lésion appréciable : ces nouveaux symptômes disparaissent comme les précédents; les injections phéniquées sont remplacées par des injections iodées au quart d'abord, puis au tiers, et peu à peu la poche se rétracte; son intérieur bourgeonne et son oblitération commence à se faire par en bas d'abord, en maintenant deux trajets sous-cutanés décollés vers le haut de chaque côté.

Peu après, des injections à l'iode pur, l'introduction de mèches au styrax et des pansements à l'alcool camphré suivis de compression par des compresses graduées, la cicatrisation complète de la poche et de l'ouverture est obtenue, et le malade, content et engraissé, sort de l'hôpital le 15 octobre, ne conservant plus qu'un léger noyau d'induration gros comme une noix et qui se résorbera insensiblement.

Il nous a paru intéressant de recueillir l'observation qui précède, non pas qu'elle soit en elle-même d'une rareté absolue, mais parce qu'elle présente réunis les symptômes d'une affection sur laquelle Dance (1) a parfaitement appelé l'attention et que Bernutz (2) a rappelés plus récemment. Nous lui donnons le nom d'abcès enkysté préférablement à celui d'hydropisie enkystée des parois abdominales sous lequel on a longtemps décrit une tumeur cystique développée entre les plans musculaires et la séreuse abdominale; c'était bien là le siége de notre collection liquide, et ce qui s'en échappait les premiers jours se rapprochait bien plus par la consistance du liquide des kystes séreux que du pus véritable. Mais dans les observations qui servent de base à l'hydropisie enkystée de l'abdomen, et que Morgagni déjà a rapportées, cette affection est mal déterminée et beaucoup trop vaguement isolée d'autres maladies de l'abdomen et de ses parois; c'est ainsi qu'on a relaté, sous le nom de péritonites locales enkystées, des kystes de l'ovaire, des tumeurs hydatiques, voire même des abcès dépendant des maladies des viscères abdominaux. Il vaut mieux ne pas persévérer dans des dénominations aussi vagues.

L'étiologie est restée absolument obscure, et il n'a été possible de rien recueillir des causes habituellement indiquées dans les observations semblables, telles que maladies des voies digestives, coups reçus, etc.

Quant aux symptômes, ils ont non-seulement été presque tous retrouvés, depuis le mode de début par un engorgement dur et circonscrit jusqu'aux souffrances provoquées par chaque mouvement et qu'on a attribuées d'une part au grand nombre de nerfs qui parcourent la région, et, d'autre part, à la résistance qu'opposent aux progrès de l'inflammation les aponévroses puissantes qui doublent les muscles de la région, plus facilement envahies. Les phénomènes généraux digestifs, constipation, vomissements réflexes, diarrhées par propagation aux intestins de l'irritation de la ceinture qui les contient, n'ont pas fait défaut, et la vessie même a traduit à un moment son état de souffrance. Quant à l'odeur fétide et stercorale de ce genre d'abcès, tout le monde sait qu'elle a été indiquée comme tout à fait habituelle par Dance et attribuée à l'imbibition stercorale et à la transsudation qui se fait de l'intestin à l'abcès, rien n'est plus fréquent dans l'abcès de la marge de l'anus, de la fosse ischio-rectale de même que les abcès testiculaires empruntent à l'organe sécréteur l'odeur spermatique.

Nous appellerons plutôt l'attention sur une seconde particularité, l'issue de gaz fétides qui n'a pas laissé de nous surprendre désagréablement au premier moment. Je ne l'ai pas trouvée indiquée par Dance ni dans les prescriptions classiques, mais j'en ai, je crois m'en souvenir, lu tout récemment quelques faits dans le journal de Lucas Championnière. Quelle est l'interprétation à donner? Ces gaz me paraissent, je crois, devoir être formés sur place par la décomposition du pus épanché, semblablement à ce qui se produit dans une forme particulière de pneumothorax spontané sans perforation pulmonaire dont quelques cas, rares d'ailleurs, ont été publiés par Wunderlich, Birmer et par notre collègue Boisseau dans les *Archives de médecine* de 1867.

Il est parfaitement admis aujourd'hui que, dans une cavité close, la présence de parois altérées et de liquides putrides, jointe à la chaleur des organes voisins, suffit pour développer des gaz dont l'hydrogène sulfuré forme la plus grande partie, ce dernier ne se laissant guère méconnaître dans le cas que je viens de rappeler.

(1) Dance, *Archives de médecine*, t. XXX, *Mémoire sur l'odeur fétide des abcès de l'abdomen.*

(2) Bernutz, *Des phlegmons de la paroi abdominale antérieure*, *Archives de médecine*, IVe série.

Je pense que le siége précis du dépôt purulent a été le fascia-propria et que l'envahissement des divers plans musculaires, puis du tissu cellulaire sous-cutané a été successif; mais il eût fallu assister au début de l'affection, et soit difficulté de l'interrogatoire, soit inertie intellectuelle de notre malade, les renseignements restent vagues. Il reste peu de choses à dire de la marche de l'affection qui a été classique jusque dans la persistance assez longue de l'induration du tissu cellulaire circonvoisin.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance publique annuelle du 10 décembre 1872, tenue le 24 juin 1873. — Présidence de M. Barth.

M. LE PRÉSIDENT lit un discours sur les travaux de l'Académie pendant l'année 1872. (Voir le Premier-Paris.)

M. LE SECRÉTAIRE PERPÉTUEL donne lecture du rapport général sur les prix.

PRIX DE 1872.

Prix de l'Académie. — Question proposée : « De l'ictère grave. » Ce prix était de la valeur de 1,000 francs. Deux mémoires ont concouru.

L'Académie ne décerne pas le prix ; mais elle accorde : 1° une récompense de 600 francs à M. le docteur Louis Caradec, médecin à Brest (Finistère), auteur du mémoire n° 1, ayant pour épigraphe : « *Ille solus morbum curavit qui ejus causas cognovit, noscere enim causam morbi est noscere arcanum* (Holler). » 2° Un encouragement de 400 francs à M. le docteur Marc Girard, de Bordeaux (Gironde), auteur du mémoire n° 2, portant l'épigraphe suivante : « Ce qui accompagne la maladie, ce sont des symptômes, et si l'on examine attentivement leur nature, leur suite, leur ordre, leur durée, etc. »

Prix fondé par M. le baron Portal. — Ce prix devait être décerné au meilleur mémoire sur une question d'anatomie pathologique. Il était de la valeur de 2,000 francs. L'Académie n'a reçu aucun mémoire.

Prix fondé par Mme Bernard de Civrieux. — L'Académie avait proposé la question suivante : « Des diverses formes du délire alcoolique et de leur traitement. » Ce prix était de la valeur de 900 francs. Deux mémoires ont été envoyés pour concourir.

L'Académie décerne le prix à M. le docteur Magnan, médecin à l'asile Sainte-Anne, auteur du mémoire n° 2, ayant pour épigraphe : « *Ne intueris vinum quando flavescit cum splenduerit in vitro color ejus, etc.*, etc. » Elle accorde une mention très-honorable à M. William Bourgade, étudiant en médecine, chef de clinique à Clermont-Ferrand, auteur du mémoire inscrit sous le n° 1, portant pour épigraphe : « L'alcool, présent le plus funeste qu'ait pu faire aux humains la colère céleste. »

Prix fondé par M. le baron Barbier. — Ce prix, qui est annuel, devait être décerné à celui qui aurait découvert des moyens complets de guérison pour des maladies reconnues le plus souvent incurables, comme la rage, le cancer, l'épilepsie, les scrofules, le typhus, le choléra-morbus, etc. (extrait du testament). Des encouragements pouvaient être accordés à ceux qui, sans avoir atteint le but indiqué dans le programme, s'en seraient le plus rapprochés. Ce prix était de la valeur de 2,000 francs. Six ouvrages ou mémoires ont concouru.

L'Académie partage le prix entre : 1° M. le docteur Andant (Jean-Paul-Emile), médecin à Dax (Landes), pour son mémoire sur l'empoisonnement par le phosphore, et son traitement par l'essence de térébenthine à l'intérieur; 2° M. Jacques Personne, pharmacien de l'hôpital de la Pitié, à Paris, pour ses expériences sur les animaux, établissant scientifiquement que l'essence de térébenthine est l'antidote du phosphore.

Prix fondé par M. le docteur Capuron. — L'Académie avait de nouveau mis cette question au concours : « Des phénomènes précurseurs et concomitants de la sécrétion lactée. » Ce prix était de la valeur de 3,000 francs. Six mémoires ont été adressés pour ce concours.

L'Académie décerne le prix à M. le docteur Gustave Chantreuil, de Paris, auteur du travail inscrit sous le n° 5, et portant pour épigraphe « *Felix qui potuit rerum cognoscere causas.* »

Prix fondé par M. le docteur Ernest Godard. — Ce prix devait être accordé au meilleur travail sur la pathologie interne. Il était de la valeur de 1,000 francs. Treize ouvrages ou mémoires ont concouru.

Aucun de ces travaux n'a pu mériter le prix; mais l'Académie accorde : 1° une récompense de 400 francs, à M. le docteur O. Saint-Vel, médecin à Paris, pour son *Traité des maladies des régions intertropicales* ; 2° une récompense de 300 francs à M. A. Pellarin, médecin principal de la marine, en retraite à Paris, pour son ouvrage intitulé : *Contagion du choléra démontrée par l'épidémie de la Guadeloupe.* 3° Une récompense de 300 francs à M. Huchard, docteur en médecine, et M. F. Labadie-Lagrave, interne des hôpitaux, pour leur travail en collaboration ayant pour titre : *Contribution à l'étude de la dysménorrhée membraneuse.* 4° Des mentions honorables à M. Henri Liouville pour son mémoire *sur la généralisation des anévrysmes miliaires*; et à M. P. A. Lagrelette, pour son *Traité de la sciatique.*

Prix fondé par M. le docteur Orfila. — Ce prix devait être décerné à l'auteur du meilleur travail sur un sujet appartenant à l'une des branches de la médecine légale, la toxicologie exceptée. Il était de la valeur de 2,000 francs. Deux mémoires ont été envoyés pour ce concours.

L'Académie décerne le prix à M. le docteur E. Vincent, médecin à Guéret (Creuse), auteur du mémoire n° 1, portant pour épigraphe : « *Oculos habent et non semper recte videbunt.* »

Prix fondé par M. le docteur Lefèvre. — La question posée par le testateur est ainsi conçue : « De la mélancolie. » L'Académie, se conformant aux intentions du testateur, avait appelé l'attention des concurrents sur une forme particulière de la mélancolie, et avait mis au concours la question suivante : « De la nostalgie. » Ce prix était de la valeur de 2,000 francs. Trois mémoires ont concouru.

L'Académie ne décerne pas le prix, mais elle accorde, à titre d'encouragement : 1° Une somme de 1,500 francs à M. le docteur Auguste Haspel, médecin principal en retraite, auteur du mémoire inscrit sous le n° 1, portant pour épigraphe : « Le cœur a ses raisons que la raison ne comprend pas. » 2° Une somme de 500 francs à M. Benoist de la Grandière (Auguste), docteur en médecine à Paris, auteur du travail portant le n° 2, et ayant pour épigraphe : « *Natale solum omne dulcedine cunctos ducit, et non sinit immemores esse sui.* » (Ovide.)

Prix fondé par M. le docteur Rufz de Lavison. — La question posée par le fondateur était ainsi conçue : « Etablir par des faits exacts et suffisamment nombreux, chez les hommes et chez les animaux qui passent d'un climat dans un autre, les modifications, les altérations de fonctions et les lésions organiques qui peuvent être attribuées à l'acclimatation. » Comme pour les autres prix que décerne l'Académie, les médecins français et étrangers étaient admis à concourir. Ce prix était de la valeur de 2,000 francs.

L'Académie n'a reçu aucun mémoire pour ce concours.

Prix fondé par M. le docteur Saint-Lager. Extrait de la lettre du fondateur : « Je propose à l'Académie impériale de médecine une somme de 1,500 francs pour la fondation d'un prix de pareille somme, destiné à récompenser l'expérimentateur qui aura produit la tumeur thyroïdienne à la suite de l'administration, aux animaux, de substances extraites des eaux ou des terrains des pays à endémie goîtreuse. » Le prix ne devait être donné que lorsque les expériences auront été répétées avec succès par la commission académique.

Aucun concurrent ne s'est présenté.

MÉDAILLES ACCORDÉES A MM. LES MÉDECINS DES ÉPIDÉMIES.

L'Académie a proposé, et M. le ministre de l'agriculture et du commerce a bien voulu accorder, pour le service des épidémies en 1871 :

1° *Des médailles d'argent à* : M. Beaupoil, médecin à Ingrandes (Indre-et-Loire), pour un travail remarquable sur la rougeole. — M. Beltz, chirurgien militaire à Alger, pour son très-bon mémoire sur la fièvre typhoïde. — M. Dourif, médecin à Clermont-Ferrand (Puy-de-Dôme), pour son excellente description d'une épidémie de variole. — M. Izoard, médecin à Estoublon (Basses-Alpes), pour sa relation d'une épidémie de variole décrite avec beaucoup de soin. — MM. Lombard père et fils, médecins à Chalabre (Aude), en collaboration, pour leur bon travail sur la variole et une étude très-intéressante des cas de varioloïde. — M. Nolé (Léon), médecin à Muret (Haute-Garonne), pour ses travaux consciencieux sur la suette et la variole.

2° *Des médailles de bronze à* : M. Barbrau, médecin à Rochefort (Charente-Inférieure), pour une bonne étude sur la variole. — M. Chollet, interne des hôpitaux de Rennes (Ile-et-Vilaine), pour un rapport distingué sur une épidémie de dysentérie. — M. Duché, de Montluçon (Allier), pour sa description sommaire mais très-correcte de la variole. — M. Fourrier, médecin à Compiègne (Oise), pour un rapport remarquable sur une épidémie de variole. — M. le Galcher-Baron, médecin à Saint-Pierre-Église (Manche), pour un très-bon travail sur la variole. — M. Maheut, médecin à Caen (Calvados), pour une bonne description de la variole. — M. Martin-Duclaux, médecin à Villefranche (Haute-Garonne), pour son mémoire très-sagement écrit sur la suette. — M. Perrotte, médecin à Avranches (Manche), pour un bon travail sur la dysentérie.

3° *Rappels de médailles à* : M. Bocamy, docteur en médecine à Perpignan (Pyrénées-Orientales). — M. Boutciller, docteur en médecine à Rouen (Seine-Inférieure). — Debrou, docteur en médecine à Orléans (Loiret). — M. Gintrac fils, docteur en médecine à Bordeaux (Gironde). — M. Guipon, docteur en médecine à Laon (Aisne). — M. Lecadre, médecin des épidémies au Havre (Seine-Inférieure).

Pour leurs divers mémoires sur les épidémies qui ont régné dans ces départements.

MÉDAILLES ACCORDÉES A MM. LES INSPECTEURS DES EAUX MINÉRALES.

L'Académie a proposé, et M. le ministre de l'agriculture et du commerce a bien voulu accorder, pour le service des eaux minérales de la France pendant l'année 1870 :

1° *Une médaille d'or à* : M. Willemin, médecin inspecteur adjoint aux eaux de Vichy, pour son ouvrage imprimé sur les *Coliques hépatiques et leur traitement par les eaux de Vichy*.

2° *Des médailles d'argent à* : M. Armieux, médecin principal des armées, pour son livre intitulé : *Études médicales sur Baréges*. — M. Cabasse, médecin-major, pour son travail manuscrit intitulé : *Documents pour servir à l'histoire des indications rationnelles des eaux de Bourbonne*. — M. Gubian, médecin inspecteur, pour son rapport officiel sur l'établissement de la Motte-les-Bains. — M. Lespiau (Henri), médecin-major, pour son mémoire *Sur l'action physiologique des eaux d'Amélie-les-Bains*. — M. Marbotin, médecin inspecteur, pour son rapport officiel et deux travaux manuscrits *Sur les résultats du traitement thermal à Saint-Amand*. — M. Périer, médecin inspecteur des eaux de Bourbon-l'Archambault, pour son *Guide médical aux eaux de Bourbon-l'Archambault*. — M. Rougé-Rieutort, médecin inspecteur, pour son rapport officiel sur les eaux minérales de Rennes-les-Bains.

3° *Rappels de médailles d'argent à* : M. Auphan, médecin inspecteur des eaux d'Ax (Ariége), pour son rapport officiel sur ces eaux. — M. Chabannes, médecin inspecteur des eaux de Vals (Ardèche), pour son rapport officiel sur les eaux confiées à ses soins.

4° *Des médailles de bronze à* : M. Bona, médecin inspecteur des eaux d'Évaux (Creuse), pour son rapport officiel. — M. Costa, médecin-major de 1re classe, pour son rapport sur le service à l'hôpital thermal militaire de Guagno (Corse). — M. Gouget, médecin principal de 1re classe, pour son rapport d'ensemble sur le service médical militaire de Bourbonne-les-Bains (Haute-Marne). — M. Ticier, médecin inspecteur, pour son rapport sur le service médical des eaux de Capvern (Hautes-Pyrénées), année 1870.

PRIX ET MÉDAILLES ACCORDÉS A MM. LES MÉDECINS VACCINATEURS POUR LE SERVICE DE LA VACCINE EN 1870.

L'Académie a proposé, et M. le ministre de l'agriculture et du commerce a bien voulu accorder :

1° *Un prix de 1,500 francs partagé entre* : M. Pangaud, docteur en médecine à Montluçon (Allier), dont les services pour la propagation de la vaccine ne se sont pas ralentis. Ce médecin a déjà obtenu plusieurs médailles d'argent et une médaille d'or. Le chiffre de ses vaccinations pour 1870 s'est élevé à 2,613. — M. Le Duc, docteur en médecine à Versailles (Seine-et-Oise), qui a pratiqué 487 vaccinations et 2,383 revaccinations et qui, en outre, nous a fait parvenir un mémoire très-intéressant où sont étudiées toutes les questions de premier ordre qui se rattachent à la vaccine. Une médaille d'or et plusieurs médailles d'argent ont déjà été décernées à ce zélé vaccinateur. — Mme Chateau, sage-femme à Vierzon (Cher), pour le dévouement dont elle a fait preuve pendant l'épidémie de 1870. Le nombre de ses vaccinations a été de 400 et celui de ses revaccinations de 3,750.

2° *Des médailles d'or à* : M. Bourdin, docteur en médecine à Choisy-le-Roi (Seine), pour ses nombreuses vaccinations et revaccinations pendant l'épidémie de 1870, et pour son mémoire intitulé : « *Du choix du vaccin et du procédé à mettre en usage pour éviter l'inoculation des germes des maladies virulentes.* » — M. Chebrou, médecin à Niort (Deux-Sèvres), dont les efforts pour la propagation de la vaccine ont été depuis longtemps remarqués, et qui figure en 1870 en tête des principaux vaccinateurs de son département. Le chiffre de ses inoculations a été pour cette année de 1,223. — M. Petiteau, docteur en médecine aux Sables-d'Olonne (Vendée), secrétaire du comité de vaccine de son département, qui a résumé dans un rapport bien fait les efforts de ses collègues pour la propagation de la vaccine, et qui, en pratiquant 2,542 vaccinations, a donné l'exemple d'un grand zèle et d'un grand dévouement. — M. Pingault, médecin à Poitiers (Vienne), qui a lutté avec dévouement contre une épidémie grave de variole, et qui, par ses nombreuses vaccinations et revaccinations (3,000), a puissamment concouru à l'enrayer.

3° Soixante médailles d'argent aux vaccinateurs dont les noms suivent, qui se sont fait remarquer, les uns par le grand nombre de vaccinations qu'ils ont pratiquées, les autres par des observations et des mémoires qu'ils ont transmis à l'Académie :

M. Abbadie, officier de santé à Saint-Michel-en-l'Herm (Vendée). — Mme Alaime, sage-femme à Gespunsart (Ardennes). — Mme veuve Auroy, sage-femme à Veaugues (Cher). — M. Autellet, médecin à Civray (Vienne). — Mme Barrois, sage-femme à Pont-de-Larche (Eure). — Mme Bilon, sage-femme à Salins (Jura). — Mme Bosvieux, sage-femme à Cérilly (Allier). — M. Bosvieux, docteur-médecin à Saint-Yrieix (Haute-Vienne). — M. Bottini, docteur-médecin à Menton (Alpes-Maritimes). — Camps, docteur-médecin à Romilly (Aube). — M. Carteron, docteur-médecin à Troyes (Aube). — Mme Charton, sage-femme à Avallon (Yonne). — M. Chassan, officier de santé à Céreste (Basses-Alpes). — M. Chevalier, docteur-médecin à Provins (Seine-et-Marne). — Mme Clermont, sage-femme à Allagnat (Puy-de-Dôme). — M. Delpech, docteur-médecin à Villefranche (Aveyron). — M. De Soyre, docteur-médecin à Paris (Seine). — Mme Desplanque, sage-femme à Tourcoing (Nord). — M. Develle, docteur-médecin à Beaune (Côte-d'Or). — M. Dourdin, docteur-médecin à Pesmes (Haute-Saône). — Mme Dupret, sage-femme à Douai (Nord). Mme Faudou, sage-femme à Verteillac (Dordogne). — Mme Foney (Marie), sage-femme à Bort (Corrèze). — Mme Gasc (née Legras), sage-femme à Gaillac (Tarn). — M. Giraud, médecin à Chefbou-

tonne (Deux-Sèvres). — Mme Hiérard, sage-femme à Chartres (Eure-et-Loir.)

M. Jalabert, docteur-médecin à Carcassonne (Aude). — M. Janoyer, docteur-médecin à Tain (Drôme). — M. Jeanbernat, docteur-médecin à Toulouse (Haute-Garonne). — M. Joubert, médecin à Saint-Domineuc (Ille-et-Vilaine). — M. Lasnon, officier de santé à Grandes-Ventes (Seine-Inférieure). — Mlle Lebègue, sage-femme à Laon (Aisne). — Mme Lebrun, sage-femme à Saint-Quentin (Aisne). — M. Lemaître, officier de santé à Moreuil (Somme). — M. Luciana, officier de santé à Bastia (Corse). — M. Luiggi, docteur-médecin à Blandy (Seine-et-Marne). — M. Mahoux, docteur-médecin à Caunes (Aude). — Mme Méant, sage-femme à Dagneux (Ain). — M. Millet, docteur-médecin à Orange (Vaucluse). — Mme Morin, sage-femme à Verdun (Meuse).

M. Montgellaz, docteur-médecin à Reignier (Haute-Savoie). — M. Munaret, docteur-médecin à Brignais (Rhône). — M. Noël, docteur-médecin à Noyers (Oise). — M. Périmond, docteur-médecin à Montairoux (Var). — M. Picou, docteur-médecin à Montcalvy (Cantal). — M. Pouchain, docteur-médecin à Péronne (Somme). — Mme Poupat (née Magnonaud), sage-femme à Saint-Mathieu (Haute-Vienne). — M. Prallet, docteur-médecin à Chambéry (Savoie). — M. Rabatel, docteur-médecin à Bourgoin (Isère). — M. Raeis, docteur-médecin à Phalsbourg (Meurthe-et-Moselle). — M. Rérolle, docteur-médecin à Autun (Saône-et-Loire). — Mme Rimbaud, sage-femme à Cuers (Var). — M. Roger, médecin à Plouigneau (Finistère). — Rouvier, docteur-médecin à Pignan (Hérault). — Mme Roux, sage-femme à Tarascon (Ariége). — M. Roy, médecin à Decize (Nièvre). — M. Sicard, docteur-médecin à Castres (Tarn). — Mme Sougeux, sage-femme à Marcoussies (Seine-et-Oise). — Mlle Trotignon, sage-femme à Châteauroux (Indre). — M. Vialette, officier de santé à Montvarnau (Hérault).

MÉDAILLES ACCORDÉES POUR COOPÉRATION AUX TRAVAUX DE LA COMMISSION DE L'HYGIÈNE DE L'ENFANCE.

L'Académie a proposé, et M. le ministre de l'intérieur a bien voulu accorder :

1° *Une médaille d'or à* : M. le docteur Monot, médecin à Monsauche (Nièvre), pour son mémoire manuscrit et pour les travaux importants qu'il a déjà publiés et qui ont servi de base aux discussions et aux résolutions prises par l'Académie de médecine.

2° *Des médailles d'argent à* : M. le docteur Cressant, médecin à Guéret (Creuse), pour le mémoire très-intéressant qu'il a adressé à l'Académie; M. le docteur Raymond, médecin à Sainte-Florine (Haute-Loire), pour les excellents documents qu'il a recueillis avec difficulté dans un pays très-accidenté.

3° *Médailles de bronze à* : M. le docteur Brye, médecin à Vienne (Isère), pour les tableaux statistiques qu'il a dressés spontanément avant l'envoi de ceux imprimés par les soins de la commission; M. le docteur Bringuier, médecin à Montpellier (Hérault), pour son excellent mémoire manuscrit et ses renseignements statistiques.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 30 avril 1873. — Présidence de M. PERRIN, vice-président (1).

Discussion sur la cataracte.

M. LÉON LE FORT termine ainsi :

J'arrive maintenant à la seconde question, celle de l'iridectomie. Cette opération a été pratiquée assez longtemps pour des motifs tout différents de ceux pour lesquels on la pratique aujourd'hui. De Graëfe, en 1857, avait préconisé l'iridectomie pour le glaucôme, et je n'ai pas besoin de rappeler avec quelle sorte de fureur on se mit à couper les iris; à tel point même, que le *Dublin quarterly Journal* put, non sans raison, intituler une revue critique : *De l'iridectomie épidémique.* Si de Graëfe en 1859, Critchett et Bowman en 1863, sectionnèrent l'iris parce qu'il les gênait dans l'extraction linéaire simple, ce fut à titre de moyen prophylactique de l'inflammation qu'on fit longtemps l'iridectomie. Moosen, en 1862, la pratiquait quelques semaines avant la kératotomie, et le lambeau était quelquefois taillé sur un point opposé au coloboma. Jacobson, en 1863, excisait l'iris, mais après et non avant la sortie du cristallin, et, lorsque je visitai, en 1864, la clinique de de Graëfe à Berlin, c'était encore à titre d'antiphlogistique qu'on pratiquait l'iridectomie. Elle devint nécessaire par l'adoption de l'incision linéaire sclérale, et fit dès lors partie des procédés réguliers et normaux de l'opération de la cataracte.

Aujourd'hui on ne la vante plus comme empêchant les accidents consécutifs, on se borne à dire que le traumatisme qu'on inflige à l'iris n'a pas d'inconvénient immédiat, et il faut reconnaître que cela est conforme aux faits. Mais l'ablation de l'iris, le coloboma chirurgical, outre les inconvénients dont je parlerai tout à l'heure, a celui d'amener ultérieurement la formation sur la rétine de cercles d'irradiations. De Graëfe lui-même le reconnaissait, et récemment M. Taylor, de Nottingham, a cherché à supprimer cette objection en faisant porter la section sur un petit point de la grande circonférence de l'iris et en agrandissant l'ouverture avec des ciseaux. Or, on s'expose ainsi à procurer au malade deux pupilles au lieu d'une, ce qui, du reste, sur vingt-trois cas, est arrivé trois fois à M. Taylor.

Pour moi, je repousse l'opération de de Graëfe, et je parle, bien entendu, de celle qu'on pouvait appeler officielle et non des opérations tellement modifiées que la section ne porte plus que sur la cornée; et voici les raisons sur lesquelles je m'appuie :

Je m'arrête peu à l'inconvénient des cercles de diffusion, et même à celui de la difformité causée par l'iridectomie, difformité légère puisqu'elle est cachée par la paupière supérieure. Si, à ce prix, le résultat était beaucoup plus assuré, j'adopterais le procédé; mieux vaut avoir une vue un peu imparfaite, que de s'exposer beaucoup plus à perdre l'œil.

Un des graves inconvénients du procédé de de Graëfe et de tous ceux où l'on fait l'iridectomie, c'est d'obliger à opérer sur le segment supérieur de la cornée; car opérer sur le segment inférieur, c'est occasionner la difformité très-grande d'un large coloboma que rien ne cache. On opère donc en haut. Or c'est là une difficulté de plus, ajoutée à d'autres difficultés plus grandes que dans le procédé de Daviel, et c'est pour ces motifs que je repousse l'opération de de Graëfe.

Ici, messieurs, je suis obligé de faire intervenir des raisons qui, si elles vous paraissent peu scientifiques, sont à coup sûr pratiques.

Qu'il s'agisse d'une opération ordinaire de la chirurgie, le résultat dépendra de la sagacité du chirurgien dans le choix des procédés, de l'exécution manuelle de l'opération, et de la constitution du malade, du traitement consécutif, du milieu ambiant. Un chirurgien pourra avoir fait une amputation avec fort peu de dextérité, avoir même taillé un lambeau imparfait, mais il pourra, s'il le soigne bien, amener son malade à guérison. Dans l'opération de la cataracte, comme dans beaucoup d'autres opérations de l'oculistique, l'habileté de l'opérateur est prédominante.

Une seule fausse manœuvre compromet irrévocablement le résultat; tout n'est pas gagné; mais tout peut être perdu pendant l'opération. Or, nous ne parlons pas seulement ici pour des spécialistes en ophthalmologie; la Société de chirurgie doit être l'aide et le conseil de tous les chirurgiens, et quand on ne fait que de loin en loin une opération de cataracte, on n'a pas cette sûreté de main que possèdent ceux qui, presque journellement pratiquent l'opération. J'aime à dire les choses comme elles sont. L'année dernière, à la tête d'un service un peu spécial, je faisais fréquemment l'opération de la cataracte; mais, depuis le 25 décembre dernier je n'en avais fait aucune, et je me ferais illusion si je croyais que je pratiquerais la première kératotomie qui se présentera à moi avec autant de sûreté que je l'eusse fait alors que, suivant une expression un peu

(1) Suite. — Voir le numéro du 21 juin 1873.

vulgaire mais vraie, j'avais l'opération dans les doigts. Ne trompons pas, malgré nous, nos collègues des provinces placés dans les mêmes conditions en leur vantant comme facile une opération qui serait pour eux une cause d'ennuis et de regrets.

L'opération de de Graëfe ne peut être faite qu'en haut. Or la kératotomie supérieure est plus difficile que l'inférieure. Elle est plus difficile en elle-même par la gêne qu'apporte la paupière supérieure; elle est plus difficile parce qu'elle exige un aide exercé, condition que nous ne rencontrons pas toujours, même chez nos internes, et que rencontreront moins encore nos confrères qui, dans la pratique civile, pourront être réduits à se faire aider par des personnes étrangères à l'art ou par un médecin n'ayant jamais fait l'opération de la cataracte.

Cette nécessité d'un aide exercé acquiert une importance considérable dans le temps de l'opération qui consiste à exciser l'iris. Cette importance est si grande que, faute de pouvoir la remplir, je ne voudrais pas faire l'iridectomie.

Il me paraît difficile de pouvoir nier que l'opération de de Graëfe est plus difficile que celle de Daviel. En effet la section de la partie inférieure de la cornée faite avec le couteau lancéolaire (ainsi que je le disais tout à l'heure), est plus facile que la sclérotomie faite sur le segment supérieur. L'introduction du kystitome est au moins aussi facile dans un cas que dans l'autre. La sortie du cristallin est plus facile dans l'opératien de Daviel. Or il reste au passif de l'opération de de Graëfe, *outre la nécessité d'opérer en haut, tout ce qui a trait à la section d'un lambeau de l'iris*, et, il faut encore ajouter la précision indispensable des manœuvres, l'écoulement fréquent d'une certaine quantité de sang dans la chambre antérieure, accident qui peut forcer tous les opérateurs à interrompre l'opération, mais qui certainement, même dans les cas où les opérateurs y verront assez pour pouvoir continuer, est un accident capable d'en dérouter un grand nombre.

Mais je vais plus loin et j'ajoute : même si l'opération ne devait être faite que par des chirurgiens exercés et de plus habilement aidés, je préférerais encore le procédé de Daviel à celui de de Graëfe.

Ce qui se passe à l'égard de cette dernière méthode ne saurait rester inaperçu. Voilà une opération qui, imaginée par un éminent ophthalmologiste, aimé et estimé de tous ceux qui l'ont connu personnellement, est de suite considérée et adoptée partout comme une chose admirable. Elle a pour elle deux particularités : la section linéaire sclérale et l'iridectomie. Or, que voyons-nous? Warlomont, Lebrun, Liebreich, Kuchler, reviennent à l'incision de la cornée, et quant à l'iridectomie, on cherche si bien à l'éviter que c'est là le point de départ des modifications de Liebreich, Lebrun et Warlomont, et ceux de nos collègues qui nous vantent l'opération de de Graëfe ne la pratiquent pas, car tous l'ont notablement modifiée.

On oppose des statistiques qui vont chaque jour en s'améliorant entre les mains du même chirurgien; mais est-ce que l'habileté, l'expérience des opérateurs ne s'accroît pas aussi tous les jours? D'ailleurs, sur quoi portent ces statistiques? sur des opérations autres que celle de Daviel. Il y a sans doute celles de Sichel, les premières de de Graëfe; mais depuis dix ans l'opération de Daviel a été abandonnée, et qui peut affirmer que les résultats ne seraient pas meilleurs qu'il y a quinze ou vingt ans, si Critchett, Bowmann, de Graëfe, Arlt, Jaeger, etc., avaient appliqué à l'opération de Daviel les amélorations dont elle était susceptible : un lambeau moins grand, l'usage du bandeau compressif, des soins mieux dirigés.

Ces statistiques nous donnent une partie du problème, celle dont la solution a été cherchée par des chirurgiens spécialistes. Que nous donnerait la contre-partie si nous pouvions avoir la statistique de chirurgiens d'hôpitaux, de chirurgiens non attachés à des services hospitaliers et versés uniquement à la pratique professionnelle et ayant opéré par les procédés de de Graëfe et par ceux de Daviel.

Cette statistique, je ne la produis pas, c'est surtout l'année dernière que j'ai pu opérer un certain nombre de cataractes. Séduit par les résultats annoncés, j'ai continué à essayer les procédés les plus en vogue. J'en ai été peu satisfait, et je suis revenu au procédé de Daviel en y apportant de légères modifications. J'ai dit plus haut que je faisais la ponction moins centrale et en même temps scléroticale. Au lieu du couteau de Beer ou de Wenzel, j'emploie le couteau lancéolaire de de Graëfe, et en voici la raison.

Ce qui est surtout difficile dans le procédé de Daviel, c'est la section de la cornée. Si l'on se sert du couteau de Wenzel, il faut poursuivre l'incision comme on l'a commencée; la largeur de la lame empêche de rectifier facilement le chemin que doit suivre le couteau; aussi, que de lambeaux imparfaits! Avec le couteau de Graëfe, on fait ce que l'on veut, et il est toujours facile, si l'on en est sorti, de rentrer dans la bonne voie. Quant au reste de l'opération, je la pratique comme dans le procédé classique. Cependant, une fois, j'ai fait la discision de la capsule la veille de l'opération et à travers le centre de la cornée au moyen d'une fine aiguille à discision afin de profiter de la dilatation artificielle de la pupille pour faire une large section de la capsule.

Toutefois, il est des cas, rares du reste, où je pratique l'iridectomie de propos délibéré. Parfois, malgré l'usage de l'atropine, la pupille ne se dilate pas. On peut être sûr alors que l'ouverture pupillaire ne se dilatera que difficilement sous la pression du cristallin, et le mieux me paraît être, dans ce cas, de faire la kératotomie supérieure en y joignant l'excision de l'iris avant la cystotomie.

Il me paraît évident, qu'après s'en être éloigné, on revient peu à peu à la méthode de Daviel plus ou moins modifiée; cela ne veut pas dire que les tentatives faites par les ophthalmologistes n'aient pas eu de résultat ; de Graëfe nous a montré qu'on pouvait dépasser le cercle extérieur de la cornée et qu'on pouvait sans danger exciser l'iris; ce sont là des points importants.

Permettez-moi en finissant de vous soumettre quelques réflexions qui ne sont pas tout à fait étrangères au sujet. En étudiant l'histoire des progrès réalisés depuis quinze ans dans l'opération de la cataracte, deux choses m'ont frappé. Les noms qu'on y rencontre sont tous étrangers à la France, et le petit nombre de nos opérations contraste fâcheusement avec les statistiques considérables des ophthalmologistes allemands ou anglais. Il y a vingt ou trente ans Paris était sans conteste la capitale du monde scientifique. Outre les cliniques médicales et chirurgicales de la Faculté, on trouvait dans nos hôpitaux des cliniques spéciales, et l'on pouvait, avec Ricord, Blache, Guersant père, Cazenave, Bazin, Lugol, Civiale, Baillarger et beaucoup d'autres, étudier dans des services spéciaux les maladies de la peau, des enfants, des voies urinaires, les maladies mentales, et Sichel, que nous pouvons considérer comme un concitoyen, donnait à l'ophthalmologie un essor remarquable. A l'étranger, au contraire, on ne trouvait d'hôpitaux ou de services spéciaux pour aucune de ces spécialités, et l'on était en quelque sorte tributaire de Paris. Aujourd'hui, il n'en est plus de même; partout, dans les Facultés étrangères, nous trouvons enseignées toutes ces branches spéciales de la médecine et de la chirurgie; en France, au contraire, sous l'influence d'idées erronées, on a fait la guerre aux spécialisations les plus légitimes, les plus scientifiques, les plus honorablement exercées. On a méconnu la spécialisation scientifique, celle qui résulte de l'étude plus particulière de certaines branches de la science, pour n'avoir en vue que la spécialisation professionnelle. Cet esprit de répulsion pour la spécialité a entraîné au delà des limites quelques-uns de nos maîtres et la Faculté de médecine elle-même. C'est un excès contre lequel il est urgent de réagir.

Les maladies des enfants, la gynécologie, les maladies des yeux, des voies urinaires, la syphilis, sont professées dans presque toutes les Facultés étrangères par des professeurs extraordinaires (quelque chose comme des professeurs adjoints ou de seconde classe) ou par des *privat docent*. Je voudrais, pour ma part, qu'il en fût de même à Paris; que les cours dits complémentaires fussent plus intimement encore rattachés à l'enseignement de la Faculté, et que l'on se décidât enfin à créer, à Paris, sinon un hôpital, du moins un ou deux services spécialement affectés à l'ophthalmo-

logie, comme nous avons déjà des hôpitaux ou des services spéciaux à Saint-Louis, au Midi, à Necker, aux Enfants et à Sainte-Eugénie.

(*A suivre.*)

THÈSES

SOUTENUES A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

PENDANT L'ANNÉE 1873.

188. Jean. Des tumeurs de la région parotidienne, principalement au point de vue du diagnostic.
189. Thoné. Étude sur une variété d'abcès froids thoraciques.
190. Nebout. De l'action des moyens considérés comme préventifs de la pyohémie.
191. Delefosse. Du sulfate de quinine comme abortif.
192. Sury. De l'opération césarienne après la mort de la mère, considérée au point de vue religieux, légal et médical.
193. Charpy. Les délires aigus.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

L'inspection médicale de l'armée est divisée cette année en sept arrondissements :

M. Cazalas, président du conseil de santé, inspectera l'école du Val-de-Grâce, l'armée de Versailles, les corps de troupes, les hôpitaux militaires et les hospices civils des 1re, 14e et 19e divisions militaires ;

M. Colmant, membre du conseil de santé, les 15e, 16e 18e et 21e divisions;

M. Périer, membre du conseil de santé, les 10e, 11e, 12e, 13e et 22e divisions ;

M. Cuvellier, membre du conseil de santé, les 9e et 17e divisions et la division de Constantine ;

M. Marit, médecin inspecteur, les divisions d'Alger et d'Oran;

M. Legouest, médecin inspecteur, les 2e, 3e, 4e et 5e divisions ;

M. Gerrier, médecin inspecteur, les 7e, 8e et 20e divisions;

M. Jeannel, pharmacien inspecteur, membre du conseil de santé, inspectera, exclusivement au point de vue pharmaceutique, les hôpitaux de Paris et la pharmacie centrale, les hôpitaux de Lille, Valenciennes, Saint-Omer, Rennes, Bordeaux, Toulouse, Lyon, Marseille et la réserve des médicaments de cette dernière ville.

Les inspections médicales ne commenceront pas, sauf en ce qui concerne l'Algérie, avant le 3 août prochain, époque à laquelle se termineront les opérations des conseils de révision.

— La Société de médecine de Paris tiendra sa prochaine séance le samedi 28 juin, à trois heures et demie très-précises, 3, rue de l'Abbaye.

Ordre du jour : 1° Lecture du procès-verbal de la précédente séance; — 2° Discussion sur les polypes naso-pharyngiens ; — 3° Vote sur la candidature de M. Chéron au titre de membre titulaire ; — 4° Vote sur la candidature de M. Bouyer (d'Amélie-les-Bains) au titre de membre correspondant.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Traité de l'aspiration des liquides morbides. — Méthode médico-chirurgicale de diagnostic et de traitement : kystes et abcès du foie, hernie étranglée, rétention d'urine, péricardite, pleurésie, hydarthrose, etc., par le docteur Georges DIEULAFOY (médaille d'or des hôpitaux de Paris). 1 vol. in-8°. Prix : 8 francs. — Paris, G. Masson.

Résumé d'anatomie, par le docteur FORT. — 1 vol. in-32 de 500 pages, avec figures. — Prix : 5 fr.

Le Directeur : Dr E. LE SOURD.

Paris.— Typographie A. POUGIN, quai Voltaire, 13.

N° 74. — SAMEDI 28 JUIN 1873. 46e ANNÉE. SAMEDI 28 JUIN 1873. — N° 74.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Bureaux : 57, rue des Saints-Pères, 57
PRÈS L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix d'abonnement doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

On s'abonne hors de Paris dans les bureaux des Messageries et chez les Libraires
Les lettres non affranchies sont refusées.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui n'en peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS: Trois mois. . . 8 fr. 50 c. Six mois. . . 16 — Un an. . . . 30 —

POUR L'ÉTRANGER le port en sus suivant les derniers tarifs des Postes.

REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE

Expectoration albumineuse, œdème du poumon, congestion pulmonaire.

Les faits que nous avons publiés dans nos précédentes revues ne permettent plus de faire jouer un grand rôle à une perforation supposée du poumon dans ce genre d'expectoration albumineuse qui survient, sans pneumo-thorax, quelquefois à la suite de la thoracentèse.

Or c'est bien là, par excellence, en ce moment, la question à l'ordre du jour dans le monde médical. Plusieurs Sociétés de médecine de Paris et de province s'en occupent; et dernièrement, M. le professeur Béhier a dû la traiter de nouveau dans une leçon clinique à propos d'un malade qui, ponctionné pour une pleurésie dans son service de l'Hôtel-Dieu, avait succombé à cet accident.

Bien entendu, le savant professeur a mis à profit nos observations pour renverser les théories de MM. Woillez, Marrotte et Féréol.

Après avoir rappelé que la blessure du poumon n'avait jamais été montrée en pareil cas à l'autopsie, qu'il n'était pas sorti de sang ni d'eau par la canule, que l'expectoration n'avait jamais suivi immédiatement l'opération et qu'une maladresse était peu supposable quand il faudrait admettre qu'un même opérateur l'eût commise quatre fois sur un même malade, il en vient à cette preuve certainement décisive.

« Enfin, dit-il, il existe des exemples de bronchorrée survenue sans pleurésie, témoin les observations que M. Revillout vient de publier dans la *Gazette des Hôpitaux* (7, 14 et 21 juin 1873). Il s'agit dans ces cas de malades asthmatiques (on a négligé de dire s'ils étaient atteints d'affections cardiaques) et qui, sans présenter aucune trace de pleurésie, et sans que, par conséquent, on puisse invoquer de perforation traumatique du poumon dans la thoracentèse qu'ils n'ont pas subie, ont présenté des accès de bronchorrhée albumineuse, tenant probablement à un œdème aigu du poumon.

« Vous voyez donc, messieurs, qu'il faut renoncer à invoquer la perforation traumatique du poumon comme étant la cause de l'accident dont nous nous occupons. » (*Union méd.*, 22 juin.)

Il est, du reste, bien évident, que le même argument ne s'applique pas moins aux perforations spontanées qu'aux perforations traumatiques.

Comme le remarque M. Béhier, je n'avais pas indiqué si mon malade était atteint d'une affection cardiaque; mais cette négligence, que je vais réparer, avait une double cause.

La première, c'est que le cœur n'a jamais offert chez ce vieillard aucun signe de maladie proprement dite.

Je viens de l'ausculter encore, et j'ai constaté de nouveau que la pointe battait dans le cinquième espace intercostal, deux centimètres environ plus bas que le mamelon et un centimètre et demi plus en dedans.

Le cœur n'est donc pas hypertrophié, car étant fixé par sa base, il ne saurait augmenter de volume (alors qu'il n'est pas déplacé par l'existence d'une pleurésie, etc.) sans que la pointe en fût portée plus en dehors, et plus en bas, suivant la courbe du diaphragme.

Quant au double bruit, il est net, tant à la pointe qu'à la base, sans être affecté nulle part d'aucun prolongement ni d'aucun bruit de souffle. Les valvules paraissent donc parfaitement fonctionner. Il n'y a pas lieu de supposer un rétrécissement ni une insuffisance.

La seule irrégularité que l'on constate en auscultant longtemps, c'est qu'après une série de quarante à cinquante doubles battements normaux, le premier temps se dédouble, et dans le pouls il se fait une intermittence. Mais ces intermittences du pouls, surtout quand elles sont aussi rares, et ces dédoublements, rarement espacés, d'un bruit du cœur, sont actuellement considérés par les plus sérieux observateurs comme n'étant de nulle importance.

On les trouve, en effet, quand on veut les chercher, d'abord chez beaucoup de vieillards, puis chez beaucoup d'autres sujets qui se portent très-bien, mais sont impressionnables. Les médecins, notamment, qui se tâtent le pouls ou se le font tâter, parce qu'ils ont des palpitations et se figurent avoir une maladie du cœur, ont presque tous alors de ces intermittences, qui chez eux sont certainement la suite d'une action réflexe à origine cérébrale.

Le vieillard en question est très-impressionnable et il a eu des palpitations il y a quelques années. Il s'émotionne quand on l'ausculte et craint toujours qu'on ne lui cache une maladie, qu'il n'a pas.

J'en ai parlé à des amis, jeunes agrégés très-distingués comme

praticiens aussi bien que comme savants de laboratoire et d'amphithéâtre, et ils sont d'accord avec moi pour ne rien voir dans tout cela qui mérite le nom de maladie du cœur.

Ai-je besoin maintenant d'indiquer l'autre cause qui m'a empêché de parler de l'état du cœur chez ce malade ?

Il s'agissait d'un accident essentiellement aigu, subit et passager, saisissant les poumons en pleine santé apparente, puis disparaissant vite comme il était venu pour ne se reproduire qu'à de longs intervalles.

Alors même que j'aurais trouvé du côté du cœur quelque altération déjà ancienne, persistante, à marche chronique, comme une hypertrophie ou une dilatation ou une lésion des valvules, je ne me serais pas cru en droit de rattacher cette lésion par un rapport simple et direct de cause à effet à cet accident inattendu, momentané et isolé de tout autre symptôme grave.

Or, ce qui intéresse surtout le praticien, ce qu'il doit connaître pour agir utilement, ce n'est pas la cause première, éloignée, qui a créé une prédisposition : c'est, alors même qu'en effet il existe une telle cause, la cause seconde, prochaine, déterminante, qui met le phénomène en jeu.

L'alternative de ces accès d'expectoration albumineuse avec des accès d'asthme normaux suffisait pour montrer où il fallait chercher cette cause prochaine; et la pratique est venue confirmer cette donnée par les résultats si rapides qu'a produits chaque fois une forte révulsion sur le trajet des nerfs pneumogastriques.

Il nous a paru que de tous les faits d'expectoration albumineuse, ce groupe était celui qui montrait le problème dans sa grande simplicité.

A présent, avant de traiter la question de l'œdème au point de vue théorique, il est bon de rappeler aussi d'autres groupes de faits connexes, un peu oubliés depuis Laennec, mais que cet immense génie avait également entrevus.

Ici encore il s'agit d'accès d'expectoration albumineuse ; mais ces accès n'ont plus la même indépendance, si je puis m'exprimer ainsi.

Ils surviennent comme complication dans le cours d'une autre maladie de nature toute différente, telle qu'une bronchite catarrhale.

J'en ai vu récemment un remarquable exemple chez une dame, âgée de soixante-deux ans, asthmatique elle aussi, et qui avait été prise d'une bronchite intense à la suite d'un refroidissement,

Lorsque je fus appelé auprès d'elle, quelques jours après le début de cette bronchite, il s'était produit des accès d'expectoration abondante, albumineuse, teintée de sang, qui, tout à coup, avait remplacé l'expectoration ordinaire de crachats rares, épais, jaunâtres, dus à la sécrétion bronchique.

Je pus assister à plusieurs de ces accès, et je constatai que l'expectoration sero-albumineuse survenait chez cette malade d'une façon inattendue. Souvent, au réveil, la toux devenait plus pressée sans être quinteuse ; alors chaque effort de toux ramenait une gorgée de ce liquide rougeâtre, absolument semblable à celui que rendait le vieillard asthmatique dont j'ai parlé plus haut. Il y avait en même temps de l'oppression, mais une oppression beaucoup moins pénible que celle des accès d'asthme ordinaire qu'avait précédemment éprouvés cette dame ; la poitrine, partout sonore, laissait entendre des rhonchus muqueux et sous-crépitants, mêlés aux rhonchus vibrants du catarrhe.

Chose remarquable, le pouls restait normal, la température non fébrile : il y avait une tendance marquée à la transpiration, aussi bien; du reste, dans l'intervalle de ces abcès que pendant leur durée. Cette durée était chaque fois de quelques heures. Puis les crachats de la bronchite reparaissaient pendant un ou deux jours, pour céder de nouveau la place à cette même expectoration.

On le voit, le phénomène est beaucoup plus complexe dans ce cas que dans les précédents.

Ici encore, il faut noter que chez une asthmatique qui ne peut d'ordinaire s'enrhumer sans être reprise d'un asthme intense, le phénomène spasmodique fut cette fois remplacé par un tout autre genre de phénomène.

Qu'on nomme congestion pulmonaire, œdème aigu du poumon ou autrement, ce phénomène, qui se reproduisit par accès assez distancés sans laisser de traces dans l'intervalle, sans qu'il y eût de fièvre, sans que l'état général en fût très-affecté, il n'en résultera pas moins que cette congestion ou cet œdème a des allures insolites qui rappellent beaucoup plus les affections d'origine nerveuse que les affections de nature inflammatoire.

Pour le praticien, la différence est fondamentale, car la dame dont il s'agit fut à peine traitée, et elle guérit très-bien dans l'espace de quelques semaines, à peu près dans le même temps que lorsqu'elle avait quelque catarrhe compliqué d'asthme.

Cette congestion pulmonaire, cet œdème à répétition avait d'abord effrayé beaucoup les assistants ; mais il s'était passé de la manière la plus innocente.

Le caractère commun des deux groupes que nous venons d'examiner était le retour par accès, comparables à des accès d'asthme ordinaire, et qui paraissent de même origine.

Voici maintenant quelques autres faits, qui sont moins complets à ce point de vue, car le malade n'a eu qu'une seule crise.

Un honorable confrère de la province, ancien interne des hôpitaux, M. le docteur Mariez (de Saint-Aignan) vient de nous adresser l'observation suivante :

« Au printemps de 1869, M. R..., cinquante-cinq à soixante ans, obèse, cardiapathe, me fit appeler en toute hâte à six kilomètres de ma résidence. M. R... voyant de loin ses charretiers s'engager dans un mauvais chemin, força le pas en leur criant de s'arrêter ; il ne réussit pas à se faire entendre, renouvela ses efforts, se mit en colère, perdit respiration et tomba. Il était à quelques pas d'une ferme, fut aperçu, relevé et apporté sans parole, haletant, cyanosé, avec une écume sanguinolente à la bouche.

« On lui prépara un bain de pieds, et quelques instants après le malade rendit sans efforts, comme par expuision, une abondante mousse rosée qui, plus tard, devint incolore et fut remplacée par un liquide séreux. La quantité rendue en deux ou trois heures fut environ de trois à quatre litres au moins.

« A mon arrivée, la crise commençait à se passer, mais le moindre mouvement ramenait l'oppression ; la poitrine était pleine de râles fins, la parole encore brève, entrecoupée, le pouls assez plein ; je ne saurais préciser actuellement ce que j'entendis au cœur. Je fis réchauffer le bain de pieds, ajouter de la farine de moutarde, et proposai une saignée du bras. Comme la saignée répugnait au malade, en présence de l'amélioration survenue, je ne crus pas devoir insister. Dans le courant de la journée, le malade fut ramené chez lui en voiture. Je le revis le soir, souffrant de la tête et somnolent, ce qui me détermina à faire appliquer des sangsues à l'anus et à le purger le lendemain matin.

« Je n'en entendis plus parler jusque vers la fin de septembre 1869. M. R..., après dîner, voulut seller son cheval et faillit se

trouver mal en enlevant le harnais; le domestique se hâta d'atteler, de le faire monter dans la voiture; à peine y était-i installé, qu'il s'affaissa et mourut. J'arrivai pour constater le décès. »

Voilà donc un malade qui n'est point asthmatique, qui, par conséquent, ne rentre pas dans les deux groupes précédents, mais qui paraît avoir été atteint d'une affection du cœur, dont il mourut subitement.

On voit que le cadre s'élargit. Déjà nous avons, dans notre première revue clinique, parlé d'un autre homme qui, lui aussi, n'était pas asthmatique, mais qui était atteint d'angine de poitrine, et qui, pris à la fois d'œdème du poumon et de syncope, mourut dans le cabinet d'un spécialiste, alors qu'on lui électrisait les pneumo-gastriques. Quelle part cette électrisation a-t-elle pu avoir à l'issue fatale? Nous ne pouvons le rechercher ici.

Mais nous verrons bientôt que ces sortes d'œdèmes, qui n'alternent pas avec l'asthme et qui ne reviennent pas par accès passagers, intermittents, sont d'un pronostic beaucoup plus sérieux en général, quand ils ne sont pas dus à une provocation telle que la thoracentèse.

Je n'insiste pas aujourd'hui, car cette revue est déjà longue, et je me vois obligé de remettre à un prochain article les nouveaux documents que M. le professeur Lande (de Bordeaux) vient de m'envoyer dans une lettre beaucoup trop flatteuse pour que je puisse la reproduire.

Un dernier mot seulement. Alors même que le produit d'une expectoration albumineuse a été mêlé de crachats dans le vase qui l'a reçu, il est facile d'y retrouver l'albumine. Il suffit d'étendre ce liquide d'eau distillée et de le jeter sur un filtre. Les crachats bronchiques restent sur le filtre, et ne contenant pas d'albumine, ils ne peuvent céder que de la mucine, laquelle, précipitable par l'acide acétique, ne l'est ni par l'acide nitrique ni par la chaleur : et ces derniers réactifs attesteront donc la présence de l'albumine dans le liquide filtré.

C'est ainsi, du reste, qu'a procédé, dans son laboratoire de la Charité, M. Bouchard, pour une partie de la dernière expectoration albumineuse de mon malade.

Éclampsie puerpérale, bromure de potassium.

A propos d'une autre revue clinique, M. le docteur Camuset (de Bonneval), nous communique l'observation suivante :

« Je viens de lire dans le dernier numéro de la *Gazette*, que je reçois depuis longtemps, une observation d'éclampsie chez une femme en couches, traitée avec succès par le bromure de potassium. Je viens justement de rencontrer, dans ma clientèle, un cas analogue, même traitement, même succès. Je vous l'envoie, laissant à votre disposition de l'insérer dans votre journal si vous trouvez utile de le faire connaître.

« Voici l'observation :

« Jeune femme primipare, dix-neuf ans et demi, à terme. Mme L... (L.), demeurant à Bonneval (Eure-et-Loir).

« Le 27 mai 1873, je fus appelé à quatre heures du matin auprès de cette dame par une sage-femme qu'on avait déjà prévenue et que je trouvai auprès de la malade. Voici ce qui s'était passé. Mme L..., bien portante la veille, s'était mise au lit après souper, sans éprouver de douleurs. Vers le milieu de la nuit, entendant du bruit dans sa chambre, la famille vint vers elle : on la trouva par terre en convulsions.

« 27 mai, matin. — A mon arrivée (quatre heures du matin), je constatai des attaques d'éclampsie survenant tous les quarts d'heure au moins, avec coma dans les intervalles. Je pratiquai le toucher ; le col était presque complétement fermé.

« Je fis respirer du chloroforme, mais sans beaucoup de succès. J'ordonnai un lavement avec hydrate de chloral : 4 grammes. En même temps, je pratiquai très-fréquemment le toucher et parvenu à introduire le doigt dans le col de l'utérus, je fis des tiraillements dans tous les sens.

« Cependant, le col se dilatait petit à petit, mais les crises d'éclampsie continuaient.

« Vers sept heures, c'est-à-dire trois heures après mon arrivée, le col était assez dilaté pour tenter la version ou une application de forceps. La tête était mobile au détroit supérieur. La version était indiquée. Je ne décidai cependant pas l'application des forceps, à cause des mouvements désordonnés de la femme (les cuisses rigides, etc.), et puis je n'étais pas suffisamment aidé. Après deux essais infructueux, je parvins à saisir la tête et j'amenai, avec des tractions très-fortes, un enfant qu'on ne put rappeler à la vie. Cependant je sentais parfaitement les battements du cordon au moment de la naissance. Il y eut même quelques tentatives d'efforts respiratoires. Mais tout d'un coup l'enfant se roidit, se contracta, bref, il eut, lui aussi, une attaque d'éclampsie, comme sans doute il avait déjà dû en avoir auparavant dans l'utérus. (Les cuillers des forceps l'avaient saisi dans la position antéro-postérieure, du front à l'occiput.)

« Le placenta fut extrait facilement. Un quart d'heure après, la malade reprit un peu de connaissance. Je lui prescrivis :

Bromure de potassium. . . 12 grammes.
Eau. . . . . 150 —

une cuillérée à bouche tous les quarts d'heure.

« 27 mai (soir). — Il y a eu une crise nouvelle vers cinq heures. Elle n'a pas duré longtemps. La malade est dans un état semi-comateux.

Bromure de potassium. . . 12 grammes.
Eau. . . . . 150 —

à donner *ut supra*.

« 28 mai. — Pas de crise.

Bromure de potassium : 10 grammes dans la journée.

« 29 mai. — Crises légères.

Bromure de potassium : 10 grammes dans la journée.

« 30 mai et jours suivants. — Pas de crise. La convalescence s'établit. Les lochies sont toujours très-normales.

« Enfin, aujourd'hui 15 mai, la malade est complétement guérie. »

« Ce cas n'est du reste pas le seul dans lequel j'ai eu à me louer de l'emploi du bromure de potassium.

« Il y a un an, j'exerçais la médecine à Arrou (Eure-et-Loir), je fus appelé auprès d'une primipare âgée de trente ans ; je la trouvai en convulsion, l'enfant se présentait en première position, je fis facilement une application de forceps, et j'amenai un enfant vivant. La mère, traitée par le bromure, se rétablit assez vite ; cependant, elle eut encore trois attaques après sa délivrance. Elle avait de l'œdème des membres inférieurs. »

Nous nous bornerons aujourd'hui à enregistrer ces deux faits, sans réflexions d'aucune sorte.

Le défaut de place nous oblige à remettre à lundi l'article intitulé : *Promenades dans les hôpitaux*.

Dr Victor Révillout.

DES VARIÉTÉS DE FORME DU CHANCRE SYPHILITIQUE (1)

Par M. le docteur LANCEREAUX, médecin des hôpitaux,
Professeur agrégé à la Faculté de médecine.

De même que la plupart des affections symptomatiques de la syphilis, l'accident primitif, ou chancre syphilitique, offre des aspects variés qu'il importe de bien connaître, si l'on veut arriver à le diagnostiquer sûrement. Il est caractérisé dans le principe par l'apparition, au niveau du point contaminé, d'un néoplasme plus ou moins saillant, d'une induration, comme disait Babington, passant ensuite à l'état d'ulcération. Il revêt d'abord la forme d'une papule qui, suivant l'exubérance du nouveau produit, peut-être aussi suivant la disposition générale du sujet, reste sèche, ce qui est rare, s'érode ou s'ulcère plus ou moins largement : d'où, au point de vue de l'observation clinique et de la symptomatologie, les variétés suivantes de la première manifestation syphilitique :

1° La papule sèche ;

2° L'érosion chancreuse ;

3° Le chancre induré.

Quelle que soit la variété de l'accident primitif, sa constitution élémentaire ne change pas : l'induration qui lui est propre offre toujours la même composition anatomique. Pour Charles Robin (2), Lebert, Acton, l'induration chancreuse tient au développement d'un tissu fibro-plastique dans l'épaisseur du derme. Virchow (3) professe qu'elle a une nature entièrement semblable à celle des tumeurs gommeuses, et y voit une prolifération du tissu conjonctif. Cette donnée est, en réalité, peu différente de la précédente, à part la théorie. Baerensprung (4), ayant cru remarquer qu'une partie de la substance granulaire qui forme la base du chancre induré se colore en rouge par la solution iodée, conclut un peu légèrement de ce fait que l'exsudat constitutif de l'induration spécifique du chancre est différent de l'exsudat inflammatoire. Ordonez (5) a constaté, dans chaque induration (6), les particularités suivantes : l'épaississement de la couche épidermique de la peau autour du point occupé par l'ulcération ; l'augmentation de volume des digitations interpapillaires du corps muqueux au niveau même du chancre induré ; la présence de petits foyers hémorrhagiques dans la couche papillaire du derme et leur infiltration par une grande quantité d'éléments embryoplastiques ou embryonnaires du tissu conjonctif, c'est-à-dire des noyaux ronds ou ovalaires mesurant de 4 à 7 millièmes de millimètre de diamètre, des corps fusiformes de petite dimension, des faisceaux de fibres du tissu conjonctif de nouvelle formation. Ce résultat ne diffère pas essentiellement de ceux qui ont été constatés par les précédents observateurs, et tous, malgré une description un peu différente, s'accordent à voir dans l'induration du chancre ce que nous y avons également trouvé, savoir : de jeunes éléments cellulaires, arrondis, embryonnaires, remplissant les mailles, formés par un fin réticulum conjonctif, et d'autant plus abondants et plus altérés qu'ils sont plus rapprochés du centre du néoplasme ; une hyperplasie conjonctive, en un mot, qui peu à peu subit la métamorphose granulo-graisseuse. C'est à cette métamorphose, sorte de nécrose moléculaire, que tient en partie la formation de l'ulcération ; et celle-ci sans doute se rattache ainsi à l'évolution particulière de la néoplasie. Pour ce motif, il y a bien quelque raison de rapprocher la lésion anatomique du chancre de celle qui appartient aux manifestations de la syphilis tertiaire ; et un fait curieux qui doit servir à prouver l'identité de la maladie à son point de départ et à son point d'arrivée, dans toutes ses phases ou périodes, n'est-ce pas l'identité même du produit morphologique ? Il ne faudrait pas toutefois se méprendre sur la valeur des données microscopiques. Les éléments histologiques constitutifs du chancre se rencontrent dans maintes lésions qui ne sont rien moins que spécifiques, de sorte qu'au début, comme durant toute l'évolution de la syphilis, c'est encore à l'examen à l'œil nu et non pas seulement au microscope qu'il convient de demander les caractères distinctifs des manifestations. Ces caractères, en effet, se trouvent moins dans la constitution élémentaire du produit morbide que dans sa physionomie. Ici, comme partout, c'est dans la forme qu'il faut surtout chercher les caractères de l'espèce.

1° *Papule sèche.* — Cette modalité, la plus rare de celles que la syphilis revêt à son début, est encore si peu connue qu'elle n'a pas été jusqu'ici l'objet d'une description spéciale, bien que l'expérience et l'observation clinique viennent à la fois établir son existence.

Après une incubation habituellement longue, apparaît, au niveau du point contaminé, une tache rouge, puis une saillie papuleuse, ayant généralement la forme d'une plaque étendue de près d'un centimètre ou plus, de couleur sombre ou brunâtre, de forme arrondie ou ovalaire, de consistance ferme, rénitente et élastique, et quelquefois recouverte d'une squame blanchâtre qui lui donne une certaine analogie avec les papules syphilitiques de la période suivante. Cette analogie était frappante dans un cas d'inoculation pratiquée par Gibert (1) sur un individu qui, pour accident initial, avait une papule rougeâtre, étalée, irrégulière, légèrement squameuse, tout à fait sèche. Dans un cas rapporté par Dubuc (2), et dans un autre observé par moi, il s'agissait d'une large plaque ayant environ 2 centimètres d'étendue, et siégeant à la région pubienne (3). Une autre malade me présenta sur la face une plaque peu différente qui, à première vue, offrait quelque ressemblance avec un nævus.

Dans ces faits et dans plusieurs autres, la lésion locale, semblable aux papules ou même aux tubercules cutanés et aux productions gommeuses, disparaît par résolution, ou mieux par la résorption que favorisent les tissus voisins, l'induration, sans jamais s'ulcérer, perd peu à peu de sa résistance sous le doigt et de son élasticité, elle diminue d'étendue, devient comme gélatiniforme, et à sa place reste une légère dépression violacée ou noirâtre.

C'est là par conséquent une variété distincte, peut-être trop méconnue de l'accident primitif, et qu'il importe de signaler. Facile à différencier des syphilides, dans lesquelles les papules sont rarement isolées, cette variété pourrait être confondue avec un nævus ou toute autre altération, si sa consistance, sa co-

(1) Ce fragment est extrait d'un volume (*Traité de la syphilis*), qui paraîtra dans un mois chez Germer Baillière.

(2) *Comptes rendus des séances de l'Acad. des sciences*, 2 nov. 1846.

(3) *Syphilis constitutionnelle*, trad. française de J. P. Picard. Paris, 1860.

(4) *Gaz. hebd. de méd. et de chir.*, 1862, p. 310, et *Charité-Annalen*, t. VI, p. 16.

(5) *Comptes rendus et mémoires de la Société de biologie pour l'année* 1863, p. 83.

(6) Remarquons que l'induration chancreuse est quelquefois accompagnée d'une induration du voisinage particulièrement liée à l'irritation des glandes sudoripares.

(1) Gibert, *Loc. cit.*, p. 458.

(2) *Des syphilides malignes précoces.* Thèse de Paris, 1864, p. 63.

(3) Une autre fois, c'est sur le frein que se manifesta l'induration primitive. Notons que cette modalité est facilement méconnue.

loration particulière et surtout les bubons multiples qui sont pour ainsi dire ses acolytes obligés, ne venaient l'en distinguer.

Les faits peu nombreux à l'aide desquels il est déjà possible de donner une description de cet accident ne peuvent encore nous renseigner sur son origine. Disons simplement que, dans le cas cité par Gibert, le sang pris au niveau d'une papule syphilitique squameuse avait servi à l'inoculation. Le procédé d'inoculation semblerait d'ailleurs favorable au développement de cette variété de l'accident primitif, si tant est que la nature du produit inoculé n'ait aucune influence sur son apparition. Il y a lieu de remarquer sa fréquence au sein des nourrices, où elle est transmise par succion aux dépens d'accidents secondaires.

(A suivre.)

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 30 avril 1873. — Présidence de M. PERRIN, vice-président (1).

Discussion sur la cataracte.

M. TRÉLAT. Je n'entrerai pas dans de longs détails après les exposés didactiques que vous ont présentés plusieurs de nos collègues. Je ne ferai donc pas l'historique des diverses extractions de la cataracte, mais j'exposerai seulement mes opinions personnelles.

Je dirai tout d'abord que je suis partisan de la méthode de de Graëfe, non pas de la méthode primitive, modifiée du reste par son auteur; c'est une variante de cette méthode que j'emploie.

On a reproché à cette méthode sa difficulté d'exécution; je ne partage pas cette opinion. Elle n'est pas, selon moi, plus difficile que la méthode de Daviel. J'ai vu pratiquer jadis cette dernière opération par deux praticiens habiles et fort expérimentés : Roux et M. Nélaton, et certes la méthode de Daviel n'était pas, dans leurs mains, exempte de sérieuses difficultés. Je considère même que la taille du lambeau, dans la méthode de Daviel, est plus délicate que dans la méthode de de Graëfe.

Sur soixante-trois opérations de cataractes que j'ai pratiquées, huit l'ont été par la méthode ancienne ou de Daviel, sur lesquelles j'ai obtenu cinq succès; deux yeux ont été perdus, et un malade n'a pas été suivi.

L'opération de Daviel expose plus que sa rivale à vider l'œil; elle occasionne plus souvent le phlegmon consécutif du globe. Je conviens que, lorsqu'elle réussit bien, la méthode de Daviel donne des résultats incomparables, ainsi que j'ai pu le vérifier ce matin même sur un opéré de M. Alphonse Desmarres; mais ce sont les résultats généraux qu'il faut envisager.

Lorsque j'entrai dans les hôpitaux actifs, en 1867, j'adoptai la méthode de de Graëfe. Je commençai par la pratiquer dans toute sa pureté primitive; mais j'obtins des issues du corps vitré, des hémorrhagies dans la chambre antérieure par lésion du canal de Schlemm.

Je dus corriger ma manière et quitter la périphérie de la cornée pour me rapprocher du centre.

Je me demandai quelle était la meilleure incision pour l'extraction de la cataracte. La meilleure est assurément celle qui est pratiquée suivant un des grands cercles de la cornée; toute incision est bonne si elle est linéaire, car l'adaptation étant parfaite, les chances de suppuration et de mortification du lambeau sont beaucoup moindres. Mais cette section linéaire, la fera-t-on médiane, latérale ou périphérique? La faire médiane est bien osé, et ce conseil, donné par un seul chirurgien, n'a pas été suivi. On a étagé cette incision linéaire en se dirigeant vers la périphérie, ainsi que le démontrent les tentatives de MM. Küchler, Brun, Notta. Toutefois, je trouve médiocre cette incision passant par un point plus ou moins rapproché du centre de la cornée, car je redoute à sa suite les synéchies.

Toute incision doit laisser sortir librement le cristallin; c'est là une condition fondamentale. Or l'incision primitive de de Graëfe était trop petite, et l'on dut l'agrandir. Il s'agit donc de savoir jusqu'à quel point nous pouvons nous rapprocher du centre de la cornée. Voici l'incision que je considère comme la meilleure : pratiquer la ponction et la contre-ponction sur le limbe sclérotical, suivant un diamètre situé à 0,m002 au-dessous du rebord cornéal supérieur et faire sortir le couteau immédiatement en avant du limbe de la sclérotique. On obtient ainsi une ouverture suffisamment large pour la sortie du cristallin. L'incision se rapproche assez d'un des grands cercles de l'œil pour jouir de l'avantage des sections linéaires.

Quant à l'iridectomie, est-ce une opération qu'il faille conserver dans l'extraction de la cataracte? Oui, je considère l'iridectomie comme indispensable, à moins que l'on ne revienne franchement à la méthode de Daviel. M. Giraud-Teulon nous dit qu'il respectait l'iris en principe; que si cette membrane se présentait entre les lèvres de la plaie, il l'incisait. C'est une pratique que je ne saurais en aucune façon accepter. Il faut toujours faire l'iridectomie, il faut la faire avec préméditation.

C'est grâce à l'excision de l'iris qu'il sera possible de faire une bonne kystotomie de laquelle dépend presque toujours la limpidité future de la pupille. Il est incontestable en outre que le cristallin s'échappe beaucoup plus facilement après l'iridectomie.

Ma pratique sur cette importante question de médecine opératoire se résume donc en ceci : section linéaire de la cornée dans le point que j'ai signalé plus haut, iridectomie et large discision de la capsule.

Comme mon collègue M. Le Fort, j'appelle de tous mes vœux le jour où notre pays pourra faire des sacrifices suffisants pour permettre à l'enseignement de se spécialiser.

M. GIRAUD-TEULON. Nous demandons, au cours de la discussion, la permission de répondre quelques mots à M. Trélat, non pour le combattre, mais pour éclaircir quelques points qui demeurent encore indécis et peuvent constituer entre nous un malentendu en une question sur laquelle nous sommes, au contraire, presque entièrement d'accord.

Je dirai d'abord que j'insiste d'autant plus dans le désir de lui répondre immédiatement que cette réponse de ma part pourra éviter, étant faite en ce moment même, des heures de discussion pour la Compagnie. La lucide argumentation de M. Trélat a, en effet, très-heureusement posé les limites entre lesquelles se trouve réellement circonscrit le débat, celles qui doivent, dans les deux sens, comprendre la solution finale du problème.

« Trouver le lieu de l'incision qui réunira à la fois les conditions d'élection pour la coaptation cicatricielle immédiate ou par première intention (l'incision linéaire suivant le grand cercle méridien); et, d'autre part, la plus large porte de sortie pour la cataracte. »

Nous le répétons, tout est là, et tous les efforts auxquels nous assistons depuis dix ans s'agitent entre ces deux frontières de la question.

Maintenant, M. Trélat croit rencontrer ces conditions parfaitement réunies au lieu où M. de Wecker place son incision, et qu'il vient de vous décrire sur le tableau :

« *Ponction* et *contre-ponction* de la sclérotique à 0m,001 en dehors de la limite cornéenne, sur une ligne horizontale passant à 0m,002 au-dessous du bord supérieur de la cornée; *sortie* de l'instrument au niveau du bord supérieur de la *cornée*... »

C'est ici que je me permets de m'écarter de son sentiment et de celui de M. de Wecker. Il y a bien là de ma part quelque témérité, en présence du nombre remarquable des succès obtenus par mon habile confrère. Mais je me suis expliqué déjà à cet égard, et suis très-enclin à attribuer ces grands chiffres à son habileté personnelle et acquise. C'est à cause de cette manière de voir, que, pour répon-

(1) Fin. — Voir les numéros des 21 et 26 juin 1873.

dre d'ailleurs aux sentiments et aux besoins généraux de l'art chirurgical, je poursuis toujours une perfection plus facile à obtenir, plutôt qu'une perfection plus grande.

Cela posé, je dirai donc que je considère, pour mon compte, ce lieu de l'incision comme encore un peu désavantageux sous le rapport de l'étendue de la porte de sortie.

M. Trélat a paru admettre qu'en ce lieu, l'ouverture offerte à l'issue de la cataracte était égale à celle que l'on rencontre avec une incision linéraire moins excentrique.

Si telle était sa manière de voir, elle serait erronée; sans doute la corde de l'incision, sa base comme étendue en ligne droite est sensiblement peu différente de la position ci-dessus décrite à celle tracée même dans le diamètre transversal, quoique pourtant évidemment supérieure en cette dernière situation; — mais ce qui diffère, c'est la longueur parcourue sur la cornée même : la hauteur de la voûte cornéenne croît toujours depuis la périphérie jusqu'au centre de la cornée, où elle atteint son maximum. Aussi, en ce dernier point, pour une projection linéaire de peu supérieure en étendue, offre-t-elle une circonférence et par conséquent une surface de plaie notablement supérieure. Il y a donc, sans conteste, au point de vue de *l'étendue en surface* de la porte de sortie, avantage indiscutable et notable : se rapprocher le plus possible du diamètre transversal.

Mais cet avantage a une contre-partie et c'est ici que j'ai à m'expliquer sur un point que j'ai dû mal présenter dans mon argumentation, puisque M. Trélat, qui a si parfaitement analysé tous les autres, m'a mal compris en ceci.

En descendant l'incision vers le centre, en s'éloignant de la périphérie, on perd *malheureusement* du côté de la facilité et même des possibilités de pratiquer l'iridectomie.

Ce n'est point effectivement pour éviter, comme y a été poussé M. Notta, ce temps de l'opération, que je cherche à me rapprocher du centre de la cornée. Dans mon sentiment, l'iridectomie serait plutôt *toujours* un bienfait qu'un inconvénient. Et ce que je trouve de regrettable dans le procédé que je défends ici provisoirement, et qu'il soit bien entendu, comme étude, comme recherches, comme poursuite d'un désideratum, c'est que, dans la plupart des cas, on n'y peut point faire *l'iridectomie.*

M. Trélat reproche avec raison au procédé que ce temps de l'opération y joue le rôle d'*alea*, et il ne saurait admettre un plan opératoire avec cet aléa comme élément prévu. Cette proposition est absolument chirurgicale et magistrale; et cependant on peut, au point de vue pratique, la débattre.

Oui, avec lui j'admets ici l'iridectomie comme un bienfait, et je suis aux regrets quand je ne la puis faire; mais j'ajouterai que ne la faisant point, et par force dans ce procédé, car l'alea y est plutôt négative que positive, il convient cependant de s'assurer si les inconvénients de cette iridectomie absente compensent les avantages offerts par une porte de sortie maximum, tout étant égal d'ailleurs.

Jusqu'à aujourd'hui je ne suis pas convaincu : tout au contraire. Dans tous mes cas, j'ai eu à constater de ces inconvénients : presque toujours l'iris a été primitivement ou consécutivement, et plutôt consécutivement, plus ou moins attaché en haut à la plaie intérieure par adhérence, tractus ou pincement.

Ces sujets sont donc, théoriquement, exposés à ce que l'on connaît des suites possibles des synéchies marginales antérieures. Et c'est là évidemment un des mauvais aspects de cette méthode opératoire. Mais jusqu'ici, aucun de ces effets consécutifs ne s'est montré. Chez tous, la vision est aussi parfaite qu'avec les autres procédés : et l'un de ces cas a déjà un an de date.

J'attends donc l'exemple de ces mauvaises suites théoriques (lesquelles, d'ailleurs, n'ont d'existence démontrée encore que dans les cas de maladie des tuniques oculaires, et non pas aussi irrésistiblement dans les traumatismes sans phlegmasie). J'attends donc, dis-je, des exemples de ces mauvaises suites. Si leur nombre arrive à compenser les mauvais effets des sorties laborieuses, je serai le premier à abandonner un procédé sans raison d'être, puisqu'il ne serait pas un progrès. Mais si, au contraire, ce procédé, d'exécution si facile, me fournit autant de vues utiles conservées que les autres, la facilité de son exécution, la tranquillité d'esprit qui suit son emploi, me conduiront sans doute à continuer à le défendre.

Jusqu'à nouvelle démonstration, je me cramponne à la facilité de l'évolution expultrice, le grand désideratum, la coaptation étant déjà garantie.

La séance est levée à cinq heures.

Le secrétaire : Tillaux.

VARIÉTÉS

Réflexions sur les transformations des doctrines médicales (1), par le docteur Ch.-E. Alix, médecin principal des hôpitaux militaires.

L'auteur résume son travail de la manière suivante :

« Dans la première partie de cet opuscule, j'ai voulu montrer la filiation forcée des doctrines se développant sous l'impulsion des idées philosophiques; opinion aussi vraie de nos jours que dans les temps anciens, le mouvement philosophique et scientifique correspondant toujours avec le progrès de l'esprit humain.

J'ai dit que trois doctrines seules avaient régné en maîtresses, qu'elles représentaient les divers côtés de l'entendement, et que ces doctrines ayant donné tout ce qu'elles pouvaient produire, elles avaient fait leur temps.

Nous sommes à l'époque de la philosophie positive, de l'observation raisonnée; il nous faut faire honneur à notre époque, tout en rendant justice à nos devanciers, ne pas recommencer de parcourir les mêmes cercles, par conséquent chercher une autre voie.

Depuis sa naissance, tous les efforts de la science médicale consistent à chercher les moyens de guérir les maladies existantes, s'occupant peu de les prévenir. Les résultats ne sont pas assez complets pour satisfaire les légitimes ambitions des médecins. Ne serait-il pas naturel de renverser les termes du problème, multiplier les efforts pour empêcher les maladies de naître, il y en aura moins à guérir.

Le seul moyen d'arriver à ce résultat est de faire de l'hygiène. La raison est ici d'accord avec l'expérience. L'histoire des épidémies raconte les succès de l'hygiène, même mal entendue. Les épidémies diminuent, non-seulement de fréquence, mais de gravité, par le développement naturel du bien-être, du progrès social, sans que les lois hygiéniques soient appliquées. Heureusement que la science de l'hygiène est une de celles dont on connaît beaucoup de préceptes sans s'en douter.

En exposant, dans la seconde partie de ce travail, le résumé de la pathologie générale, j'arrive à des conclusions identiques en constatant ce qu'a de précaire un traitement médical et de fragile une destinée humaine, et qu'enfin nous ne sommes maîtres que des commencements de la maladie. La conclusion se trouvait forcée, et je répète : Faisons donc tous nos efforts pour empêcher les maladies de naître pour avoir moins à tenter de guérir. Faisons donc de l'hygiène.

Mais comment arriver à faire de la bonne hygiène, de l'hygiène effective, populaire?

Faisons remarquer d'abord que, pour beaucoup de personnes, l'étude de l'hygiène doit être quelque chose de difficile, puisque c'est une science, tandis qu'en réalité c'est une science d'une facilité, d'une clarté sans pareilles. La simplicité des préceptes qu'elle formule la fait négliger par les esprits qui n'attachent aucune importance aux choses ordinaires, comme on passe sans les regarder auprès des belles choses que l'on voit tous les jours.

---

(1) In-8°. Prix : 3 fr. 50.

Il faut donc que les médecins prêchent sur tous les tons les nécessités de cette étude, la mise en pratique des lois hygiéniques; qu'ils montrent clairement les résultats heureux que l'on obtient avec un peu d'attention, peu d'efforts et surtout sans dépenses.

C'est à l'école primaire que l'on doit recourir pour arriver le plus rapidement et le plus pratiquement à la vulgarisation des idées hygiéniques. Les enfants apprendront avec plus de facilité les préceptes simples et clairs inscrits dans un bon manuel d'hygiène que les versets du catéchisme qui contient les plus profondes conceptions métaphysiques. En agissant ainsi, deux ou trois générations suffiront pour développer les plus fécondes applications de cette science pour le bien de la société.

D'autre part, les municipalités, l'autorité départementale, l'État lui-même, chacun en ce qui le concerne, doivent prendre les meilleures mesures pour mettre en pratique, partout et toujours, les règles hygiéniques, soit dans la construction des bâtiments, la surveillance de la voirie et les réunions d'hommes, etc., etc. Tant que l'opinion publique ne s'emparera pas de cette idée en la transportant dans le domaine pratique, soit par la vulgarisation scientifique ou l'institution d'un ministère spécial, on n'aura fait rien de sérieux.

Le sujet est vaste, important; il serait à désirer que notre siècle vit ces idées passer dans la réalité; elles pourraient, par leur application, amener des compensations à nos malheurs, réparer nos désastres. Il ne faut pas l'oublier, non-seulement l'hygiène s'oppose à la naissance des maladies, mais elle donne une bonne direction à la vie privée, à la vie sociale; c'est la conservation et le perfectionnement de l'espèce; c'est le développement parfait de l'homme physique aidant et facilitant le développement de l'homme moral. Ce sont de bonnes lois hygiéniques qui feront repeupler la France, nous donneront des esprits vigoureux dans des corps robustes, et, il faut l'espérer, des vengeurs.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Par décret en date du 23 juin 1873, la vente du seigle ergoté, inscrit au nombre des substances vénéneuses, qui ne peut être faite pour l'usage de la médecine, que par les pharmaciens et sur la prescription d'un médecin, chirurgien, officier de santé, vétérinaire breveté, pourra également être faite par les pharmaciens sur la prescription d'une sage-femme pourvue d'un diplôme.

— M. le docteur Davesne, médecin du dispensaire à la Préfecture de police, est nommé médecin de la bibliothèque Sainte-Geneviève (fonction gratuite).

— MM. Reinvillier, médecin à Paris, Goyau, vétérinaire principal de l'armée, sont nommés officiers d'Académie.

— *École de médecine de Caen.* — M. Auvray, professeur adjoint d'anatomie et de physiologie, est nommé professeur adjoint de clinique externe, en remplacement de M. Postel, décédé.

M. Wiart, suppléant pour les chaires d'anatomie et de physiologie et chef des travaux anatomiques, est nommé professeur adjoint d'anatomie et de physiologie, en remplacement de M. Auvray.

M. Lhirondel est nommé suppléant pour les chaires d'anatomie et de physiologie, en remplacement de M. Wiart.

M. Levéziel, suppléant pour les chaires de médecine, est nommé chef des travaux anatomiques, en remplacement de M. Wiart.

— *École de médecine de Nantes.* — M. Chartier est nommé professeur de thérapeutique (emploi nouveau).

— *École de médecine de Grenoble.* — M. Berger, suppléant pour les chaires de médecine, est nommé professeur de clinique interne en remplacement de M. Buissard, décédé.

Le Directeur : Dr E. Le Sourd.

Paris. — Typographie A. Pougin, quai Voltaire, 13.

N° 75. — MARDI 1er JUILLET 1873. 46e ANNÉE. MARDI 1er JUILLET 1873. — N° 75.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Bureaux : 57, rue des Saints-Pères, 57
PRÈS L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix d'abonnement doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

On s'abonne hors de Paris dans les bureaux des Messageries et chez les Libraires
Les lettres non affranchies sont refusées.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui n'en peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS: Trois mois. . 8 fr. 50 c. Six mois. . . 16 — Un an. . . . 30 —

POUR L'ÉTRANGER le port en sus suivant les derniers tarifs des Postes.

Paris, le 30 juin 1873.

PROMENADE DANS LES HOPITAUX

Parmi les bruits sthétoscopiques qui peuvent se faire entendre dans une pleurésie, on sait qu'il en est un qui simule à merveille le râle crépitant de la pneumonie.

Par exemple, on pourrait facilement s'y méprendre au premier abord chez un jeune malade que M. Cornil a déjà ponctionné trois fois en quelques semaines pour une pleurésie droite avec épanchement prompt à se reproduire.

Quand on ausculte le malade sur un point situé un peu en dedans du mamelon droit, on croirait entendre, durant l'inspiration, des bouffées de râle crépitant, en même temps qu'un bruit de souffle doux.

Il serait même presque impossible d'indiquer aucune différence entre le râle crépitant type du début de la pneumonie, et ce qu'on entend à ce niveau; mais en poursuivant l'auscultation un peu plus bas, on y perçoit un bruit semblable encore, mais déjà modifié : la crépitation est moins nette, moins *détonnante* pour ainsi dire, et se combine avec le souffle qui l'accompagne. Ce n'est plus tout à fait la même sensation que donne à l'oreille exercée la crépitation de la pneumonie; ce n'est pas non plus le vrai râle sous-crépitant; c'est une sorte de moyenne entre les râles humides et les râles vibrants.

Ainsi le caractère même de ce qu'on entend dans la partie inférieure de la poitrine pourrait suffire pour faire éviter une méprise : d'autant plus qu'il n'y a pas lieu de supposer une association d'un bruit de souffle peu sonore et d'un râle crépitant dans une telle étendue. Le râle crépitant dans la pneumonie étant l'indice de la période de début ou de la période de déclin, tandis que le souffle caractérise la période d'état, celle d'hépatisation, ces deux bruits différents ne peuvent s'associer que suivant les lignes qui limitent les parties engouées d'avec celles qui sont déjà hépatisées, et leur mélange intime dans toute la hauteur d'un poumon serait quelque chose de très-anormal.

Au point de vue du diagnostic, il faut donc tenir un grand compte de l'étendue des phénomènes sthétoscopiques, tout aussi bien que des caractères les plus délicats de la sensation que l'on perçoit en les écoutant.

On arrivera le plus souvent ainsi à reconnaître des différences fondamentales entre les bruits pleuraux et les bruits pneumoniques.

Et cependant une opinion, soutenue par des observateurs distingués, tend à assimiler dans leur nature intime et leur mécanisme de production la crépitation vraie des pneumoniques et le bruit qui lui ressemble tant chez les pleurétiques.

Dans les deux cas, ce serait également un bruit de déplissement pulmonaire.

Un des principaux arguments sur lesquels on a appuyé cette théorie est fourni par une curieuse expérience d'amphithéâtre.

On fait une injection de suif dans la poitrine d'un cadavre, de manière à ce que le poumon, comprimé par le suif, s'affaisse sur un point et soit à ce niveau dans une sorte d'atélectasie artificielle.

Puis on dilate par l'insufflation le poumon ainsi atélectasié, en auscultant les bruits qui s'y produisent.

Et on constate l'analogie parfaite de ces bruits avec la crépitation type.

D'après ces données, dans la pleurésie qu'arriverait-il ?

Les fausses membranes étendues sur le poumon, par la pression et les tractions qu'elles exercent sur sa surface ramèneraient quelques alvéoles à l'état d'atélectasie dans l'expiration, et quand ces alvéoles seraient insufflées par le poids de l'air, dans l'inspiration, le déplissement pulmonaire se traduirait par un râle crépitant.

Il y a bien quelques objections théoriques à opposer à l'expérience fondamentale.

Le poumon d'un cadavre est dans des conditions qui ne sont plus celles de son fonctionnement ordinaire pendant la vie.

Les vaisseaux pulmonaires laissent après la mort transsuder une bonne partie de leur sérum : c'est pourquoi l'on trouve, à l'autopsie, de l'œdème pulmonaire, alors qu'on avait seulement constaté de la congestion pulmonaire sans œdème pendant la vie.

Par conséquent, quand on rapproche sur le cadavre les surfaces opposées des alvéoles, on réalise les conditions qui existent sur le vivant dans la pneumonie au début.

Un liquide poisseux et chargé d'albumine humectant ces surfaces, elles tendent à s'accoler, et naturellement elles crépitent quand cet accolement est détruit par l'insufflation.

Ce qu'il faut donc ausculter d'abord pour avoir le droit de

conclure, ce sont les vivants atélectasiques, les enfants qui viennent de naître, au moment où ils font les premiers mouvements respiratoires.

Si la théorie se trouve exacte, une crépitation générale et aussi nette que possible indiquera chez eux le déplissement pulmonaire, la fin de l'atélectasie, l'insufflation, le développement rapide des alvéoles.

Dans une prochaine clinique, nous aurons à revenir sur les phénomènes sthétoscopiques à propos d'une malade des plus intéressantes observée dans le service de M. Demarquay.

Dr Victor Révillout.

HOPITAL DU MIDI. — M. Charles Mauriac.

Étude clinique sur l'influence curative de l'érysipèle dans la syphilis (1).

XXVII

J'ai dit que l'érysipèle n'était pas doué d'une vertu curative spécifique contre les accidents de la syphilis, et qu'une maladie aiguë pourrait produire les mêmes effets si elle se développait dans des conditions identiques. Je trouve dans le livre de M. Bassereau, sur les *affections syphilitiques de la peau* (2), deux faits qui justifient cette manière de voir :

« Au moment où l'érythème syphilitique se manifesta, dit cet auteur, les ganglions du cou s'étant trouvés tuméfiés, s'enflammèrent bientôt, et deux phlegmons d'une assez grande étendue survinrent à droite, le plus circonscrit derrière et au-dessous de l'apophyse mastoïde, un autre plus diffus un peu au-dessus de la partie moyenne et latérale du cou, derrière le sterno-cléido-mastoïdien; ils arrivèrent rapidement à suppuration, accompagnés d'une fièvre symptomatique intense. On les ouvrit, et quoiqu'ils continssent une grande quantité de pus phlegmoneux, ils furent cicatrisés en quelques semaines. Ce malade nous donna une idée des crises si bien étudiées dans l'ancienne médecine, car il y eut rétrocession rapide de l'exanthème syphilitique et dessication du chancre dès les premiers jours de la fièvre phlegmoneuse. La disparition brusque de la syphilide, sous l'influence du nouvel état phlegmasique, devait faire craindre le retour des symptômes syphilitiques après la guérison, mais l'érythème ne se raviva point; le malade ne fit point de traitement mercuriel, et, deux ans après les premiers accidents, aucun symptôme syphilitique nouveau ne s'était encore montré. » Plus loin, le même auteur parle de la disparition également rapide d'un érythème par l'effet d'une pneumonie survenue au dixième jour de l'exanthème syphilitique, et il ajoute : « Ce fait de la rétrocession d'une syphilide à l'occasion d'une maladie nouvelle n'est pas rare; mais, en général, cette rétrocession n'est pas définitive, et l'état pathologique intercurrent étant dissipé, la syphilis reprend ses droits et reparaît le plus souvent sous une forme plus grave. » Il n'en est pas toujours ainsi, et je n'en veux pour preuve que le premier cas de M. Bassereau et deux de ceux qui me sont personnels.

XXVIII

Dans le cours de ce travail, je me suis toujours abstenu, à dessein, d'employer les mots : *métastase*, *rétrocession*. Ils étaient fort à la mode autrefois, du temps des théories humorales; aujourd'hui, ils sont un peu tombés en désuétude et ne correspondent plus à la conception moderne des phénomènes de la maladie.

Et à ce propos, il n'est pas inutile de faire remarquer combien l'influence des mots peut fausser les interprétations et voiler la véritable signification des actes pathologiques. Ainsi, les anciens, imbus des doctrines qu'exprimaient ces mots, n'hésitaient pas à dire, quand ils étaient témoins de faits analogues à ceux que j'ai rapportés, qu'il y avait eu rétrocession, métastase. Ils entendaient par là que la maladie chronique avait déversé sur tel ou tel organe sa matière morbifique et s'y était transformée en affection aiguë; de telle sorte que le rôle actif, le rôle prépondérant et curatif n'appartenait plus à cette dernière. Elle n'était qu'un résultat, qu'une crise, une sorte d'émonctoire artificiel. Par un *effort spontané*, la maladie constitutionnelle allait se jeter sur une partie quelconque de l'organisme, et là, elle développait un acte pathologique qui l'épurait en la débarrassant du principe actif de ses manifestations.

Que de vieux eczémas, d'ulcères invétérés, de suppurations interminables, n'a-t-on pas rendus responsables de péri-pneumonies, de fluxions, de catarrhes, d'angines, etc., dont l'invasion coïncidait avec leur disparition rapide ! De quel œil on les surveillait! Et s'ils avaient quelque velléité de guérir, comme vigoureusement on l'étouffait! Elles n'en pouvaient mais cependant, ces pauvres lésions chroniques, dont l'humeur est loin d'être aussi voyageuse qu'on le suppose; elles ne faisaient que bénéficier des conditions plastiques nouvelles que créait dans l'organisme une maladie aiguë dont elles étaient innocentes et qu'on leur imputait à crime.

N'exagérons rien toutefois. Dans ces antiques croyances, il y a une part de vérité qu'il ne faut pas méconnaître, mais reviser avec des observations plus précises et expliquer avec les données moins mytérieuses de la physiologie pathologique moderne.

XXIX

Parmi les maladies vénériennes, il en est une, le *chancre phagédénique*, dont la guérison par l'érysipèle a été signalée et étudiée depuis longtemps. « J'ai vu, à deux reprises, dit M. Ricord (1), dans ses leçons sur le chancre, des chancres phagédéniques énormes, contre lesquels toutes les médications étaient venues échouer, tour à tour modifiés et guéris par des érysipèles intercurrents. En sorte que je considère l'érysipèle, sinon comme le spécifique, du moins comme un puissant adversaire du phagédénisme. »

Plusieurs observateurs ont fait la même remarque. Aussi a-t-on cherché à provoquer par tous les moyens possibles des phlogoses érysipélateuses autour et à la surface des chancres phagédéniques. On y a rarement réussi : les irritants, les caustiques, les pommades, les onguents les plus rares, etc., ont été tour à tour essayés sans succès. On a prétendu que c'était la pommade au biiodure de mercure qui réussissait le mieux (parties égales d'axonge et de biiodure) (2).

Mon collègue et ami M. le docteur Després, ayant à traiter chez une femme un vaste chancre phagédénique qui occupait le siége, employa tour à tour les cautérisations et les remèdes internes qu'il jugeait les plus propres à provoquer un érysipèle.

(1) Suite. — Voir les numéros des 3, 8, 15-17, 29 avril, 6, 15, 22-24 mai, 17 et 24 juin 1873.

(2) Bassereau, *Traité des affections de la peau symptomatiques de la syphilis*, pages 70 et 79.

(1) Ricord, *Leçons sur le chancre*, p. 56.

(2) *De l'érysipèle salutaire*. Lamarche. Thèses. Paris, 1856.

Il réussit enfin avec des pansements secs et en exposant la malade au froid. Ce qui entretient les chancres phagédéniques serpigineux, d'après M. Després, c'est la rétraction du tissu cicatriciel. Il résulte de cette rétraction que les néo-cicatrices des dernières ulcérations sont déchirées, et que, baignant dans le pus, les nouvelles plaies se transforment en ulcérations. Les lymphatiques jouent le principal rôle dans la production de ces ulcérations.

Pour guérir, trois conditions sont donc nécessaires : 1° épuiser la rétractilité des tissus de cicatrice pendant le temps nécessaire à la guérison des ulcères ; 2° faire cesser tout mouvement dans les parties malades ; 3° oblitérer momentanément les lymphatiques autour des ulcères. Un érysipèle a rempli ces trois conditions pendant quinze jours. Au bout de ce temps, toutes les ulcérations étaient guéries. L'état fébrile éloignait le pouvoir rétractile du tissu inodulaire ; la douleur empêchait tout mouvement du membre ; enfin, l'inflammation érysipélateuse a oblitéré pour quelque temps les vaisseaux lymphatiques.

Tel est, en résumé, le travail de M. Després.

Bien que sa théorie de la guérison du phagédénisme n'ait rien à voir dans les cas que j'ai exposés dans ce mémoire, je l'ai donnée parce qu'elle est ingénieuse et plausible. On pourrait peut-être lui reprocher d'être un peu trop mécanique, etc. Mais ce n'est pas ici le lieu de m'occuper plus longtemps d'une question qui n'a que des rapports indirects avec celle que je traite (1).

(*A suivre.*) CHARLES MAURIAC.

KYSTE UNILOCULAIRE DE L'OVAIRE

DEUX PONCTIONS : L'UNE SIMPLE, L'AUTRE SUIVIE D'INJECTIONS IODÉES. GUÉRISON.

Par M. le docteur PENASSIER (de Saint-Vaury).

Mme F..., âgée de cinquante et un ans, a habité Paris depuis l'âge de quinze ans : bien réglée à partir de seize ans ; a été mariée deux fois ; a eu dix enfants : les deux premiers mort-nés vers le sixième mois de la grossesse, le dernier venu vivant au septième mois de la vie intra-utérine. Aucun de ses accouchements n'a été laborieux.

Mme F..., d'une bonne santé habituelle, a nourri sept de ses enfants.

Elle a quitté Paris en septembre 1870 pour venir habiter le village de L*** (Creuse).

En septembre 1871, elle va à Paris passer quelques jours ; elle y est soignée, dit-elle, pour une fièvre intermittente, avec hypertrophie de la rate. Dans ce même mois, elle revient au village de L***, où elle est encore soignée pour sa fièvre.

C'est le 19 décembre que nous sommes appelé.

Mme F... a une apparence cachectique : les yeux sont vifs, mais cernés ; elle a maigri ; elle ne repose pas, se plaint de douleurs dans les lombes, de maux de tête ; il y a inappétence, constipation ; point de nausées ; miction facile, mais urines chargées ; quelques frissons irréguliers ; mouvement fébrile le soir ; faiblesse générale ; point de toux ; rien de pathologique à la poitrine. Elle avait encore ses règles au 9 octobre dernier, mais elles étaient moins abondantes que d'habitude. A dater de cette époque son ventre est devenu plus dur ; elle se trouve serrée dans ses robes. Elle attribue cela à l'hypertrophie de sa rate.

Nous examinons l'abdomen, dont les parois sont flasques et sillonnées de vergetures. Point d'hypertrophie de la rate, mais nous trouvons, à la palpation, une tumeur globuleuse de la grosseur d'une tête d'adulte, située du côté droit. La flaccidité des parois abdominales nous permet de constater de la fluctuation dans cette tumeur, qui est mobile dans l'abdomen. Le toucher confirme le diagnostic d'un kyste de l'ovaire droit.

Nous combattons l'inappétence et la constipation. Nous engageons Mme F... à prendre patience jusqu'au moment où nous jugerons opportun d'agir.

Dans le courant de mars nous avons à réprimer quelques mouvements fébriles et des douleurs abdominales, dont nous avons raison par le repos, les boissons tempérantes, l'onguent napolitain belladoné en onctions sur le ventre.

Enfin, le 29 avril, le ventre est très-tendu, sans être douloureux. Les douleurs lombaires sont devenues intolérables. Le sommeil est presque impossible ; la respiration est gênée. Nous pratiquons, avec un trocart de moyenne grosseur, une ponction, qui donne issue à environ trente litres d'un liquide trouble, jaune verdâtre, gluant, dans lequel on aperçoit quelques grumeaux. La gaîne du trocart est retirée : diachylon sur la petite plaie, bandage de corps, bouillon, une pilule d'opium.

La malade, malgré nos recommandations, se lève dès le lendemain. Néanmoins, tout va bien, sauf quelques accès de fièvre. Mme F... reprend de l'appétit et des forces, jusqu'au jour où son ventre, plus volumineux que jamais, ne lui permet que de rester assise sur son lit ou dans son fauteuil ; alors elle retombe dans le marasme.

Le 2 juillet 1872, elle nous demande d'intervenir de nouveau par une nouvelle ponction ; mais notre intention étant, après avoir vidé le kyste, de pratiquer une injection iodée, nous faisons prier notre distingué confrère M. le docteur Villard, de Guéret, de vouloir bien nous prêter son concours et nous aider de ses avis. Rendez-vous fut pris le lendemain, 3 juillet. Notre habile confrère fut frappé tout d'abord de la maigreur, de la faiblesse, de l'affaissement général, en un mot de l'état cachectique de la malade ; mais, malgré quelques hésitations, il ne recula pas devant l'injection d'une solution très-étendue de teinture d'iode (formule Guibourt).

La ponction est faite et donne issue à environ cinquante litres de liquide qui, comme la première fois, est trouble et jaune verdâtre. Nous prenons alors 100 grammes de la solution Guibourt, mêlés à 500 grammes d'eau tiède. 300 grammes de ce liquide sont injectés, en deux fois, dans le kyste préalablement vidé aussi complétement que possible ; le ventre est ensuite malaxé pendant dix minutes, pour mettre en contact, avec toutes les parties de la surface interne du kyste, le liquide de l'injection ; au bout de ce temps, nous laissons échapper environ les trois quarts du liquide injecté ; la gaîne du trocart est retirée et le pansement habituel appliqué.

Le lendemain 4 juillet, nous revoyons seul Mme F... Elle s'est levée pour laisser faire son lit ; elle n'éprouve point de douleurs, mais une grande faiblesse ; elle se trouve satisfaite, du reste, d'être momentanément délivrée de cette grande quantité de liquide qui la gênait et la faisait souffrir. Quelques jours après, elle s'inquiète ; elle croit voir de nouveau son ventre grossir un peu ; mais bientôt ses craintes se dissipent à mesure que son état s'améliore, sans qu'elle aperçoive son ventre augmenter de volume.

Jusqu'à la fin du mois de septembre, elle ne se plaint que de sueurs très-abondantes, dont elle est inondée au moindre mouvement et à la moindre chaleur. Nous respectons ces sueurs. L'appétit est revenu ; les forces reviennent ; le ventre, toujours serré dans un bandage de corps, reste au même point qu'aussitôt après l'opération.

Le 7 octobre, Mme F... est en parfaite santé. Bien que toujours

(1) Voyez sur ce sujet : Champouillon (*Recueil de méd. et de chir. militaires*) : *Érysipèle salutaire*. L'auteur rapporte deux cas, l'un de chancre phagédénique, l'autre d'inflammation chronique de l'articulation tibio-fémorale avec carie des surfaces articulaires, abcès circonvoisins, etc., guéris par un érysipèle.

— *Érysipèle thérapeutique : Lyon médical*, 1870, t. I, p. 368.

— « Le docteur N. G. de Mussy a vu, dit Chomel, des éruptions syphilitiques disparaître momentanément à la suite d'un érysipèle général. Un ulcère phagédénique qui durait depuis quelques mois, rebelle à toute médication, guérit en quelques jours à la suite d'une violente attaque de choléra. »

maigre, elle a repris son teint vermeil; l'appétit est bon; les sueurs ont disparu. Elle peut se servir de ses robes sans éprouver plus de gêne qu'avant l'apparition de son kyste. Nous devons donc croire au maintien de la guérison.

Nous ferons remarquer que la solution iodée-iodurée injectée était très-louche, à cause de la grande quantité d'eau qui tenait en suspension l'iode qu'elle avait précipité. Il est resté environ 60 grammes de ce liquide dans le kyste, et nous croyons que son mode d'action a été assez énergique, grâce aux parcelles d'iode qu'il contenait.

Quoi qu'il en soit, nous constatons que notre malade s'est levée quelque peu, malgré nos prescriptions, dès le lendemain de l'opération, qu'il n'est survenu aucun symptôme de péritonite, et qu'enfin le liquide kystique ne s'est pas reproduit, ou, du moins, ne s'est reproduit qu'en petite quantité; car, quelques jours après l'injection, Mme F... a cru s'apercevoir que son ventre augmentait de volume, mais bientôt il est revenu à son état normal.

Cette observation est intéressante, ce nous semble, à plusieurs points de vue :

1° Par l'apparition et le développement du kyste immédiatement après la ménopause;

2° Par l'état de dilution et la faible quantité de l'injection employée;

3° Par le résultat si rapide et presque inespéré : la guérison chez une femme de cinquante et un ans à apparence cachectique;

4° Enfin, par la coloration anormale du liquide kystique, qui, d'habitude, est limpide, de couleur citrine ou jaune ambré, et ne devient trouble, grumeleux et vert jaunâtre, comme dans notre cas, qu'après plusieurs ponctions ou des inflammations successives de la poche kystique. Aussi, notre excellent et distingué confrère, M. le docteur Villard, de Guéret, redoutait-il de larges et profondes ulcérations sur la surface interne du kyste, ce qui lui faisait craindre une péritonite grave à la suite d'une injection irritante.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 7 mai 1873. — Présidence de M. MAURICE PERRIN.

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

CORRESPONDANCE

La correspondance comprend :

La *Gazette des Hôpitaux;* — l'*Union médicale;* — la *Gazette hebdomadaire;* — le *Bulletin général de thérapeutique;* — les *Archives générales de médecine et de chirurgie;* — la *Tribune médicale;* — la *France médicale;* — le *Mouvement médical;* — le *Journal d'oculistique;* — la *Gazette obstétricale;* — le *Journal médical de la Mayenne;* — la *Gazette médicale de Strasbourg;* — le *Bulletin de l'Académie royale de Belgique;* — le *Bordeaux médical;* — le *Marseille médical.*

M. le docteur Dauvergne, médecin de l'hôpital de Manosque, candidat au titre de membre correspondant national, adresse à la Société un exemplaire des mémoires suivants : *Considérations générales sur les varus et leur traitement. — Du traitement de la dartre squammeuse humide. — Dogmatisme pratique au sujet des maladies dartreuses. — Du traitement des fièvres intermittentes rebelles par l'eau froide. — Des indications et du traitement des différentes formes de pleurésie. — Effets remarquables du perchlorure de fer dans quelques altérations de l'hématose. — Du zona ou zoster, et de son traitement par la pommade belladonée. — Nouveaux principes du glossocome. — Ma pratique de quarante ans au sujet de la pneumonie. — De la métrite chronique et de son traitement. — Du traitement des tumeurs blanches, de l'ostéite, de la périostite et des polypes naso-pharyngiens. — Quelques principes thérapeutiques à propos de la pathogénie des scrofules. — Nouvelle méthode et nouvel appareil du glossocome pour le traitement des fractures du membre supérieur. — Nouvel ambi pour les luxations scapulo-humérales.*

M. MAGITOT fait hommage à la Société d'un exemplaire de son mémoire *sur les kystes de la mâchoire* (extrait des *Archives*).

M. TERRIER écrit à la Société et la prie de le comprendre au nombre des candidats au titre de membre titulaire.

M. PAULET fait un rapport verbal sur deux travaux adressés à la Société par M. Bédouin.

Le premier est relatif à l'emploi des balles explosibles dans la dernière guerre. L'auteur pense que rien ne prouve qu'on ait fait usage de ces engins.

M. LARREY. De part et d'autre les armées belligérantes se sont reproché l'emploi de balles explosibles; mais il n'y a jamais eu de fait démonstratif à cet égard. Il paraît cependant que les Prussiens se servaient de balles explosibles contre le matériel de guerre, mais non contre les individus.

M. MARJOLIN. Je ne crois pas qu'aucune des puissances belligérantes ait employé sciemment des balles explosibles. Un officier prussien a dit qu'il avait vu des balles faire explosion après avoir pénétré dans la terre; mais cela peut s'expliquer par la déflagration d'une certaine quantité de poudre restée dans la bourre. Quant au désordre produit par une balle sur les tissus, il ne prouve nullement qu'on ait employé une balle explosible. C'est ainsi que, dans un duel, un coup de pistolet tiré à vingt-cinq pas, avait déterminé un véritable éclatement du crâne. Il peut se faire encore que la balle ait été mal fondue et puisse en imposer pour une balle explosible.

M. LE FORT pense qu'on a pu observer des cas isolés de plaies produites par des balles explosibles, mais que la vérité permet d'affirmer qu'aucun des deux gouvernements n'a délivré à ses soldats des armes explosibles.

M. CHASSAIGNAC croit qu'il est bon de relever ce fait que les Prussiens auraient employé les balles explosibles contre le matériel de guerre, car rien ne prouve que, dans certains cas, on n'ait pu s'en servir contre les soldats.

Le second travail de M. Bédouin est relatif aux injections dans la blennorrhagie. Les conclusions du rapporteur sont le dépôt dans les Archives de ces deux travaux.

M. PAULET fait un second rapport verbal sur une communication de M. Desprès (de Saint-Quentin) relative à l'*énucléation du cristallin dans l'opération de la cataracte par déplacement*. Voici le résumé de cette note :

« Après la récompense que m'a décernée la Société de chirurgie pour un travail présenté l'an dernier au concours du prix Laborie sur l'*énucléation du cristallin dans l'opération de la cataracte par déplacement*, j'ai été surpris de voir, dans la discussion actuelle sur ce sujet, écarter d'emblée, comme indigne de toute espèce d'attention, l'opération par déplacement; et cependant cette méthode opératoire qui, modifiée, réglée d'après des idées de conservation aussi complètes que possible de l'appareil oculaire, m'a donné des résultats très-satisfaisants, m'a paru avoir tant de qualités sérieuses que je suis tout disposé à lui accorder le premier rang dans la généralité des cas, réservant, pour l'extraction, les cataractes très-dures ou molles, et celles accompagnées d'adhérences à la capsule.

« J'ai démontré, je pense, qu'on pouvait facilement énucléer le cristallin par un moyen simple et *inoffensif quand l'iris est bien dilaté*; il n'y a alors aucun danger d'atteindre les procès ciliaires.

« Je crois avoir démontré également qu'en isolant complétement le cristallin de la capsule qu'on lacère sur place, on le met dans des conditions les plus favorables pour subir la régression.

« Je dois ajouter aujourd'hui qu'il n'y a vraiment rien d'étonnant dans ce résultat quand on compare la composition chimique du corps vitré et celle du cristallin.

« Le corps vitré et le cristallin ne sont-ils pas à peu près de la même nature?

« Il y a donc toutes raisons de croire qu'à la suite de l'opération *ordinaire* de l'abaissement, c'est principalement l'altération des

rapports des membranes oculaires internes, leurs déchirures fréquentes, puis le gonflement du cristallin emprisonné dans la capsule, où il ne peut guère se résorber, et qui vient se mettre en contact irritant avec les procès ciliaires, avec l'iris ; que ce sont ces causes d'inflammation qui viennent généralement compromettre l'opération par déplacement.

« Toutes ces influences fâcheuses sont supprimées avec l'énucléation bien faite. En opérant avec une aiguille *large* et *droite*, en lacérant sur place les *deux feuillets* de la capsule et en ne dépassant pas *les limites de leur insertion à la zonule,* on conserve d'une manière excellente toute l'organisation principale de l'œil, et j'ai vu jusqu'à présent des résultats très-encourageants.

« La preuve de ce que j'avance se trouve confirmée par trois faits de réascension du cristallin pendant ou après l'opération et suivis d'une guérison complète.

M. GIRAUD-TEULON fait observer que la méthode de M. Desprès (de Saint-Quentin) n'est autre que la discision de la capsule, et que cette méthode appliquée aux malades d'un âge avancé est extrêmement dangereuse.

DISCUSSION

Sur la valeur des différents procédés d'extraction de la cataracte.

M. DOLBEAU. En prenant la parole au moment où la discussion va se clore, je risque beaucoup, messieurs, de fatiguer votre attention, d'autant plus que j'aurai nécessairement à renouveler certains arguments déjà produits. J'ai cru devoir intervenir en cette circonstance, parce que, moi aussi, je considère l'oculistique comme nous appartenant en propre. Je ne nie pas les progrès qui sont dus à l'initiative de spécialistes éminents; mais je considère la Société de chirurgie comme infiniment plus apte que qui que ce soit à se prononcer dans le débat que soulèvent, en ce moment, les innombrables procédés qui tous, se rattachent à la méthode de l'extraction.

Dans ce qui va suivre, j'aurai nécessairement à invoquer des arguments qui ont déjà été fournis ; mais j'aurai surtout à vous présenter des assertions, des affirmations même, sans qu'il me soit possible de fournir toujours une démonstration péremptoire. Ces assertions sont le résultat de l'expérience clinique ; je les opposerai à des assertions contradictoires qu'on s'est d'ailleurs contenté de produire sans s'inquiéter toujours d'avoir à les justifier. Il serait désirable que chacun ici pût formuler son opinion personnelle ; car si, comme je le suppose, il y avait beaucoup de partisans de l'opération de Daviel, ce consensus ressemblerait fort à une démonstration.

Je ne reviendrai pas sur un point qui me paraît définitivement jugé. Lorsqu'il s'agit du traitement de la cataracte, la vraie méthode, c'est l'extraction du cristallin opaque. L'opération répond à la grande généralité des faits de clinique.

L'extraction de la cataracte est une opération non sanglante qui demande de l'habileté, et, contrairement à ce que l'on observe pour les grandes opérations sanglantes, le résultat définitif est subordonné presque entièrement à une exécution irréprochable dans le manuel opératoire. On peut dire, se reportant pour cela à l'étymologie du mot chirurgie, la cure de la cataracte est l'œuvre de la main. Sous ce dernier rapport, on comprend de suite l'importance qu'entraîne la dextérité individuelle, on s'explique la supériorité des opérateurs qui traitent un grand nombre de malades. En effet, plus on opère de cataractes, mieux on les opère.

J'arrive maintenant au sujet même que je dois traiter; il s'agit d'établir un parallèle entre la vieille opération de Daviel et les nombreux procédés de l'extraction dite linéaire, entre l'opération française et celle que je vous demande d'appeler cosmopolite.

Pour porter un jugement relativement au procédé de l'extraction, je n'aurai pas recours à la méthode numérique ; la comparaison chiffrée, si utile en matière administrative, n'a pas la même valeur dans les sciences ; son application surtout est d'une grande difficulté et par suite d'une grande incertitude lorsqu'il s'agit des faits cliniques. La statistique a pu être utilisée pour comparer entre elles les grandes opérations sanglantes ; mais je doute qu'elle puisse nous servir à comparer sérieusement entre eux les divers procédés de l'extraction.

Je m'attacherai tout d'abord à comparer les résultats définitifs, et, à ce sujet, je n'hésite pas à affirmer que l'opération de Daviel, que la kératotomie à lambeaux modérément grands, donne un résultat supérieur à ceux que peut fournir la méthode que j'ai appelée cosmopolite. Quand l'opération est bien exécutée et que la cure n'est point entravée par des accidents, les résultats de la kératotomie sont absolument parfaits. La plus belle extraction linéaire donne un résultat excellent, mais moins complet que ceux de la vieille méthode ; la pupille est, en effet, altérée dans sa forme, et cela nuit peu, je le reconnais, à l'esthétique et à la fonction visuelle. Je le répète, quand de part et d'autre le résultat est aussi satisfaisant que possible, la supériorité demeure incontestablement acquise à l'opération de Daviel.

Il faut donc examiner si, dans l'exécution, tel ou tel des procédés présente une somme d'avantages, relativement à ses inconvénients, qui le fassent préférer à l'autre. Sur ce terrain, je comparerai le procédé français au procédé cosmopolite, le dernier terme servant à désigner l'ensemble de tous les procédés nouveaux dits linéaires.

Avant d'aller plus loin, j'ai besoin de regarder un peu en arrière dans l'histoire de l'art pour comprendre l'abandon momentané qu'avait subie l'opération de Daviel, et surtout l'engouement vraiment exagéré avec lequel fut accueillie l'extraction linéaire.

Lorsqu'on se reporte, en effet, de vingt-cinq ans en arrière, on constate que la situation de l'ophthalmologie était bien différente de ce qu'elle est aujourd'hui. A cette époque, on allait voir Roux à l'Hôtel-Dieu ; il avait la réputation de pratiquer la kératotomie avec une grande dextérité ; toutefois, en y regardant de près, on constatait que ce chirurgien brillant et brouillon sacrifiait tout à la rapidité opératoire, compromettant ainsi ses opérés pour faire exhibition d'une dextérité exceptionnelle.

Roux pratiquait exclusivement l'extraction, mais les résultats étaient peu favorables. Les chirurgiens étaient, du reste, très-divisés sur le choix de la méthode, et c'était dans la pratique de Sichel père et de M. Desmarres qu'il fallait puiser les arguments en faveur de l'extraction.

A la même époque, Velpeau, qui était le représentant le plus autorisé de l'enseignement officiel, pratiquait exclusivement l'abaissement : il critiquait d'ailleurs avec acharnement les spécialistes, sans remarquer que toutes les opérations qu'il exécutait avaient pour résultats presque constants la perte des yeux.

Je me plais à reconnaître combien était légitime la grande autorité de Velpeau en chirurgie, mais on est obligé de concéder qu'il nuisit beaucoup à l'enseignement officiel sur le terrain de l'oculistique ; et c'est de cette époque que date la réputation souvent fort légitime des oculistes.

J'ai déjà plus haut réclamé l'opération de la cataracte comme étant du domaine de la chirurgie générale. Roux et Velpeau avaient compromis la réputation de l'École, mais vint bientôt l'époque de la revanche. M. Nélaton insista dans son enseignement sur les avantages incontestables de la kératotomie et démontra que l'opération de Daviel, bien exécutée, donnait une proportion considérable de succès. La conviction gagna l'entourage, et de l'École de chirurgie sont sortis bon nombre de chirurgiens qui ont suivi l'exemple du maître. Nous sommes tous restés fidèles, nous les élèves de M. Nélaton, à la pratique du maître : section transversale de la cornée avec un lambeau de hauteur moyenne, sans jamais empiéter sur les limites de la sclérotique. Je dois personnellement à cette méthode de nombreux et brillants succès ; et depuis longtemps, j'ai la conviction que la kératotomie supérieure, lorsqu'elle est bien exécutée, est une opération sur laquelle on peut compter presque absolument. Je fais de suite une réserve pour les accidents imprévus qui se rencontrent d'ailleurs avec tous les autres procé-

dés; j'ai nommé la purulence du globe de l'œil, les hémorrhagies intra-oculaires, les décollements spasmodiques de la rétine.

J'étais tellement convaincu de la valeur réelle de la méthode et du procédé, que j'ai été fort surpris, en 1860, d'apprendre qu'on s'évertuait à perfectionner l'opération de l'extraction; je ne reviendrai pas sur ce qui a été si bien dit ici par M. Perrin; je crois, comme lui, qu'on semble avoir tout fait pour compliquer et rendre difficile une opération que nous considérions comme simple et facile à exécuter.

Les statistiques de l'extraction linéaire ont été de plus en plus brillantes, cela est vrai, mais il n'y a dans tout cela qu'une démonstration, à savoir que l'habileté du chirurgien de Berlin croissait avec le nombre considérable d'opérations qu'il exécutait. Je n'ai point attendu aujourd'hui pour protester, ici même, contre l'engouement avec lequel on accueillit alors le procédé germanique. J'ai vu opérer l'auteur et ses imitateurs; j'ai fait moi-même une dizaine d'opérations d'extraction dite linéaire, d'abord en deux temps, puis en un seul temps, avec ou sans iridectomie, avec ou sans chloroforme, et je suis resté convaincu qu'on avait compliqué comme à plaisir une opération simple en elle-même. Je ne comprends pas qu'on ait osé dire à cette tribune que l'opération dite linéaire n'était pas sensiblement plus complexe que l'opération de Daviel. Au lieu d'une large porte de sortie, on en fait une petite; l'opération se fait sans effusion de sang : on coupe l'iris dont l'hémorrhagie remplit la chambre antérieure; le cristallin sort tout seul, par une douce pression, sur la paupière inférieure; on introduit les curettes les plus variées, on imagine des procédés de traction, de glissement, etc.

On en revient et on reviendra, soyez-en sûrs, messieurs, à la kératotomie supérieure avec un lambeau moyen et sans iridectomie. Cette dernière mutilation est au moins inutile, et, loin de partager l'opinion de notre collègue Giraud-Teulon, je repousse absolument l'iridectomie comme adjuvant de l'extraction de la cataracte.

Non-seulement l'opération de l'extraction linéaire est plus complexe et plus difficile que l'opération de Daviel, mais encore j'ajoute, comme je l'ai déjà dit, que les résultats de cette dernière sont infiniment préférables. Avec l'extraction linéaire, en employant le procédé le plus usité, on obtient fréquemment des résultats incomplets, je dois cependant reconnaître qu'en opérant de cette manière, on se met à l'abri de ce qu'on peut appeler un sinistre chirurgical : l'œil se vide rarement complétement; la plaie cornéenne se réunit vite; il n'y a par conséquent pas à redouter l'opacité du lambeau. Lorsque l'iris s'enflamme, le diaphragme est tellement échancré que l'atrésie pupillaire est nécessairement incomplète; il est rare qu'il ne reste pas un trajet plus ou moins irrégulier, laissant pénétrer les rayons lumineux. En un mot, l'extraction linéaire est moins compromettante pour le chirurgien; mais là n'est point, suivant moi, une raison suffisante pour déserter la vieille méthode qui donne, comme je l'ai déjà dit, des résultats beaucoup plus complets et par conséquent plus désirables.

J'ai dit et je le redis encore, la méthode linéaire est entourée de difficultés opératoires incontestables; aussi pour sortir le gros cristallin au travers de cette petite fente excentrique, que d'efforts et surtout que d'instruments variés. Enfin, comme si l'on doutait encore du succès, pour faciliter les diverses manœuvres, on ne reculait pas devant l'anesthésie chloroformique.

Suivant quelques personnes, la question du chloroforme employé pendant l'opération de la cataracte serait encore à l'étude; je dirai à cette occasion que cette pratique me semble mauvaise et qu'elle ne peut être justifiée que par la somme des difficultés opératoires qu'on s'est plu à accumuler. L'anesthésie a toujours une certaine gravité, puisque, absolument parlant, la mort est possible. J'ajoute qu'il faut plonger les malades dans une résolution profonde, sous peine d'être fort gêné par l'agitation du patient.

Le malade doit vouloir guérir; il doit en quelque sorte venir en aide à l'opérateur par sa docilité, et l'on peut compter qu'un malade patient pendant l'acte opératoire, conservera quelques jours la tranquillité qui est nécessaire à sa guérison définitive.

Vraiment, en insistant, je crains de me répéter, mais je ne puis m'empêcher de voir avec surprise toutes ces difficultés, tous ces impédiments de l'extraction linéaire, surtout quand je songe que bien des fois j'ai pu, séance tenante, opérer mes malades des deux yeux sans l'assistance d'aucun aide; néanmoins, je ne veux rien exagérer, nos maîtres et nous après eux, nous développons un surcroît d'habileté; j'ai appris d'eux à opérer les malades assis, à tailler le lambeau sans fixer efficacement le globe de l'œil, j'ai déchiré la cristalloïde avec une serpette un peu grosse, je le reconnais; enfin j'ai employé, comme nos devanciers, le large couteau triangulaire. On peut faire mieux que tout cela, il suffit de mettre à contribution certaines pratiques et surtout le riche arsenal des oculistes contemporains. Sans insister davantage, je dirai donc, il est moins brillant mais plus sage d'opérer les malades dans la position horizontale, de fixer solidement le globe de l'œil avec une pince, le petit couteau étroit est préférable au large couteau de Daviel et de ses successeurs; il y a dans l'arsenal moderne des ressources précieuses pour déchirer la cristalloïde. Il y a vingt ans, l'opération était faite en un tour de main, c'était brillant, émouvant; aujourd'hui, on procède tout autrement, tout est sacrifié au résultat, on procède lentement, très-lentement et l'on a raison. C'est à la spécialité que nous devons ces modifications profondes dans l'instinct chirurgical français, mais ne voit-on pas que si, par les précautions infinies, on a pu assurer des succès constants avec l'extraction linéaire, on devra, en procédant de même, affirmer la supériorité de l'opération de Daviel, je dis on pourra, et c'est dans ma pratique un fait aujourd'hui accompli.

Jusqu'ici, messieurs, je n'ai parlé que du manuel opératoire, et c'est avec raison que tous ceux qui m'ont précédé à cette tribune ont insisté sur les différents temps de la manœuvre. L'exécution, je le veux bien, entre pour une part énorme dans le succès, mais ce serait commettre une faute que de n'envisager l'opération de la cataracte que comme un acte purement manuel, soumis à des règles en quelque sorte mathématiques. Ici nous ne sommes pas seulement des opérateurs, nous sommes avant tout des hommes de science, des cliniciens qui cherchons les indications et qui les remplissons de notre mieux. Je n'insisterai pas sur l'importance qu'il y a de distinguer les nombreuses variétés de cataractes, chacun sait l'importance de telle ou telle condition générale de santé sur les résultats probables de l'opération; il n'est point indifférent, par exemple, de traiter un malade bien ou mal portant, diabétique ou bien encore rhumatisant; enfin, nous tenons toujours compte des cataractes et du milieu dans lequel se trouvent les opérés.

Il faudrait rechercher ensemble quelles peuvent être les influences des saisons, des conditions atmosphériques sur le résultat de l'extraction. On a parlé de 85, 86 p. 100 de succès, c'est déjà très-brillant, je le reconnais, peut-être augmenterait-on les chances de l'opéré si l'on tenait compte davantage des éléments médicaux et hygiéniques que renferme le problème qui nous occupe.

Ce n'était pas sans raison si les oculistes de profession opéraient leurs malades à des époques bien déterminées; je citerai, par exemple, Tonnelé, dont la réputation a été incontestable; il opérait deux fois par an, et encore, sur chaque série faisait-il une sorte d'essai, il en opérait par exemple une demi-douzaine, et si les choses marchaient bien, tous les malades subissaient l'extraction; dans les cas contraires, ils étaient tous renvoyés chez eux et remis à la saison suivante.

Nous ne savons pas bien pourquoi, dans certains moments, l'opération de la cataracte réussit bien, tandis que dans d'autres les résultats laissent beaucoup à désirer; ce sont ces conditions inconnues, ces influences saisonnières atmosphériques que je voudrais que nous recherchassions tous ensemble. Pour mieux faire comprendre ma pensée, je vous citerai une remarque qui m'a beaucoup impressionné. L'année dernière, pendant le mois de mai, j'ai opéré le même matin trois yeux atteints de cataractes; une dame subit l'extraction par la méthode de Daviel et des deux yeux à la fois; j'opérai un prêtre d'un seul œil et par le procédé linéaire; le même jour, un oculiste fort habile et plein d'avenir, M. Abadie,

un de mes anciens internes, opérait un œil dans mon service, également par le procédé de l'extraction linéaire. En tout, quatre opérations également bien exécutées par des procédés différents chez des malades d'âge, de sexe et de condition sociale variés.

Le résultat immédiat fut dans les quatre cas excellent, et pendant quatre jours le succès persista. Dans le courant de la cinquième journée, les quatre yeux opérés furent atteints d'iritis intense, et après beaucoup de péripéties, les quatre pupilles demeurèrent définitivement obstruées par des fausses membranes.

Qu'était-il survenu, à quoi fallait-il rattacher cet insuccès qui transformait en un revers cruel des espérances si fondées au début?

Je n'ai trouvé qu'une seule explication, que je vous soumets : le matin de l'opération et les jours suivants il faisait un temps superbe, la température était très-douce; le développement des iritis coïncida avec une perturbation brusque dans le temps, lequel devint orageux et horriblement pluvieux pendant plusieurs semaines consécutives. J'avais été si vivement contrarié, que je pris quelques renseignements et je sus que plusieurs opérations exécutées pendant cette période avaient été suivies d'insuccès; enfin on m'assura que des résultats analogues avaient déterminé la fermeture momentanée d'un dispensaire hospitalier ordinairement bien achalandé.

Je termine, messieurs, car je crains d'avoir abusé de votre bienveillante attention. Je résumerai en quelques mots ma pensée relativement au traitement de la cataracte par la méthode de l'extraction :

1° Il faut conserver la méthode de Daviel comme constituant l'opération vraiment magistrale qui convient à la grande majorité des cas.

2° Il faut recommander la kératotomie supérieure à lambeau moyen, sans empiéter jamais sur la circonférence de la cornée.

3° Pour l'exécution de la kératotomie, il faut recommander d'opérer les malades couchés, et mettre à contribution l'arsenal de l'oculistique moderne; fixer l'œil exactement et se servir du couteau à lame très-étroite.

4° Il faut conserver les procédés dits de l'extraction linéaire pour des cas spéciaux et comme une ressource précieuse pendant le cours d'une opération dont l'exécution viendrait à se compliquer.

5° L'expérience des dix dernières années démontre qu'on peut manœuvrer dans le globe de l'œil avec moins de réserve et de parcimonie que ne le pensaient nos devanciers; il faut insister sur certaines manœuvres plutôt que d'abandonner les couches corticales du cristallin, ou bien encore un caillot sanguin de la chambre antérieure.

6° Si, dans l'opération de la cataracte, l'exécution irréprochable du manuel assure le plus souvent un succès définitif, il faut néanmoins faire entrer en ligne de compte et comme intervenant dans le calcul des probabilités l'âge des malades, l'état diathésique des sujets, l'influence des saisons, des constitutions médicales et certaines circonstances atmosphériques.

(*A suivre.*)

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

École de médecine de Lyon. — M. Berne, suppléant pour les chaires de chirurgie, est nommé professeur de pathologie externe et médecine opératoire, en remplacement de M. Pétrequin, admis à la retraite et nommé professeur honoraire.

M. Crolas, suppléant pour la chaire de pharmacie et toxicologie, est nommé professeur adjoint de pharmacie, en remplacement de M. Davallon, admis à la retraite et nommé professeur honoraire.

M. Letiévant, suppléant hors cadre et chef des travaux anatomiques, est nommé professeur adjoint d'anatomie et physiologie, en remplacement de M. Chauvin, décédé.

M. Gayet, suppléant pour la chaire d'anatomie et physiologie, est nommé suppléant pour la chaire de chirurgie, en remplacement de M. Berne, appelé à d'autres fonctions.

— *École préparatoire supérieure de Rouen.* — M. Nicolle est nommé professeur suppléant d'histoire naturelle, en remplacement de M. Blanche, appelé à d'autres fonctions.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Éléments de toxicologie et de médecine légale appliquée à l'empoisonnement, par A. Rabuteau, docteur en médecine, licencié ès sciences physiques et naturelles, lauréat de l'Institut de France (prix de thérapeutique), membre de la Société de biologie. 1er fascicule. — Prix de l'ouvrage complet : 7 francs *franco.* — Paris, H. Lauwereyns.

Le Directeur : Dr E. Le Sourd.

Paris. — Typographie A. Pougin, quai Voltaire, 13.

N° 76. — JEUDI 3 JUILLET 1873. 46e ANNÉE. JEUDI 3 JUILLET 1873. — N° 76.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Bureaux : 57, rue des Saints-Pères, 57
PRÈS L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix d'abonnement doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

On s'abonne hors de Paris dans les bureaux des Messageries et chez les Libraires. Les lettres non affranchies sont refusées.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui n'en peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS: Trois mois. 8 fr. 50 c. Six mois. 16 — Un an. 30 —

POUR L'ÉTRANGER le port en sus suivant les derniers tarifs des Postes.

Paris, le 2 juillet 1873.

SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

Le dernier discours de M. Chauffard devait terminer la discussion sur l'étiologie du typhus, puisque l'ingénieux orateur renonçait lui-même à imposer la théorie originale qu'il avait émise.

L'accord se faisait donc sur le point en litige, et on avait hâte d'en finir avec une question épuisée pour le moment.

Malheureusement, M. Briquet a voulu revenir encore sur une question qui n'intéresse personne, car elle paraît tout à fait dépourvue d'actualité.

Il faudrait apporter des arguments absolument nouveaux pour pouvoir espérer changer l'opinion générale en ce qui touche la non-identité de la fièvre typhoïde et du *typhus fever*. Or, M. Briquet ne s'est servi que d'arguments rétrospectifs pour ainsi dire; il a rappelé l'opinion de ceux qui ne connaissaient pas encore les lésions caractéristiques des fièvres typhoïdes, puis de celui qui a le plus contribué à les faire connaître. Il a prouvé qu'on a décrit sous le nom de typhus des fièvres typhoïdes, quand on ne faisait pas d'autopsies, et qu'il serait bien difficile d'affirmer aujourd'hui la nature réelle d'un grand nombre d'épidémies observées depuis quatre siècles.

Telle est la seule conclusion qu'on puisse légitimement déduire de son discours.

Un certain nombre d'académiciens, en l'entendant, ont cru comprendre qu'il niait jusqu'à l'existence de toute espèce de typhus distinct des fièvres typhoïdes.

Ce serait là évidemment une opinion très-surannée ; mais il nous a semblé que ce n'était pas celle de M. Briquet.

S'appuyant sur les données mêmes qui sont admises par tout le monde, sur la nécessité de lésions intestinales pour caractériser les fièvres typhoïdes, il se borne à prétendre que de telles lésions ont existé chez des malades qu'on croyait atteints de typhus.

En un mot, ce qu'il veut discuter, c'est surtout une question de fait : il suppose que la plupart des observateurs qui ont décrit les fièvres de famine comme un typhus exanthématique sans lésion des plaques de Peyer, se sont grossièrement trompés, faute de faire assez d'autopsies.

Il reconnaît, du reste, qu'il existe un vrai typhus en dehors de celui qu'il veut confondre avec les fièvres typhoïdes, et il doit parler, mardi prochain, de ce vrai typhus.

On voit qu'il serait difficile de le suivre sur le terrain où il s'est placé.

Quelle qu'ait pu être la nature des anciennes épidémies, on ne peut plus faire à leur sujet de nouvelles constatations qui soient probantes.

La mention de *diarrhées nombreuses* n'indiqueraient absolument rien, car on peut avoir de la diarrhée sans lésions des plaques de Peyer, sans ulcérations intestinales, sans fièvre typhoïde en un mot.

D'ailleurs, fût-il prouvé qu'il y a toujours eu des cas de fièvres typhoïdes dûment constatées pendant une épidémie de typhus, il ne faudrait pas se hâter d'en conclure que ces cas de fièvres typhoïdes dominent l'épidémie et prouvent sa nature.

Ainsi, sur tous ces points encore, M. Fauvel aurait beau jeu contre les critiques de M. Briquet. Mais il est urgent que l'Académie passe à des questions plus vivantes.

Dr Victor Revillout.

HOPITAL DU MIDI. — M. Charles Mauriac.

Étude clinique sur l'influence curative de l'érysipèle dans la syphilis (1).

XXX

Il n'en est pas de même de l'action curative de l'érysipèle dans la *scrofule*. Elle offre évidemment la plus grande analogie avec celle que produit dans la syphilis la même maladie aiguë.

On peut trouver sur ce sujet de nombreux documents dans les auteurs. Je recommande particulièrement la lecture du chapitre que Lugol consacre, dans son livre sur la scrofule, à l'étude de cette question (2).

(1) Fin. — Voir les numéros des 3, 8, 15-17, 29 avril, 6, 15, 22-24 mai, 5, 17, 24 et 30 juin 1873.

(2) Lugol : *Recherches et observations sur les causes des maladies scrofuleuses*, p. 267 et suiv.

« Toute maladie de la peau disparaît ou peut disparaître sous l'influence d'un état morbide général de l'économie. L'érysipèle de la face contribue grandement à la guérison du lupus... Quand une syphilide disparaît spon-

Un autre ouvrage sur la scrofule, bien plus remarquable et plus complet que le précédent, celui de M. Bazin, contient également quelques vues sur ce sujet. « L'érysipèle, dit ce célèbre dermatologiste (1), est une des complications les plus communes dans la scrofule. Loin d'aggraver la maladie, il semble plutôt en hâter la solution favorable. Je puis en dire autant des fièvres éruptives. Plusieurs fois, à la suite d'un exanthème fébrile, j'ai vu des ulcérations scrofuleuses marcher activement vers la cicatrisation, etc... »

A la fin de l'ouvrage (Obs. XXVI, p. 546), il y a un fait bien concluant de l'action curative de l'érysipèle sur le lupus scrofuleux. Le malade, âgé de seize ans, avait tout le nez hypertrophié à partir de la racine; çà et là on y voyait de petits tubercules violets, qui ne montraient aucune tendance à l'ulcération. L'aile droite avait été emportée et la gauche était recouverte de tubercules plus gros. L'affection s'étendait dans les fosses nasales, dont la cloison était en grande partie détruite. La lèvre supérieure était également couverte de petits tubercules grenus et rougeâtres. État général bon. Malgré un traitement de trois mois de durée, l'affection restait à peu près stationnaire, lorsque survint un érysipèle de la face, qui envahit le cuir chevelu, le cou, et fut accompagné d'une fièvre très-intense. Après la disparition de cet érysipèle, dont l'évolution fut régulière, on s'aperçut que l'affection scrofuleuse en avait ressenti une heureuse influence: les tubercules s'étaient affaissés, la cicatrisation avait eu lieu; et, vingt-quatre heures après le début de la maladie aiguë, le malade quittait l'hôpital complétement guéri.

Supposez que les tubercules, au lieu d'être scrofuleux eussent été syphilitiques, le résultat n'aurait-il pas été le même?...

XXXI

J'aurais désiré que cette étude clinique eût pour base un plus grand nombre d'observations (2). Mais il n'est pas très-commun de voir des maladies aiguës se développer chez les syphilitiques pendant les phases d'activité de la maladie constitutionnelle. J'ai profité des quelques cas que le hasard m'a fournis, et je crois qu'on en peut légitimement tirer les conclusions suivantes :

1° Dans les cas de syphilis où les accidents consécutifs cutanés et muqueux ne sont pas compliqués de malignité et de cachexie, un *érysipèle avec réaction fébrile* doit être considéré comme un événement favorable.

2° Sous la double influence de la réaction générale fébrile, et de la phlogose locale qui caractérisent cette maladie aiguë, les accidents syphilitiques cutanés et muqueux s'améliorent, se résolvent et se réparent avec une grande rapidité.

3° Les médications spécifiques générales et les traitements locaux, isolés ou combinés, administrés et appliqués avec le plus d'opportunité, suivant les méthodes les plus rationnelles et les mieux appropriées à toutes les circonstances, seraient incapables de produire, en aussi peu de temps, des effets curatifs aussi remarquables que l'érysipèle.

4° L'érysipèle en moins d'une semaine peut dissiper les œdèmes durs syphilitiques résultant d'une infiltration plastique diffuse du tissu cellulaire sous-tégumentaire, faire fondre des plaques syphilitiques confluentes et végétantes, cutanées ou muqueuses, et cicatriser les ulcères de même nature, impétigo, ecthyma, etc., etc.

5° Cette influence curative de l'érysipèle s'exerce simultanément sur toutes ces lésions, quelle que soit leur distance du foyer où s'accomplit le processus local de la maladie fébrile.

6° Bien que le résultat soit le même en apparence au bout d'un certain temps, il est permis de croire que, si on pouvait suivre jour par jour la régression des accidents morbides, on verrait disparaître d'abord ceux qui se trouvent au milieu du foyer érysipélateux, puis ceux qui, placés à une petite distance, peuvent encore ressentir l'action du processus local, et enfin ceux qui étant fort éloignés, ne sont soumis qu'à l'influence du processus général, c'est-à-dire de la réaction fébrile.

---

tanément, ce n'est guère qu'à la suite d'un état morbide général, une fièvre grave ou toute autre maladie de ce genre. » Devergie, *Traité des maladies de la peau*, 2e édition.

(1) Bazin, *Leçons sur la scrofule*, p. 112.

— « Toutes les fois que chez un sujet atteint d'une maladie chronique de la peau il survient un trouble un peu violent ou un peu durable, soit de la circulation et de l'innervation, comme dans la fièvre, soit des fonctions viscérales un peu importantes, comme dans diverses maladies chroniques ou aiguës, soit du tégument interne, soit de quelque organe particulier, tel que le poumon, l'estomac, l'intestin, etc., il y a diminution, suspension ou même suppression de la maladie de la peau. » (Gibert, *Traité des maladies de la peau*, 1860.)

(2) Lorsque j'ai écrit cette étude clinique, je ne connaissais pas encore le travail de M. le docteur Garrigue, intitulé : *De l'influence des maladies aiguës sur les diathèses* (*Thèses de Paris*, 1870). Je ne saurais trop en recommander la lecture, car il est fait dans un très-bon esprit médical, et il contient de nombreuses observations, recueillies avec le plus grand soin, et fort intéressantes. Parmi ces observations, quelques-unes démontrent, comme les miennes, que dans des conditions de bonne santé générale et de résistance vitale suffisante, l'érysipèle guérit très-rapidement des manifestations syphilitiques graves qui n'avaient aucune tendance spontanée à la guérison, et qui même ne cédaient pas à l'action curative du mercure et de l'iodure de potassium. — Voici le résumé des faits qui se rapportent à mon sujet.

Obs. I. — Cachexie alcoolique grave chez un homme de cinquante ans; ulcérations syphilitiques des jambes, du tronc et de la face en voie de cicatrisation. — Traitement tonique. — Un *érysipèle* survient sur l'extrémité inférieure gauche. Pendant les premiers jours, il marche rapidement et produit un effet salutaire sur toutes les ulcérations syphilitiques. Mais la constitution est tellement épuisée qu'elle ne peut mener à bien cette maladie intercurrente, et le malade succombe.

Obs. II. — Une femme, âgée de vingt-huit ans, était atteinte d'une grande ulcération syphilitique de la cloison du nez et de la lèvre supérieure, avec nécrose des os du nez; survient un *érysipèle* compliqué d'un abcès de la base du cou : en quelques jours, la syphilis tuberculo-ulcéreuse disparaît, et la charpente osseuse du nez se raffermit.

Obs. III. — Un homme de trente-quatre ans, atteint d'une syphilide ulcéreuse deux ans après l'accident primitif, en est guéri par un *érysipèle* fébrile ambulant. — L'auteur fait remarquer avec raison que l'effet curatif de l'érysipèle n'a pas été local, mais général.

Obs. IV. — Une femme, âgée de cinquante-six ans, atteinte de syphilis depuis quatre ou cinq ans, avait sur le front une syphilide tuberculeuse en groupe, lorsqu'elle fut prise d'une *pneumonie* qui l'emporta. Pendant le cours de cette maladie aiguë, la syphilide tuberculeuse s'affaissa, et ne présenta plus qu'une surface comme eczémateuse et sèche.

Obs. V. — Chez un homme de vingt-deux ans, une *pneumonie* régulière fit disparaître en quelques jours une syphilide tuberculeuse précoce, ayant son siége au front et sur les parties latérales du nez.

Obs. VII. — Chez une femme de trente-huit ans, guérison rapide par un *érysipèle*, d'une syphilide ulcéro-tuberculeuse du côté droit de la face.

La thèse du docteur Garrigue contient plusieurs autres faits qui prouvent que des accidents diathésiques sont améliorés et guéris par une maladie aiguë fébrile intercurrente. Malheureusement, ces guérisons ne sont pas durables, et, la plupart du temps, de nouvelles manifestations constitutionnelles ne tardent pas à se produire.

— J'aurais voulu pouvoir donner des faits relatifs à l'action que l'érysipèle doit exercer sur *toutes* les manifestations de la syphilis, sur la *syphilis viscérale* par exemple, sur les *encéphalopathies syphilitiques*, etc., etc. Ne pourrait-il pas avoir une influence salutaire sur quelques déterminations syphilitiques cérébrales? Rostan a vu un cas d'encéphalopathie diffuse guéri par un érysipèle.

Malheureusement, je n'ai encore observé aucun cas propre à élucider cette question, et je n'en ai pas trouvé dans nos recueils scientifiques.

Mon excellent interne et ami, M. Gauderon, qui est fort érudit et très-au courant de la littérature médicale étrangère, a bien voulu faire aussi quelques recherches bibliographiques sur ce sujet. Il n'a rien découvert qui s'y rapportât directement.

7° Il faut donc distinguer dans la vertu curative de l'érysipèle deux modes d'action qui correspondent aux deux processus dont l'association constitue l'érysipèle fébrile vrai : un mode d'action local substitutif et un mode d'action général qui rétablit dans les conditions d'un fonctionnement régulier la plasticité organique viciée par la maladie constitutionnelle.

8° Les deux processus de l'érysipèle fébrile vrai, conçus spontanément par l'organisme, ne peuvent être qu'imparfaitement imités par l'expérimentation. Il en est de même des deux modes d'action curative spontanés qui en découlent.

9° L'influence curative de l'érysipèle ne se produit pas seulement sur les accidents syphilitiques locaux ; l'état général, plus ou moins compromis par les atteintes de la maladie constitutionnelle, s'améliore aussi avec une rapidité remarquable.

10° Malheureusement, l'influence préventive de l'érysipèle sur les poussées ultérieures de la syphilis, ne peut pas être comparée à son action curative sur les accidents existant au moment de son invasion. Quelques jours après la guérison, de nouvelles manifestations syphilitiques peuvent se reproduire, peut-être toutefois avec moins d'intensité qu'auparavant.

11° D'autres maladies aiguës, inflammatoires ou pyrétiques, peuvent avoir sur les accidents syphilitiques une action curative analogue à celle de l'érysipèle mais sans doute pas au même degré.

12° Le danger d'une terminaison funeste, indépendamment de la nature spéciale de chaque érysipèle, provient de la malignité des accidents syphilitiques ou de l'état de collapsus cachectique dans lequel une syphilis grave a jeté l'organisme. Ces conditions paralysent l'action curative de l'érysipèle, qui doit être alors considéré comme une complication des plus fâcheuses.

13° L'action curative de l'érysipèle signalée depuis longtemps dans le phagédénisme, provient principalement des modifications locales que la phlogose fait subir au travail ulcératif et à la nutrition des parties qui en sont atteintes. C'est surtout un phénomène de substitution.

14° L'action curative de l'érysipèle dans les manifestations graves de la scrofule, telles que le lupus et d'autres affections cutanées constitutionnelles et chroniques, dérive également du processus local et du processus général de la maladie aiguë, et se produit suivant le même mode que dans la syphilis.

CHARLES MAURIAC.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 1er juillet 1873. — Présidence de M. DEPAUL.

CORRESPONDANCE OFFICIELLE

M. le ministre de l'instruction publique adresse l'ampliation du décret par lequel M. le Président de la République approuve l'élection de M. Hervieux comme membre titulaire dans la section d'accouchement.

M. le ministre de l'agriculture et du commerce transmet :

1° Un rapport de M. le docteur Dionis des Carrières (d'Auxerre), sur une épidémie qui a régné de novembre 1872 en avril 1873 dans la commune de Cravant ;

2° Le compte rendu des maladies épidémiques qui ont régné en 1872 dans les départements de Seine-et-Oise, du Gard et du Puy-de-Dôme ;

3° Un rapport de M. le docteur Pillat (de Lille), sur une épidémie de fièvre puerpérale qui a régné à Saint-Sauveur de Lille en 1872 et 1873 (commission des épidémies).

CORRESPONDANCE NON OFFICIELLE

La correspondance non officielle comprend :

1° Un compte rendu des maladies épidémiques qui ont régné sur le territoire de Belfort, par M. le docteur Benoit ;

2° Un rapport sur une épidémie de dysenterie qui a régné en 1872 dans la commune de Cresancey (Haute-Saône), par M. le docteur Prieur ;

3° Une note sur l'étiologie de l'épidémie de typhus d'Algérie, par M. le docteur Tuefferd ;

4° Un mémoire sur l'*Historique du typhus, notamment en ce qui relie cette affection au scorbut*, etc., par M. le docteur Netter ;

5° Un mémoire *sur les fièvres paludéennes de Bone (Algérie) et sur leur traitement par la médication arsenicale*, par M. le docteur Sistach, de Bone (commission des épidémies) ;

6° Une note sur l'épidémie de fièvre jaune de Rio-Janeiro, par M. le docteur Guiraud (commission : MM. Tardieu, Briquet et Guérard) ;

7° Une note sur le *maté (thé du Paraguay)*, par M. Brasseur (commission : MM. Le Fort, Bergeron, Gubler) ;

8° Une note de M. Jules Mascarel, sur un cas de tumeur cancéreuse traitée par des injections hypodermiques de perchlorure de fer et d'acide phénique ayant produit le sphacèle des tissus et une petite hémorrhagie qui épuisa tellement les forces de la malade qu'elle succomba en quelques jours (commissaire : M. Chassaignac) ;

9° Une note sur un nouveau procédé de dosage de l'hémoglobuline dans le sang, par le docteur Quinquaud (commission : MM. Berthelot et Le Fort) ;

10° Une observation de M. le docteur Touchard, médecin à Sellé-la-Guillaume (Sarthe), relative à *un cas de grossesse terminée*, suivant l'auteur, *par l'enkystement du fœtus dans l'utérus* ;

11° Des lettres de candidature de MM. les docteurs Auguste Voisin, Empis, Parrot et Laboulbène, pour la place vacante dans la section d'anatomie pathologique ;

12° Diverses lettres de remerciments de lauréats de l'Académie ;

13° Un mémoire pour le concours du prix Civrieux, arrivé après la distribution des prix ;

14° Une note *sur la métallothérapie, l'idiométalloscopie et l'application du thermomètre à la détermination des idiosyncrasies*, par M. le docteur V. Burq.

L'idio-métalloscopie, dit l'auteur, ou la métalloscopie, pour parler plus brièvement, est l'opération à l'aide de laquelle on détermine, en métallothérapie (traitement des névroses par certains métaux intus ou extra), l'idiosyncrasie ou la sensibilité métallique individuelle qui en est la représentation. D'une part, l'application à tour de rôle de plaques formées des métaux les plus actifs, et d'autre part une exploration sévère avant et après, au niveau de cette application, de la myotilité et de la sensibilité, avec un dynamomètre et un esthésiomètre créés tout exprès, aidés des renseignements fournis sur la circulation par la coloration des piqûres, et sur la caloricité par les sensations de froid ou de chaud sous le métal, firent à partir de 1849, tous les frais de la métalloscopie et suffirent bien souvent, (des expériences répétées dans les hôpitaux le démontraient naguère encore à l'hôpital de Lariboisière, voir in *Gaz. des Hôp., Rev. clin.*, des 29 mai et 5 juin 1869), non-seulement à déterminer sûrement d'avance le remède, mais aussi la surface ou la dose qui convenait à son application ou à son administration.

Il paraît que ce n'était point assez pour le succès de la thérapie nouvelle. Pour forcer toutes les convictions, pour faire taire certaines résistances, il fallait, nous devons le croire, aux uns un procédé plus simple, encore plus sûr, plus à leur portée, et aux autres une démonstration plus péremptoire que les valeurs dynamométriques et esthésiométriques quelque chose de moins contestable que des piqûres devenues rouges ou même sanglantes, de blanches qu'elles étaient auparavant, ou des sensations subjectives de froid ou de chaud, sans parler des résultats définitifs.

Eh bien, ce procédé, cette démonstration, les voici. Ils sont en

notre possession depuis la fin de 1869. Des circonstances indépendantes de notre volonté nous ont seules empêché de les faire connaître plus tôt.

Nouveau procédé métalloscopique. — Ce procédé, qui fut tout au début sous notre main, est basé sur le pouvoir calorique que possède tout métal qui est approprié à la sensibilité physiologique et thérapeutique individuelle.

Tout le matériel qu'il comporte est le suivant :

1° Deux bons thermomètres à mercure, *maxima* et *minima*, divisés en dixièmes de degré;

2° Des tubes minces de même dimension, — environ 8 centimètres de long sur 2 centimètres 1/2 de diamètre, formés, ainsi que nos premières plaques d'exploration, des principaux agents de la metallothérapie. *Fer* et mieux *acier*, *cuivre* semi-rouge ou jaune de préférence, parce que ce sont surtout les alliages qui agissent; *zinc*, *or*, *argent*, au titre de 800/1000ᵉ. Du bon doublé peut ordinairement suffire pour ces deux derniers, ainsi que du fer-blanc pour *l'étain*;

3° Des bouchons de liége, dans la moitié percés au centre d'un trou propre à recevoir à frottement les thermomètres, pour obturer tous les tubes des deux bouts;

4° Et la tablette en marbre d'un meuble quelconque.

Tubes et thermomètres ayant été préalablement couchés côte à côte sur le marbre, pour les mettre à même unisson de température, on applique simultanément, à même hauteur, les deux thermomètres, dans l'intérieur de l'une et l'autre main, à nu d'abord, puis médiatement au travers des divers tubes, à commencer par ceux en fer et en cuivre, qui agissent le plus souvent. A chaque nouvelle épreuve, on note avec soin, minutes par minutes, — toutes les deux, trois ou cinq au plus, — la température des deux côtés en même temps, jusqu'à ce que la colonne mercurielle y soit devenue stationnaire, à la fin des expériences, faites bien entendu en autant de séances qu'il est nécessaire, mais avec la précaution de débuter toujours par une exploration de la température à nu, l'on compare deux par deux toutes les cotes ainsi obtenues.

Si ces cotes sont égales, ou si, ce qui n'arrivera point une fois sur cinq, elles ne montrent point dans l'ascension mercurielle, *au même moment, des deux côtés*, d'autre différence que celle qui a pu exister dans l'exploration faite à nu, l'on n'aura rien à espérer de la métallothérapie, et l'on sera seulement averti, ce qui déjà est bien quelque chose, que le fer lui-même, dont on est toujours tant disposé à abuser, ne saurait avoir aucun effet utile, pas plus sous une forme que sous une autre.

Si l'une des cotes présente, au contraire, en faveur d'un des cylindres, une différence notable, depuis un 1/2 degré jusqu'à 2 et 3 degrés, vers la partie moyenne de cette ascension, c'est-à-dire entre 15 ou 18 degrés et 25 à 28 degrés — nous disons la partie moyenne, car au-dessus de 30 à 32 degrés les deux thermomètres tendent le plus souvent à s'équilibrer, quels que soient les milieux employés — il ne restera plus, pour avoir l'idiosyncrasie, qu'à confirmer ce premier résultat par une contre-épreuve obtenue par un changement des tubes de main. On y procédera avec les mêmes précautions; seulement, il faut en prendre bonne note. Comme les effets se prolongent bien après que le métal a été enlevé, et que cette autre épreuve faite immédiatement ne pourrait avoir, par conséquent, d'autres résultats que de donner des cotes à peu près pareilles, il faudra la différer au moins jusqu'au lendemain. Dans le cas d'un nouveau sursis, il sera toujours très-intéressant, sinon quelquefois utile, de le corroborer au compas et à l'aiguille, et au dynamomètre si faire se peut, par une application sur l'un des avant-bras du même tube, ou mieux d'un objet quelconque de même métal plus commode à appliquer, mais cela n'est point indispensable.

Plus le mercure aura marché vite du côté du cuivre, par exemple, plus il y aura eu de différence dans les rôles; plus ce métal sera approprié, moins il faudra appliquer d'armatures ou administrer d'oxyde ou de sel de cuivre pour obtenir la guérison, et moins aussi celle-là se fera attendre.

Le procédé, tel que nous venons de l'indiquer, est bien facile à suivre; cependant, on peut le simplifier encore, en remplissant les tubes par des objets vulgaires de même métal : pièces de monnaie, bijoux, tubes de lorgnettes, etc., etc., choisis, autant que faire se peut, d'égal volume. On les fera tenir à pleine main, et si l'un d'eux agit au bout d'un quart d'heure ou une demi-heure au plus, l'application à nu des thermomètres donnera encore la mesure de la *caractéristique*, grâce à la prolongation des effets une fois produits. Cette prolongation permettra même, nous l'espérons, de soumettre à l'examen métalloscopique certains métaux qui, comme l'arsenic, non malléables, ne peuvent point être fournis en cylindres creux à l'épaisseur voulue; et si l'on ne trouvait point là, pour les métaux, la solution que nous avons bien longtemps cherchée, peut-être serait-on plus heureux avec un alliage où l'on aurait fait entrer la plus grande partie possible d'un métal pulvérulent.

La métallothérapie n'exigeant plus, pour être mise en pratique, la présence soit de l'anesthésie, soit de l'amyosthénie à un degré notable, rien ne s'oppose à ce qu'on l'applique à d'autres affections que des névroses pures, et que, comme nous l'avons déjà fait dans le traitement du diabète, on y ait recours toutes les fois qu'il s'agit de relever les forces, d'activer les fonctions de la peau, la circulation et la calorification, au lieu de se borner à cette prescription toujours banale du fer destiné au même but. Pour les mêmes raisons, le temps n'est peut-être point éloigné non plus où l'on pourra ajouter l'idiosyncrasie au *passe-port médical* de tout individu, et poursuivre la solution de ce grand problème qui incombe à la génération qui nous suit :

« Une idiosyncrasie métallique étant donnée, dire quels sont, dans les trois règnes, les divers agents thérapeutiques qui y correspondent. »

M. DOLBEAU offre en hommage : 1° de la part de M. le docteur Després, un ouvrage intitulé : *Traité théorique et pratique de la syphilis* ou *infection purulente syphilitique*;

2° De la part de M. le docteur Gouley, professeur de clinique médico-chirurgicale à New-York, un *Traité des maladies des organes urinaires*;

3° De la part de M. Felizet, un *Mémoire sur les transplantations médullaires dans les amputations sous-périostées* (commissaires : MM. Dolbeau, Legouest et Gosselin).

M. TARDIEU présente : 1° au nom de M. le docteur Alfred Fournier, un ouvrage intitulé : *Leçons sur la syphilis étudiée plus particulièrement chez la femme*;

2° En son propre nom, la quatrième édition du *Manuel de pathologie et de clinique médicale*.

M. CHAUFFARD présente, de la part de M. le docteur Yvaren, une brochure intitulée : *Esquisse d'une statistique médicale de la commune et de l'arrondissement d'Aveyron*.

M. JULES GUÉRIN présente, au nom de M. le docteur Lombard (de Genève), un ouvrage intitulé : *Les climats des montagnes considérés au point de vue médical*.

M. HENRI ROGER dépose sur le bureau une série de leçons publiées en 1862 par M. le docteur Tweidee (de Londres), sur les fièvres continues. Il analyse cet ouvrage « dans lequel, dit-il, le fait, déjà accepté d'ailleurs de la non-identité du typhus et de la fièvre typhoïde semble désormais établi sur une série de preuves irréfragables. »

Discussion sur le typhus.

M. BRIQUET s'attache à démontrer que dans toutes les épidémies de typhus qui ont eu lieu depuis quatre cents ans, il y a eu des cas de fièvre typhoïde avec lésions intestinales : que, par conséquent, le typhus épidémique et la fièvre typhoïde sont une seule et même affection; que telle était l'opinion de Louis, qui fit connaître le premier les altérations caractéristiques des fièvres typhoïdes.

« En résumé, dit-il, il existe deux espèces de typhus, les confondre conduit à la confusion. L'une est une lésion des intestins,

l'autre est exempte de cette lésion. La première est celle qu'ont vue et décrite tous les grands auteurs depuis quatre cents ans, et dont les épidémies ont été extrêmement nombreuses. Elle est sans contredit la plus grave des deux.

« Elle a ses causes spéciales et sa manière d'être qui la différencient de l'autre espèce.

« Il y a tout avantage et aucun inconvénient de la réunir à la fièvre thyphoïde, puisque ces deux états pathologiques n'ont rien qui les distingue et que leur traitement se fait sur les mêmes bases.

« C'est à l'emploi déplorable de termes mal définis qu'on doit la confusion des deux espèces de typhus. Cet état de choses appelle une modification dans la nomenclature des affections typhoïdes. »

M. BOUILLAUD. Il me semble que M. Briquet ne tient pas un assez grand compte des travaux de ceux qui, avant Louis, avaient indiqué les altérations caractéristiques de la fièvre typhoïde. Rœderer et Vagner Prost, dans son beau livre intitulé : *la Médecine exercée par l'observation et l'ouverture des corps*, livre publié en 1804, avaient parfaitement décrit les lésions de l'intestin et des ganglions mésentériques. Dès lors, la fièvre typhoïde était connue comme méritant le nom de fièvre *entéro-mésentérique*, nom sous lequel, en effet, Petit la désigna et qu'on aurait bien fait de lui conserver. Enfin, je citerai pour mémoire mes propres travaux, ceux d'Andral, qui de beaucoup antérieurs aux recherches de M. Louis, n'en formulent pas moins les mêmes conclusions sur la nature des fièvres typhoïdes. Dès lors, quand on retrouva à l'autopsie les altérations des glandes de Payer, etc., on dut dire, comme le faisait Louis, qu'on s'était trompé dans le diagnostic, et qu'on n'avait pas eu affaire à une fièvre typhoïde.

M. FAUVEL. Il est certain que M. Louis, après avoir publié son ouvrage, avait complétement changé d'opinion sur le point indiqué par M. Briquet. Un de ses élèves, entre autres, docteur américain de grand mérite, était allé en Angleterre étudier le *typhus fever*, et avait parfaitement reconnu qu'il n'était nullement identique aux fièvres typhoïdes. Aussi, depuis ce temps, M. Louis ne doutait-il plus de la non-identité de ces deux affections.

M. CHAUFFARD. Je n'avais pas eu la pensée de provoquer une discussion sur le point de savoir si le typhus exanthématique et la fièvre typhoïde sont ou ne sont pas une même chose; c'est une discussion surannée. La question est jugée, complétement jugée depuis longtemps. Il serait déplorable de voir l'Académie perdre son temps à combattre une thèse qui ne peut plus être de notre époque. Aussi ne ferai-je aucune réponse au discours de M. Briquet.

M. BRIQUET. Je veux faire disparaître une confusion déplorable entre deux espèces de typhus, dont l'une est la fièvre typhoïde. Dans la prochaine séance, je dirai ce qu'est l'autre.

La séance est levée à cinq heures un quart.

CORRESPONDANCE

A M. le Dr Le Sourd, directeur de la Gazette des Hôpitaux.

LETTRE

Sur l'élément buccal dans la fièvre typhoïde, et sur l'heureuse influence de gargarismes acidulés fréquemment répétés.

Mon cher confrère,

Laissez-moi vous raconter par quelles phases a passé cette question depuis que je l'ai soulevée, en 1864, phases peu compliquées, car, en dehors de la pratique des médecins civils de l'Alsace et de la mienne dans les hôpitaux militaires, elle est restée comme non avenue.

Ma première *Note*, adressée en 1864 à l'Académie des sciences, quoique accueillie dans le compte rendu, et reproduite par tous les journaux, a passé comme inaperçue à Paris, sans doute à cause de la nouveauté de ma manière de voir qui choquait toutes les idées reçues. Pour réagir contre ce dédain systématique, j'ai porté la question, l'année suivante, devant la Société de médecine de Strasbourg, dont j'étais membre, et j'y ai lu sept observations accompagnées de toute sorte d'explications théoriques et pratiques (*Gaz. méd. Strasbourg*, 25 février 1865, séance du 19 janvier). Ma communication y fut suivie d'une discussion qui se prolongea pendant les séances des 23 février, 2 mars, 6 avril et 4 mai, pendant lesquelles j'eus à me débattre contre un adversaire, un éminent professeur de la Faculté, qui, finalement, formula les conclusions suivantes :

1° Les faits produits par M. Netter ne demontrent pas l'importance de ce qu'il appelle l'*élément buccal* dans la fièvre typhoïde, importance que n'ont prouvée ni les observations cliniques, ni l'exament direct de l'enduit lingual;

2° Les théories émises pour expliquer le rôle des symptômes buccaux ne sauraient être admises;

3° L'élément buccal n'est qu'un *épiphénomène* que les gargarismes acidulés combattent avec succès.

J'étais jugé et exécuté; or, savez-vous qui a prononcé cette magistrale sentence? C'était précisément M. le professeur Schutzenberger qui vient aujourdhui, après huit ans d'emploi des gargarismes, reconnaître hautement et l'importance de l'élément buccal et la nécessité du parfait nettoiement des muqueuses buccale, nasale, pharingienne. On voit qu'à Strasbourg on ne craint pas de se déjuger. Honneur à l'éminent savant qui donne ainsi un grand exemple de loyauté scientifique.

D'autre part, et à cette même époque, une discussion a eu lieu aussi à ce sujet devant la Société de médecine du Haut-Rhin (séance du 21 avril, *Gaz. méd. de Strasb.*, 2 septembre 1865). C'est M. Tissen qui, m'ayant vu à l'œuvre dans mon hôpital, y porta la question; mais les jugements y furent les mêmes, et pour diminuer encore le mérite de mon innovation on rappelait que les gargarismes étaient depuis longtemps employés par M. Piorry, en vue de rafraîchir la bouche, seul avantage véritable du remède.

Cependant, de 1865 à 1867, mes succès à l'hôpital de Strasbourg continuèrent et toutes mes fièvres typhoïdes guérirent. Précisons.

Quand un homme arrivait dans mes salles avec un embarras gastriques, sans lui prescrire le traditionnel vomitif, je le faisais tout simplement gargariser pour lui ôter les saburres de la langue, ce qui amenait le retour immédiat de l'appétit et le rétablissement complet.

L'embarras gastrique était-il fébrile? Même traitement, même succès, et avec le nettoiement local, la fièvre tombait en même temps, de sorte que *jamais, dans mes salles, un embarras gastrique soit simple, soit pyrétique, ne s'est converti en affection typhoïde.*

Voici maintenant un malade m'arrivant le sixième ou le septième jour d'une fièvre typhoïde manifeste : vertiges, épistaxis, stupeur, diarrhée, gargouillement de la fosse iliaque, température atteignant 39°,8 le matin, voire même 40°,1, chiffres pris dans une observation, et avec les gargarismes voici ce qui s'obtenait : le nettoiement buccal prévenait toute nouvelle infection; celle déjà effectuée s'éliminait comme cela arrive pour tous les empoisonnements, les accidents typhoïdes se dissipaient en quelques jours, et ce qui restait de cette maladie, c'était un peu de diarrhée avec de très-faibles oscillations thermométriques; mais au bout d'un petit nombre d'autres jours, le rétablissement était encore parfait.

Mais, dira t-on, il y a des cas rapidement foudroyants, et d'autres dans lesquels un poumon s'hépatise de très-bonne heure; c'est vrai, mais je n'avais pas jusque-là rencontré ces cas exceptionnels. J'y viendrai ultérieurement. Pour le moment, j'ai seulement voulu montrer la possibilité de mes succès.

En 1868, une épidémie de fièvre typhoïde grave sévissait dans quelques communes des environs de Neuf-Brisach, et déjà nombre de sujets avaient succombé. Les malades étaient traités par les deux médecins cantonaux, M. Bordman et M. Mignard. Dès que j'eus connaissance du fait, je m'adressai d'abord à M. Mignard pour le

prier d'expérimenter la médication, en observant toutes les conditions du traitement telles que je le formulerai ultérieurement. A peine quelques jours s'étaient-ils écoulés, que mon confrère vint me raconter avec enthousiasme les succès qu'il obtenait, et dès ce moment il fut complétement maître de l'épidémie.

Cependant, dans la pratique de l'autre médecin, ma médication n'ayant pas encore été instituée, les cas restaient toujours graves et des malades mouraient. Mais ayant vu les expériences si bien réussir à côté, M. Bordman ne tarda pas à adopter la même manière de traiter, et les résultats du changement furent égalememt merveilleux.

L'épidémie ayant pris fin, mes confrères établirent des rapports résultant de ce que je viens d'exposer, et le maire de Neuf-Brisach, appelé à légaliser les signatures, au courant des faits (il était aussi le conseiller général du canton), me remit aussi une déclaration dans laquelle, entre autres articles, il dit « que cette médication a paru aux populations des communes tellement efficace, qu'elles y recourent spontanément, avant même l'arrivée des médecins. »

Me voici heureux ; le maire de la petite-ville, faisant fonctions de sous-intendant militaire, membre aussi du conseil général, conséquemment au courant des faits, me remet une énergique déclaration conforme, et j'adresse tous ces documents, par la voie hiérarchique, au ministère de la guerre, demandant un emploi dans un hôpital militaire de Paris, au besoin temporaire, *afin de pouvoir répéter les essais devant la commission nommée en 1864 par l'Académie des sciences.* Ma demande est transmise par l'intendant divisionnaire de Strasbourg, qui l'appuie vivement ; elle arrive à Paris, le directeur de l'administration est tout disposé à l'accorder, mais ayant consulté le conseil de santé, il reçoit pour réponse qu'il n'y avait pas lieu d'y donner suite, avec un rapport dont on ne m'a pas donné connaissance, mais que je sais avoir été passionnément hostile. J'écrivis alors au conseil une lettre dont il aura gardé le souvenir, et j'obtins de l'administration, à défaut d'un emploi à Paris, le poste de Rennes, devenu vacant. Ces petits détails m'ont paru mériter d'être divulgués eu égard à la prochaine réorganisation du corps de santé ; ils montrent que la dépendance des médecins les uns par rapport aux autres n'est pas sans inconvénients pour la pratique de l'art et l'intérêt des malades. (Voir, à ce sujet, un article publié par moi l'année dernière dans la *France médicale*). Revenons à mes expériences sur la fièvre typhoïde.

A Rennes, j'ai eu quelques insuccès, mais c'était pendant l'hiver de 1869 à 1870, et l'on se rappellera qu'alors, un peu partout en France, à Paris notamment, les fièvres typhoïdes ont offert un caractère exceptionnel, soit sous le rapport de la rapidité dans la marche des accidents, soit à cause de l'hépatisation pulmonaire qui s'établissait de très-bonne heure. (Voir les journaux de médecine.) A Rennes, j'ai observé notamment les deux faits suivants.

Un jeune militaire entra dans mes salles, paraissant atteint d'un embarras gastrique fébrile et se plaignant d'un peu de raideur au cou. Deux jours après, il était dans le délire complet et la raideur était devenue tétanique, *forme d'emblée spinale*, qui l'a enlevé rapidement.

Deuxième fait. — Un tout jeune homme encore m'arriva, se disant malade depuis trois jours, mais dans un tel état de démoralisation, qu'à ma première visite j'ai rencontré à son lit trois de nos sœurs hospitalières, qui s'efforçaient en vain de le rassurer. Sur ses instantes demandes, on dut chercher tout de suite le curé, et il a succombé au bout de peu de jours. Soit par accidents céphaliques, soit par rapides hépatisations pulmonaires, j'ai perdu ainsi six à sept individus. L'un d'eux a résisté pendant une quarantaine de jours, mais il n'a pu se relever de l'adynamie. Ce qui démontre qu'il y avait là une constitution médicale exceptionnelle, c'est qu'en Alsace où cette constitution ne régnait point, l'emploi de la méthode a continué à réussir de la manière la plus remarquable. Et en effet, M. Mignard, qui de Neuf-Brisach était allé s'établir à Seltz, a écrit ce qui suit dans la *Gazette de Strasbourg*, numéro de mars 1870 :

« Je me borne à l'emploi des gargarismes, avec lavages, aux évacuants, à la méthode de M. Netter en un mot, et je suis tout heureux des résultats que j'ai obtenus. » Il y a plus.

La rédaction du journal a fait suivre cette communication des réflexions suivantes : « Nous avons accueilli la lettre ci-dessus avec d'autant plus d'empressement, dit M. Eissen, que nous sommes en mesure personnellement d'apporter un contingent sérieux de faits favorables. » Suit la relation de *sept* guérisons, tandis que, dans les mêmes conditions, notamment de domicile, deux malades, traités par d'autres médecins avec le sulfate de quinine ou la digitale, ont succombé.

« La méthode Netter, ajoute la rédaction, n'a pas de rivale que l'on pourrait juger supérieure. »

Quant à moi, depuis cette époque, je n'ai plus eu l'occasion d'observer la fièvre typhoïde. La guerre est survenue et mes préoccupations médicales ont dû se porter sur d'autres questions ; puis, la paix étant faite et mes trente ans de service ayant sonné, je me suis empressé de demander ma retraite. Depuis, à Paris, j'ai tenté de faire essayer la méthode par d'autres, mais vains efforts, les idées régnantes étant en opposition complète avec ma manière de voir. Je ne savais comment m'y prendre pour engager la pratique médicale dans cette voie, quand, à Strasbourg où je me trouve momentanément, j'apprends tout à coup que mon ancien opposant, M. le professeur Schutzenberger, est revenu de ses jugements contraires, proclamant aujourd'hui l'importance de l'élément buccal, l'importance des lésions linguales, nasales, pharyngiennes. C'est fort de cette conversion, que je viens prier, supplier, adjurer tous mes confrères d'essayer ma méthode, et en attendant que, dans une prochaine lettre, je fasse connaître l'ensemble des conditions du traitement, je les prie d'observer les suivan es :

1° Appeler l'attention des malades par la mauvaise odeur de leur bouche, et leur déclarer qu'il y a là, ainsi que dans les narines, quelque chose qui les empoisonne.

2° Mettre à leur disposition la solution des gargarismes acidulés (pour 200 grammes de décoction d'orge, 30 grammes de mellite, 25 grammes de vinaigre), *en quantité illimitée.* Qu'ils se gargarisent, se rincent la bouche et avec une petite éponge reniflent la solution dans les deux narines. Une fois que cette pratique sera instituée, on sera étonné de la quantité de solution que les malades consommeront d'eux-mêmes dans les vingt-quatre heures, tant ils s'en trouveront bien.

3° Les infirmiers doivent aider les malades dans ces opérations un peu pénibles, et, en cas d'adynamie trop profonde, s'ingénier à produire eux-mêmes le nettoiement, avec toutes les précautions commandées par les circonstances.

4° S'abstenir de tous remèdes spécifiques ou perturbateurs, sulfate de quinine, digitale.

A bientôt ma prochaine.

Agréez, etc.

A. Netter.

THÈSES

SOUTENUES A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

PENDANT L'ANNÉE 1873.

194. Louvet. Dissertation sur la glycosurie (glycosurie des femmes en lactation).

195. Dobranici. Du climat d'Alger, de sa valeur au point de vue de la tuberculose, comme station hivernale.

196. Le Roy. Essai sur la circulation des parties supérieures du fœtus et sur les conséquences de ses anomalies.

197. Denis. Étude sur la nature et le traitement de certaines formes d'irido-choroïdites.

198. Franca y Mazorra. Étude sur l'emploi de l'hydrate de chloral dans les accouchements et dans l'éclampsie.

199. Beaujolin. Considérations sur la rachialgie hysté ique.

200. Hamdy. Étude clinique et physiologique sur la propylamine et la trimétylamine.

201. Vedrine. De certains modes de début des tubercules du testicule.

202. Chaudol. De quelques faits nouveaux un peu connus relatifs aux variations de la température animale.

203. Coronel. De l'hémiplégie hystérique.

204. Cottard. De la valeur de la triméthylamine dans le traitement du rhumatisme articulaire.

204 *bis* (185). Paccoud. De l'ostéo-myélite chronique.

205. Barbarin. Contribution à l'étude des fractures chez les enfants.

206. Sabatié. Étude sur les tumeurs des méninges encéphaliques.

207. Guillenot. De l'hérédité de quelques lésions acquises.

208. Duverger. Diagnostic de certaines altérations de l'œil par l'éclairage latéral.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

La Société des médecins des bureaux de bienfaisance tiendra sa prochaine séance mercredi 9 juillet, à huit heures précises du soir, à la mairie du Louvre, place Saint-Germain-l'Auxerrois.

Ordre du jour : 1° Rapports sur les candidatures de M. Benoit et Morisson ; — 2° Suite de la discussion concernant l'arrêté relatif aux médecins des bureaux de bienfaisance; — 3° Observation d'un cas rare de mutilation.

— A céder à 12 minutes de Paris une position médicale. Rapport, susceptible d'augmentation, 8,000 fr. — S'adresser à M. Leclerc, libraire, place de l'École-de-Médecine, 14.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

La variole au point de vue épidémiologique et prophylactique, par Léon Colin, médecin principal de l'armée. — Paris, 1873. In-8° de XII-160 pages avec 3 figures de tracés. Prix : 3 fr. 50. — J.-B. Baillière et fils.

Tumeurs des amygdales, par le docteur R. Passaquay. — In-8°. Prix : 2 fr. 50. — Paris, Adrien Delahaye.

Traitement des plaies au moyen de l'acide phénique et des résultats que la nouvelle méthode a donnés pendant le siége de Paris, par le docteur Déclat. — 1 vol. in-12. Prix : 2 francs. — Paris, Adrien Delahaye.

De l'obésité et de son traitement, par M. le docteur L. Vacher, suivi d'une *Conférence sur le traitement de l'obésité*, par M. le docteur Niemeyer. Paris, 1873. In-8 de 67 pages. Prix : 1 fr. 50. — F. Savy.

Annuaire des eaux minérales pour 1873. — Un vol. in-18. Prix : 1 fr. 50. — Paris, H. Rey.

Le Directeur : Dr E. Le Sourd.

Paris. — Typographie A. Pougin, quai Voltaire, 13.

N° 77. — SAMEDI 5 JUILLET 1873. 46e ANNÉE. SAMEDI 5 JUILLET 1873. — N° 77.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Bureaux : 57, rue des Saints-Pères, 57
PRÈS L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix d'abonnement doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

On s'abonne hors de Paris dans les bureaux des Messageries et chez les Libraires. Les lettres non affranchies sont refusées.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui n'en peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS : Trois mois. . 8 fr. 50 c. — Six mois. . . 16 — — Un an. . . . 30 —

POUR L'ÉTRANGER le port en sus suivant les derniers tarifs des Postes.

REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE

Expectoration albumineuse, œdème du poumon congestion pulmonaire.

Le malade qui a été l'occasion de cette étude sur des formes nouvelles, ou du moins oubliées, d'expectoration albumineuse, vient d'avoir un quatrième accès.

Entre le premier et le second accès, l'intervalle avait été de deux mois et demi, entre le second et le troisième, de deux mois, entre le troisième et celui-ci il n'a été que de dix huit jours seulement.

La quantité de liquide rendu, très-abondante la première fois, puisqu'elle s'élevait environ à une cuvette et demie, moins abondante la seconde, environ une demi-cuvette, fut beaucoup moins abondante encore pendant les deux derniers accès, où de suite on a eu recours aux applications d'huile ammoniacale sur la région antérieure du cou.

Mais ce furent à peu près les seules différences.

L'accès débuta chaque fois de la même manière, c'est-à-dire subitement et inopinément.

Rien ne pouvait le faire prévoir la veille ; le malade se couchait dispos, sans oppression, sans la moindre toux. Il s'endormait d'un bon sommeil, et était tout à coup réveillé par la crise qui, dès le début, avait toute son activité.

Dès lors commençait avec l'oppression la toux pressée, mais non quinteuse, fort peu profonde, à secousse unique, ramenant par gorgées le liquide transparent qui, pour ainsi dire, pleuvait de toute part dans les poumons.

A ce moment, et pendant toute la crise, on trouvait à la percussion une sonorité parfaite des deux côtés. A l'auscultation, on entendait partout des râles *humides*.

Un peu plus tard, quand la crise elle-même était passée, la toux et l'expectoration changeaient de caractères. Alors quelques crachats consistants et visqueux se détachaient à de longs intervalles dans une petite quinte de toux. Ces crachats tombaient au fond du vase qui contenait le liquide d'abord expectoré.

Insistons un peu sur les caractères de ce liquide. Surmonté d'une mousse épaisse et persistante, il était, aussi bien dans une crise que dans l'autre, d'une transparence parfaite, d'une limpidité et d'une fluidité qui ne le rendent nullement comparable aux crachats filants de mucus.

Les deux premières fois, il était légèrement rougi par des globules sanguins qui en faisaient intimement partie.

Durant la troisième crise, il n'y eut pas de sang ni dans le liquide expectoré d'abord, ni dans les deux ou trois crachats épais et muqueux qui suivirent.

Ce matin la couche supérieure du liquide, celle qui avait été expectorée durant la crise, était également d'un jaune ambré sans mélange de sang, tandis que les quelques crachats qui survinrent ensuite et tombèrent au fond étaient très-nettement sanglants.

Du reste, qu'elle fût d'un jaune ambré ou légèrement rosée, cette expectoration qui avait lieu pendant la crise, n'en gardait pas moins une apparence tout à fait pathognomonique transparente, je le répète, gommant assez fortement le linge qui la recevait, et y produisant une tache plus colorée vers les bords ; elle avait cette viscosité particulière des liquides très-fortement albumineux et rappelait absolument par là, les liquides les plus visqueux extraits d'une cavité pleurale par la thoracentèse.

C'était aussi exactement la même couleur dans les deux crises où ce liquide ne fut pas teint de sang.

Et, notamment lors du troisième accès, alors qu'il n'y avait eu de sang ni dans le liquide expectoré ni dans les crachats qui le suivirent, ce liquide *prenait en masse* par la chaleur, de même par l'acide azotique ; et M. Bouchard, dans un examen fait à la Charité dans son laboratoire, y constata une proportion très-considérable d'albumine ainsi que je l'avais noté de mon coté.

Aujourd'hui je ne vis le malade que sept ou huit heures après la crise qui s'était produite comme d'ordinaire au milieu de la nuit. Le vase dans lequel il avait craché contenait en dessous de la couche ordinaire de mousse, un liquide ambré, transparent et clair qui représentait, me dit-on, l'expectoration de l'accès ; mais en outre il y avait au fond des crachats plus récents, et sanglants.

J'auscultai, et voici ce que je trouvai du côté droit de la poitrine, celui sur lequel le malade se couche d'ordinaire. Le bruit respiratoire y était diminué d'une façon générale, un peu de souffle doux s'y mêlait à quelques râles disséminés, très-fins, qui eussent rappelé le râle crépitant du début de la pneumonie s'ils ne se fussent pas fait entendre dans l'expiration aussi bien que dans l'inspiration, et si d'ailleurs ils eussent été cantonnés dans une zone mieux limitée. A peine y avait-il un peu de submatité à la percussion, et lorsque le malade parlait, les vibrations tho-

raciques paraissaient augmentées de ce côté d'une manière sensible.

Les crachats qu'il rendait à de longs intervalles étaient encore un peu sanglants, mais surtout composés de mucosités bronchiques.

Il persistait donc un certain degré de congestion après la crise, et cette congestion, qui ne produisait plus d'expectoration albumineuse, avait plutôt un peu la forme apoplectique.

Tout ceci est bon à noter.

On sait en effet que dans les organes très-riches en vaisseaux sanguins, tels que le poumon et l'intestin, le même genre de raptus congestif qui fait transsuder un liquide très-albumineux peut aussi, par de petites ruptures locales, produire des hémorrhagies interstitielles ou de surface; c'est ce qui arrive, par exemple, dans la dysentérie.

Si donc ces accès singuliers d'expectoration albumineuse alternant avec des accès d'asthme étaient réellement des accès d'hyperémie avec transsudation séreuse, il fallait s'attendre à ce que, parfois, il sortît non-seulement du sérum, mais du sang. Cette complication est ce qui fait le mieux concevoir le mécanisme de ces accès.

Je rappellerai d'abord que cette hémorrhagie, cette apoplexie pulmonaire se montra deux fois sous une forme, et une fois sous une autre. Elle manqua complétement lors du troisième accès.

Lors de ce troisième accès, non-seulement le liquide, complétement transparent, qui fut expectoré durant la crise n'était pas rose, mais les rares crachats muqueux rendus dans les heures suivantes ne contenaient pas un filet de sang.

Il y avait, au contraire, du sang dans le liquide expectoré lui-même, lors du premier et du second accès, car ce liquide en avait pris une légère teinte rosée.

Enfin, dans le dernier accès, il faut distinguer deux périodes, d'abord transsudation d'un liquide séreux, transparent et jaune, puis petites ruptures vasculaires et mélange d'un peu de sang aux crachats muqueux qui suivirent. En même temps, on constatait la persistance d'une congestion notable du côté droit.

Si j'insiste si longuement sur tous ces points, c'est que, pour pouvoir traiter utilement d'une question nosologique, il faut d'abord se rendre un compte exact de ce dont on parle. Il faut, avant tout, éviter le vague dans la conception et dans la détermination de la maladie, de l'affection ou du phénomène qui est en cause. Autrement, c'est en vain que l'on aurait recours aux procédés physiques, chimiques, mathématiques les plus minutieux, en poursuivant l'étude d'un problème mal posé, on subirait toujours les conséquences funestes du vague des idées premières.

C'est ce qui est arrivé, par exemple, à M. Woillez dans la discussion qui se poursuit à la Société médicale des hôpitaux, à propos des diverses formes d'expectoration albumineuse.

Les observations publiées par la *Gazette des hôpitaux* lui ont donné le désir d'étudier ces accès d'expectoration albumineuse qui peuvent alterner avec des accès d'asthme et qui sont si semblables par tous leurs caractères comme par leur nature intime à ceux qui surviennent à la suite de la thoracentèse.

Bien que de tels accès ne soient pas excessivement rares, puisque d'honorables confrères, MM. les docteurs Jalabert de Carcassonne, Renou, de Saumur, etc. ont pu répondre immédiatement à notre appel en nous envoyant des observations fort intéressantes, ils ne sont cependant pas tellement communs qu'on les rencontre journellement dans un service d'hôpital.

Si donc M. Woillez s'était bien rendu compte de la physionomie si caractéristique de ces accès dans leur début, leur marche, leurs retours, la forme spéciale de la toux, l'aspect et la nature du liquide expué, il eût pu peut-être attendre longtemps avant de trouver l'occasion d'avoir, lui aussi, des faits personnels à mettre en avant.

Mais confondant l'une avec l'autre toute espèce d'expectoration un peu liquide, il a de suite trouvé quatre cas à analyser.

« J'ai, dit-il, chargé récemment mon interne, M. Ory, de faire de nouvelles recherches à ce sujet à Lariboisière, et voici un extrait de la note qu'il m'a remise :

« Une expectoration séreuse a été constatée chez quatre malades de l'hôpital Lariboisière, dont *trois éprouvaient en même temps* un accès de dyspnée ou d'asthme symptomatique, dû à l'hyperémie pulmonaire dépendant d'un emphysème du poumon ou d'un anévrysme de l'aorte. Le quatrième malade était affecté de pleurésie. Sept examens du liquide expectoré ont été faits et ont produit les résultats suivants :

« *Premier malade* (salle Saint-Landry, 22). — Emphysème pulmonaire. Accès d'asthme avec expectoration d'un crachoir en vingt-quatre heures de *mucosités transparentes, visqueuses, aérées.* — Le 12 juin courant, ce liquide, filtré, devient opalin par la chaleur ou l'acide azotique employés isolément ; il donne par la chaleur et l'acide azotique réunis un précipité d'albumine en petites lamelles qui, par le repos, n'occupent que 1/10 de la hauteur du liquide.

« Le 19 juin, nouvelle exploration de liquide semblable au précédent, et expectoré pendant un nouvel accès : mêmes caractères par la chaleur et l'acide azotique employés isolément ou simultanément.

« *Deuxième malade.* — Emphysème pulmonaire, accès de dyspnée ou d'asthme le 18 juin, avec expectoration de crachats *filants, grisâtres,* transparents, ayant rempli les trois quarts d'un crachoir en dix huit heures. — Traité par la chaleur ou l'acide azotique, ce liquide devient un peu louche, et donne par la chaleur avec l'acide azotique un précipité plus accentué qui, par le repos, n'occupe que le neuvième de la hauteur du liquide dans le tube à expérience.

« *Troisième malade.* — Anévrysme de l'aorte. Accès de dyspnée avec expectoration d'un liquide transparent, spumeux, grisâtre, visqueux (un crachoir et demi en vingt-quatre heures), fourni à M. Ory par son collègue M. Barety, interne du docteur Millard. — Ce liquide, traité comme les précédents, donne absolument les mêmes réactions par la chaleur et l'acide azotique. Le précipité occupe 1/9 seulement de la hauteur du liquide.

« *Quatrième malade* (salle Saint-Landry, 31). — Pleurésie du côté droit, sans dyspnée prononcée. Expectoration peu abondante de crachats transparents, *grisâtres, aérés,* qui, traités le 18 juin comme les précédents, donnent des résultats identiques.

« Le 19 juin, liquide semblable plus abondant, avec un précipité d'albumine de la hauteur de 1/6 de la hauteur du liquide par le repos, après avoir été traité par l'acide azotique et la chaleur.

« Le 21, même expectoration, survenue alors que, la veille, l'augmentation de l'épanchement avait nécessité la thoracentèse. — Le liquide, transparent, beaucoup plus clair que celui retiré de la plèvre, qui a une teinte rougeâtre, donne un léger précipité (1/8 par le repos) tout à fait semblable à celui des deux premières expériences.

« Le liquide pleurétique fournit, au contraire, un précipité caillebotté d'albumine envahissant tout le liquide en masse caractéristique. »

Certes, je n'ai pas besoin d'insister sur les différences profondes qui séparent les crachats grisâtres, visqueux, aérés, expectorés pendant un accès d'asthme, d'avec le liquide jaune, collant (mais non filant, et non visqueux à la manière des mucosités) qui, sans effort, par une sorte d'expuition saccadée, était rendu par flots dans quelques-unes des observations rapportées ci-dessus. Chez mon malade, lors du premier accès, la quantité rendue en moins de deux heures fut d'une cuvette et demie. J'ai cherché récemment, en mesurant les cuvettes, à me rendre compte plus exactement de cette quantité, et en défalquant l'espace occupé par cette mousse épaisse qui recouvrait le liquide, j'ai calculé que ce devait être environ deux litres et demi.

Quant à la marche des accès, elle est tout autre. Ici les crachats sont expectorés durant un accès ordinaire d'asthme ou d'emphysème, etc. Chez mon malade l'expectoration albumineuse avait pris la place de l'accès d'asthme.

Enfin, tout paraît dissemblable, y compris le début, la marche, les complications, les conséquences.

Il ne faut donc pas s'étonner si M. Woillez ayant eu affaire à tout autre chose, refuse d'admettre la nature véritablement albumineuse des expectorations qui surviennent en l'absence de toute pleurésie.

« Je pense, dit-il en concluant :

« 1° Que l'expectoration séreuse accidentelle, dite albumineuse, peut être due, dans des conditions diverses, à la congestion pulmonaire ;

« 2° Qu'il peut en être ainsi, en particulier, dans la pleurésie,

« 3° Que la lésion du poumon par le trocart, dans l'opération de la thoracentèse, peut donner lieu également à une expectoration séreuse due au passage du liquide pleurétique dans les vacuoles pulmonaires et dans les bronches ;

« 4° Que la source pleurale de l'expectoration séreuse après la thoracentèse paraît démontrée par la similitude des liquides de l'expectoration et de la ponction, et surtout par l'abondance considérable de l'albumine que l'un et l'autre de ces liquides présentent ; tandis que, dans les expectorations séreuses par hyperémie pulmonaire, la quantité d'albumine est relativement insignifiante.

« En arrivant à ces conclusions, et en rapportant l'expectoration séreuse à deux causes principales, à l'hyperémie pulmonaire et à la lésion du poumon par le trocart, je ne prétends pas trancher sans appel cette question nouvelle et déjà si controversée. J'en reconnais les difficultés, et il est à désirer que tout le monde les reconnaisse également, et sans parti pris.

« Malgré les judicieuses raisons données par nos savants collègues, M. Moutard-Martin et, hors de cette enceinte, M. le professeur Béhier, raisons auxquelles j'en ai opposé dont on jugera la valeur, je ne puis rejeter comme eux l'explication de l'expectoration albumineuse due quelquefois — très-rarement, si l'on veut — à la ponction traumatique du poumon. Pour moi, cette question ne sera définitivement résolue que lorsqu'on aura confirmé, ou combattu victorieusement par de nouveaux faits, certaines données sur lesquelles j'ai basé mon argumentation, parce que je les ai admises comme démontrées jusqu'à présent.

« Une précipitation très-abondante d'albumine semblable à celle que donne la sérosité intra pleurale peut-elle avoir lieu dans un liquide séreux expectoré sans communication accidentelle ou traumatique de la cavité pleurale avec les vacuoles pulmonaires ? Telle est, en définitive, la question qui me paraît devoir être l'objectif principal des recherches. »

A cette question, la réponse était faite aussi complétement que possible.

En dehors des faits publiés par la *Gazette des Hôpitaux*, de ce liquide prenant en masse par la chaleur ou par l'acide nitrique, M. Woillez eût pu la trouver notamment dans la *Gazette médicale de Bordeaux*, où M. Labat a donné de très-curieuses observations d'expectoration albumineuse avec analyse du liquide.

En outre de ceux-là, M. Labat nous a communiqué quelques nouveaux faits, dont nous aurons prochainement à parler.

Dr Victor Revillout.

D'UNE NOUVELLE FORME DE SIROP RECONSTITUANT

Par M. le docteur J.-C. Petit.

Il y a environ dix-huit mois, un pharmacien de Paris publiait un prospectus dans lequel il annonçait, sous le nom de sirop reconstituant au phosphate de chaux de Barbarin, une préparation d'un goût agréable, qui pouvait, d'après lui, remplacer l'huile de foie de morue, et dont l'action était même plus prompte.

Un médicament qui remplirait ces promesses serait assurément bien accueilli par le monde médical. Que de difficultés n'avons-nous pas, en effet, pour forcer nos clients à se mettre à ce régime, et qui de nous n'a pas vu souvent, malgré ses instances, ses prescriptions négligées par le malade impuissant à surmonter sa répugnance pour cette huile d'une odeur et d'une saveur si désagréables.

Peu de temps après avoir eu connaissance de ce prospectus, je vis administrer le sirop de Barbarin à quelques malades de l'Hôtel-Dieu, j'en surveillai les effets, et je pus voir qu'il n'y avait rien d'exagéré dans le prospectus. Néanmoins, avant de rien avancer, j'ai voulu moi-même faire de nouveaux essais. Je me suis procuré du sirop Barbarin, j'en ai administré à des anémiques, des lymphatiques, des scrofuleux, des rachitiques, des enfants, des femmes enceintes, des nourrices, enfin à un grand nombre de personnes faibles ou fatiguées, et j'ai été frappé de ses effets.

Aussi, je croirais manquer à mon devoir si je ne signalais pas ici cette préparation, que beaucoup sans doute de mes collègues connaissent, mais qui ne saurait trop être vulgarisée en raison des grands services qu'elle peut rendre.

Je la faisais prendre, suivant l'indication de son auteur, à la dose de trois cuillerées à bouche par jour, pour les adultes, et deux cuillerées pour les enfants. Tous ceux qui en ont fait usage le trouvaient fort agréable à boire, surtout quand ils le mélangeaient à du vin rouge. Tous, après peu de jours, avaient une notable augmentation d'appétit, et, chez aucun, je n'ai constaté cette fâcheuse tendance au sommeil qu'occasionnent souvent d'autres préparations similaires. Pour moi, le sirop de Barbarin est un excellent fortifiant et un puissant dépuratif ; aussi, je félicite son auteur d'avoir employé aussi utilement le temps qu'il a passé dans les hôpitaux, et je souhaite qu'il en soit récompensé comme il le mérite.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Séance du 22 février 1873 (1). — Présidence de M. Lunier.

M. Aimé Martin termine ainsi son rapport :

Mais ce qui est plus probant encore que tout le reste, c'est l'observation du vaccinifère communiquée à M. Bédoin par M. le docteur Perret, médecin aide-major au 97e de ligne. On se souvient

(1) Suite. — Voir les numéros des 20 mai, 3, 10 et 24 juin 1873.

que ce soldat qui a fourni du vaccin à J... se nomme L..., et qu'il a été vacciné en même temps que S... Je vous ai promis de retrouver ce L..., et je tiens ma parole avec d'autant plus de plaisir que la note suivante, qui le concerne, va dissiper tous vos doutes, s'il vous en reste encore.

« L... (Jean), vingt-cinq ans, natif de la Corrèze, arrivé au corps comme remplaçant le 22 octobre 1869. — Antécédents héréditaires nuls. — Trois ou quatre mois avant l'incorporation, uréthrite et orchite. — Jamais malade depuis. — Aucune cicatrice aux organes génitaux. — Vacciné dans son enfance; pas de traces. — Inoculé le 27 octobre 1869 en neuf points (cinq au bras gauche) qui, selon son dire, ont saigné et donné tous naissance à des pustules vaccinales. Celles-ci n'étaient pas guéries le 23 novembre et avaient déterminé de l'adénopathie axillaire des deux côtés et même de l'adénopathie cervicale. La cicatrisation s'est effectuée vers le 20 décembre (environ deux mois après la vaccination). Au moment de l'examen (janvier 1870), aucun symptôme syphilitique, mais un peu d'adénopathie cervicale et une sorte de prurit aux points inoculés dont les cicatrices, encore rouges, ont un demi-centimètre à $0^{m},01$ de diamètre. »

L... n'a pas été suivi après cette date; mais son état ne peut guère laisser de doutes de l'apparition ultérieure d'accidents syphilitiques. Quel aurait pu être le diagnostic porté sur la nature de ces interminables ulcérations? Est-ce encore une forme de vaccine morbide? Il faudrait, dans ce cas, admirer cette singulière coïncidence des mêmes complications chez le vaccinifère et le vacciné, et comment expliquer la persistance de cette adénopathie cervicale?

« Pour ce qui concerne S..., la question de la syphilis, dit M. Bédoin, est tout à fait nette, et l'analyse seule de la plupart des symptômes qu'il a présentés à notre observation pendant son séjour à l'hôpital suffit à faire diagnostiquer la vérole. »

Je partage entièrement l'opinion de M. Bédoin, et j'ajouterai même que le cas est *type*.

Incubation constatée de vingt jours pour le chancre infectant; induration, adénopathie symptomatique.

Deux mois après l'inoculation, angine, roséole, impétigo du cuir chevelu; puis, quelques jours plus tard, plaques muqueuses, hypertrophie des amygdales, etc.

Les délais classiques ne peuvent être plus rigoureusement observés en considérant la lésion du bras comme un chancre infectant.

Pourquoi donc alors, M. Bédoin, tout en reconnaissant tous ces faits, ne voit-il dans la lésion du bras de S..., comme dans celle de J..., qu'une forme de vaccine morbide qui n'a pas été la porte d'entrée de la syphilis? parce que le vaccinifère, un soldat nommé C..., n'aurait pas présenté la moindre trace de syphilis, et que cent cinquante-huit hommes auraient été vaccinés avec du vaccin emprunté à S..., L..., B... et R... auxquels avait été inoculé le vaccin de C..., sans qu'un seul d'entre eux ait été infecté.

A priori, l'argument semble décisif; il est vrai qu'il perd bien un peu de son importance quand on songe que J... fait partie des cent cinquante-huit hommes et que S... et L... appartenaient à la première série. En admettant qu'il fût irréfutable, il resterait encore à trouver comment S... a pu contracter la vérole, et par quelle porte cette dernière est entrée pour faire élection de domicile dans son organisme. Cette recherche était difficile, et la solution a dû en paraître introuvable à notre honorable confrère, puisqu'il ne l'a point faite.

Mais je reviens à l'argument capital tiré de la bonne santé apparente de C... et de l'innocuité de la vaccination pour cent cinquante-neuf hommes sur cent soixante-deux auxquels a été inoculé du vaccin provenant de C..., directement ou indirectement.

D'abord, les renseignements sur C... sont-ils suffisamment formels? Le 97e régiment de ligne a quitté Quimper dans les premiers jours de novembre pour venir à Lyon. C..., qui fait partie de la compagnie hors rang, reste à Quimper avec le dépôt, et la note remise à son sujet à M. Bédoin, par M. Noël, médecin-major du 97e, qui, lui, a nécessairement suivi le régiment à Lyon, ne porte que sur l'état de ce soldat au commencement de novembre, c'est-à-dire à l'époque des revaccinations. « A cette époque, dit M. Noël, C... jouissait d'un état de santé excellent, comme on en voit même rarement chez les hommes de la compagnie hors rang. » Que le susdit C... présentait, à cette époque, toutes les apparences d'une santé florissante, personne n'en doutera; il est bien évident que, sans cela, on ne l'eût pas choisi comme vaccinifère; mais ce qu'il serait important, extrêmement important de savoir, c'est ce qu'est devenu C... après le départ du 97e régiment de ligne, qui le laissait comme une épave à Quimper. Sur ce point, le mémoire de M. Bédoin est muet. C... a-t-il continué à écraser de la supériorité de sa santé ses camarades de la compagnie hors rang, s'est-il mis à leur unisson? ou, pis que cela encore, a-t-il présenté les premières manifestations apparentes d'une syphilis déjà acquise le 27 octobre et alors à sa période d'incubation? Toutes les suppositions sont permises en l'absence de faits précis; et, pour ma part, je penche fortement vers la dernière, qui me donne la clef d'une contagion que les hypothèses de notre honorable confrère ne sont pas parvenues à expliquer.

Passons maintenant à l'argument tiré de l'innocuité de la vaccination pour cent cinquante-neuf vaccinés sur cent soixante-deux.

Dans un très-grand nombre de cas cités par les auteurs, la proportion des indemnes, eu égard aux infectés, a été à peu près la même que dans ce cas. Il existe même des observations dans lesquelles aucun des sujets vaccinés avec du vaccin pris sur un individu notoirement reconnu syphilitique, n'a été infecté. (Je donnerai tout à l'heure la raison de ce fait qui semble singulier au premier abord.)

La Société de médecine de Paris, je suis fier de le dire, fut la première société savante qui discuta cette question de la possibilité de la transmission de la syphilis par la vaccination, en 1839. Si elle la résolut dans le sens négatif, c'est qu'aucun des faits si probants qui ont été produits depuis n'avait encore vu le jour, et c'est qu'aussi, à cette même date, un praticien distingué de Paris, M. Bidart, ayant vacciné quatre enfants sains avec du vaccin pris à un enfant qu'il reconnut être syphilitique quelques jours plus tard, vit les quatre enfants échapper à la contagion. On n'avait pas alors la possibilité d'expliquer cette immunité, et on devait conclure comme le firent nos devanciers; mais je ferai observer que ce premier fait prouve tout au moins qu'un individu sain, vacciné sur un syphilitique, n'est pas forcément atteint de vérole.

Dans la première série des faits observés en 1821 par le professeur Cérioli (de Crémone), je vois que cent enfants vaccinés sur P... A... et B... G..., dont le premier, atteint alors de syphilis, est mort peu de temps après de cette maladie, je vois déjà, dis-je, que ces cent enfants furent *tous* indemnes.

En 1850, M. le docteur Lecoq, médecin-major du 1er régiment d'infanterie de marine, alors en garnison à Cherbourg, revaccina une partie des hommes de son régiment avec du vaccin pris sur les pustules d'un soldat qu'on croyait sain et qui, informations prises, fut reconnu pour avoir eu, trois mois auparavant, un chancre induré, mais qui, alors, ne présentait aucun accident. L'immense majorité des revaccinés échappa à la contagion; deux hommes seulement furent contaminés, et leurs observations, communiquées par M. le docteur Lecoq à M. Viennois, et rapportées *in extenso* par ce dernier dans son excellente *Étude de la transmission de la syphilis par la vaccination* (Paris, 1860), offrent la plus grande analogie avec celles de S... et de J...; la description des accidents primitifs développés aux points des inoculations vaccinales est identique à celle que M. le docteur Bédoin nous a faite des accidents analogues observés chez ses deux malades.

Dans le procès du médecin bavarois Hubner qui eut, en 1853, un si grand retentissement dans la presse médicale, le docteur Heine, médecin expert, rapporte que les enfants B... et G..., tous deux syphilitiques, fournirent du vaccin à toute une paroisse. Sur une soixantaine d'enfants auxquels on inocula leur vaccin, deux seulement furent infectés de syphilis.

J'ai eu, pour ma part, une seule fois l'occasion d'observer un cas

de syphilis transmise par la vaccination; c'était dans le service dont j'étais chargé à l'hôpital d'Ivry, en janvier 1870. Le sujet de mon observation était un pauvre mobile qui avait été vacciné, avec tout son bataillon au début du siége de Paris. Lorsqu'il me fut envoyé, je constatai trois chancres infectants, en voie de cicatrisation, au niveau des piqûres vaccinales. Le malheureux était couvert d'une éruption papuleuse plus confluente que je n'en vis jamais; il n'avait plus un cheveu, et ses jambes étaient couvertes de croûtes d'ecthyma. D'après ce qu'il me dit et ce que je pus apprendre par quelques-uns de ses camarades, il avait été le seul infecté dans tout le bataillon. Les circonstances ne me permirent pas de faire une enquête bien sérieuse, aussi ne citerai-je ce fait que parce que mon malade avait été le seul infecté parmi un très-grand nombre d'hommes vaccinés le même jour que lui avec du vaccin puisé à la même source.

Je pourrais, messieurs, si je ne craignais de fatiguer votre attention, dont j'abuse vraiment, multiplier ces citations; mais je crois en avoir assez dit pour démontrer que le nombre relativement faible des soldats contaminés dans les faits de M. Bédoin n'a rien d'exceptionnel, et que l'argument qu'il a cru pouvoir en tirer en faveur de son hypothèse n'est pas, plus que le précédent, suffisamment solide pour entraîner notre conviction.

Après les longues discussions auxquelles des faits analogues à ceux que nous étudions ont donné lieu dans les publications médicales et à la tribune de l'Académie de médecine, je crois que l'opinion du public médical est fixée aujourd'hui. Il paraît établi que le liquide vaccinal *pur* ne transmet que la vaccine, et que c'est le sang, accidentellement mêlé au vaccin, qui sert de véhicule au virus syphilitique. Les expériences de Waller, de l'anonyme du Palatinat, de Gibert en 1859, de Pellizzari en 1860, et de Lindwurm en 1861, ne laissent aucun doute sur la contagion du sang syphilitique, niée autrefois par l'illustre Hunter, que la transmission de la vérole de la mère au fœtus qui, dans la plupart des cas, ne peut se faire que par l'intermédiaire du sang, aurait dû cependant éclairer. M. Viennois, qui a le premier émis cette idée que, dans les cas de syphilis transmise par la vaccination c'est le sang qui a servi de véhicule au virus, a étudié tous les faits de transmissions observés dans ces dernières années, et dans les plus connus, notamment ceux de M. Sébastian (de Béziers) et de Campo-Basso (fait de Marone), il a pu démontrer que c'est en se chargeant de sang mélangé au vaccin que la lancette a réalisé les conditions nécessaires à la contagion syphilitique, et explique ainsi pourquoi, sur un certain nombre d'individus vaccinés avec du vaccin pris à un syphilitique, les uns sont infectés et les autres restent indemnes.

Dans une excellente thèse, soutenue devant la Faculté de Paris, et dont il a été fort souvent question dans la discussion de l'Académie, M. le docteur Delzenne, ancien interne de Saint-Lazare, est venu apporter de nouveaux faits à la théorie de M. Viennois, aujourd'hui admise par tous les syphiliographes.

Et notez, messieurs, que dans la plus concluante des observations de M. Bédoin, notre confrère constate que lorsque S... fut interrogé, il prétendit que les pustules de C... avaient saigné un peu au moment où on leur emprunta le vaccin qui lui fut inoculé. On ne peut, certes, prétendre que S..., en faisant cette déclaration, fût préoccupé de vues théoriques, et je crois qu'on doit accepter sans réserves les allégations de cet homme dont l'histoire apporte une nouvelle assise à une doctrine déjà bien établie.

J'ajouterai, si ce dernier détail (très-important pour moi) peut encore contribuer à entraîner votre conviction, que lorsque S... et J... étaient en traitement à l'hôpital militaire de Lyon, le chef du service dans lequel ils avaient été placés voulut avoir, sur la nature et la cause de l'affection dont ils étaient atteints, l'opinion de deux hommes dont la compétence n'est niée par personne. MM. Rollet et Viennois, appelés auprès de ces malades, formulèrent très-catégoriquement le diagnostic *syphilis vaccinale*. Une note, inspirée par ces deux syphiliographes si distingués, parut à quelques jours de là dans le *Lyon médical* (n° 4, 13 février 1870, p. 287). Cette note est ainsi conçue : « Nous apprenons que deux cas de syphilis, transmise par la vaccination, viennent d'être observés à l'hôpital militaire de Lyon. Deux soldats, exempts de syphilis jusqu'alors, avaient été vaccinés, il y a quelques mois, à leur entrée au corps, comme on le pratique toujours en pareil cas. La pustule vaccinale a été très longue à guérir ; elle s'est transformée en chancre syphilitique; puis ont paru des symptômes secondaires et en particulier des pustules ecthymateuses qui se sont développées plus tard sur les membres, etc. »

Le témoignage de MM. Rollet et Viennois a d'autant plus d'autorité que la question à laquelle se rattachent les observations de S... et de J... est une de celles qui ont le plus préoccupé ces deux spécialistes éminents. Ils ont les premiers appelé sur elle l'attention du public médical en soumettant à une critique rigoureuse tous les faits rapportés par les auteurs; et, mieux que personne, ils étaient à même d'établir, dans ces deux cas, un diagnostic précis. Ils l'ont fait sans hésitation. Je me félicite d'être arrivé au même résultat qu'eux par une autre voie ; je serai doublement heureux si je suis parvenu à vous faire partager mon opinion.

Je dois vous dire maintenant, messieurs, que le mémoire que M. Bédoin nous a adressé est très-complet et très-étudié; il a analysé, disséqué ses deux observations avec un soin scrupuleux, et si je n'approuve pas les conclusions qu'il a tirées des faits qu'il nous a rapportés, je n'en rends pas moins justice à toutes les qualités dont son travail porte la marque.

Ce candidat nous a, en outre, envoyé sa thèse inaugurale intitulée : *Considérations de pathologie générale sur la peau*. Cette thèse, soutenue devant la Faculté de Strasbourg, en 1867, est un excellent résumé des opinions du regretté et illustre professeur Küss, et un témoignage de l'esprit de recherches et d'innovations scientifiques qui animait cette grande École médicale si tristement séparée de nous.

M. Bédoin a encore publié :

1° Une notice sur le typhus en Algérie, d'après des observations recueillies à l'infirmerie arabe de Médéah ;

2° Une notice statistique sur un traitement fort simple de l'uréthrite, adressée au Conseil de santé des armées;

3° Une note sur un suicide par coup de feu (fusil Chassepot), adressée au Conseil de santé des armées, au Congrès médical de Lyon et à l'Académie des sciences;

4° Une description d'un brancard-lit à l'usage des petites ambulances volantes de cavalerie, lue à la Société de médecine de Rouen.

L'énumération de tous ces travaux sera pour nous, messieurs, une preuve de l'esprit scientifique dont M. Bédoin est animé et qui le pousse à étudier avec ardeur tous les sujets qui se rapportent à son art, sujets si variés pour lui que sa carrière nomade de médecin militaire entraîne si souvent vers de nouveaux champs d'observation. Je suis persuadé que M. Bédoin sera pour nous une excellente recrue, et je viens vous proposer de le nommer membre correspondant de la Société de médecine de Paris.

(A suivre.)

JURISPRUDENCE MÉDICALE

Cas de nullité de mariage.

Un procès, qui a présenté un très-grand intérêt médico-légal, s'est plaidé depuis quelques années à Alais, à Nîmes, à Paris, à Montpellier, puis enfin à Alais, et vient de se terminer par la radiation d'un mariage sur les registres de l'état civil. Nous croyons utile, dans l'intérêt de la science, de faire passer sous les yeux de nos lecteurs les diverses pièces d'une affaire qui crée un précédent juridique bien digne d'être médité.

Le 20 décembre 1866, à Alais (Gard), le sieur Antoine-Étienne Darbousse, propriétaire, alors âgé de vingt-trois ans, contractait

mariage avec la personne connue et inscrite sur les registres de l'état civil de la même commune, sous les prénoms et nom d'Anne-Justine Jumas, née le 19 juillet 1841, âgée par conséquent de vingt-cinq ans.

Les époux vécurent ensemble pendant plus de deux ans.

Deux ans et demi après la célébration de ce mariage, le sieur Darbousse prétendait que Justine Jumas, sous les apparences d'une femme, n'avait aucun des organes qui constituent son sexe, que, par conséquent, n'étant pas une femme, le mariage contracté avec elle n'existait réellement pas, assignait ladite Anne-Justine Jumas, par exploit du 8 mars 1869, devant le tribunal civil d'Alais, pour voir déclarer nul et inexistant leur prétendu mariage et le contrat de mariage qui avait précédé cette union.

Très-subsidiairement, ledit Darbousse demandait d'être admis à faire vérifier par tel expert-médecin qu'il plairait au tribunal de commettre l'état physique de ladite Justine Jumas, et constater chez elle l'absence de tous les organes propres au sexe féminin.

Justine Jumas s'opposa à cette demande en nullité, et soutint que, sans examiner si au fond cette demande en nullité pouvait être accueillie, l'action de Darbousse devait être repoussée d'ores et déjà, en vertu de l'article 181 du Code civil, d'après lequel la demande en nullité n'est pas recevable toutes les fois qu'il y a eu cohabitation continue pendant six mois depuis que l'époux avait reconnu la prétendue erreur. Or, dans l'espèce, Darbousse et Justine Jumas avaient cohabité ensemble depuis le 20 décembre 1866, et Darbousse avait dû, le jour même de son mariage, reconnaître l'erreur de sexe dont il se plaignait aujourd'hui.

Sur ces prétentions respectives, le tribunal civil d'Alais rendit, à la date du 29 avril 1869, un jugement dont voici le texte, et qui résume suffisamment les moyens sur lesquels était fondée la demande en nullité proposée :

« Sur la fin de non-recevoir proposée par la partie défenderesse :

« Attendu que Darbousse n'attaque pas l'acte civil de son mariage parce qu'il y aurait eu erreur dans la personne physique de celle à laquelle il avait voulu s'unir, mais qu'il demande formellement au tribunal de reconnaître et déclarer que ledit acte n'a jamais légalement existé, comme mariage, par suite d'un vice radical qui l'a affecté *ab initio* ; que les dispositions invoquées des articles 180, dernier paragraphe, et 181 du Code Napoléon sont dès lors inapplicables dans l'espèce, et qu'ainsi ladite exception doit être simplement rejetée, comme irrecevable et mal fondée ;

« Au fond :

« Attendu que le mariage est l'union légitime de l'homme et de la femme ; qu'il ne peut donc être valablement contracté qu'entre deux personnes de sexe différent ; d'où suit qu'il est essentiellement vicié dans son principe lorsque les conjoints apparents sont du même sexe ou que l'un d'eux manque absolument des organes naturels constitutifs du sexe, même différent, de celui de l'autre, auquel il prétend appartenir ;

« Attendu qu'il est articulé par Darbousse, que la partie de Villaret, avec laquelle il a contracté mariage le 20 décembre 1866, ne possède aucun des organes distinctifs de la femme ; qu'elle n'a ni seins, ni ovaire, ni matrice, ni vagin ; que son bassin est conformé plutôt comme celui d'un homme que comme celui d'une femme, et que, quoique âgée de vingt-sept ans, elle n'a jamais eu encore ni règles, ni douleurs lombaires et abdominales périodiques ;

« Attendu que le mérite réel de ladite articulation ne peut être exactement apprécié qu'au moyen surtout d'une expertise préalable, et que quelque répugnance que l'on puisse éprouver à l'emploi de cette mesure d'instruction, il y a toutefois lieu de l'ordonner, alors qu'à la différence de la vérification, toujours conjecturale, de l'impuissance naturelle alléguée de l'un des époux à raison d'un simple vice de conformation dans certains de ces organes, le résultat de ladite mesure, dans l'espèce, devra nécessairement aboutir à la démonstration certaine du fait purement matériel à vérifier, si la partie défenderesse est ou n'est pas privée de tous les organes naturels distinctifs de la femme, les uns externes et apparents et les autres internes, il est vrai, mais dont l'existence ou la non-existence pour des gens de l'art sera non moins facile à constater ;

« Attendu que ledit Darbousse, offrant en outre de prouver, tant par titres que par témoins, soit les susdits faits ci-dessus articulés, soit les suivants, à savoir : 1° qu'une sage-femme d'Alais, par qui ladite partie défenderesse s'est déjà volontairement fait visiter, a constaté et raconté à plusieurs personnes qu'elle était réellement privée desdits organes distinctifs de la femme ; et 2° que cette dernière a elle-même reconnu par écrit le fait de cette absence complète chez elle de ces susdits organes ; et ladite preuve étant suffisamment pertinente et concluante, il y a également lieu, pour mieux éclairer encore la religion du tribunal sur le litige si grave dont il est saisi, d'admettre ledit Darbousse à la rapporter ;

« Par ces motifs,

« Le tribunal,

« Ouï M. Raisin, substitut de M. le procureur impérial, en ses conclusions, jugeant en matière ordinaire et en premier ressort, avant dire droit au fond, tous droits, moyens et exceptions des parties tenant et réservés, commet la demoiselle Anna Puejac, sage-femme en chef de la maternité de Montpellier, à l'effet de voir et visiter ladite partie de Me Villaret et de rapporter si elle est matériellement privée, ou ne l'est pas, de tous les organes naturels constitutifs du sexe féminin ; si réellement elle n'a ni seins, ni ovaires, ni matrice, ni vagin ; si son bassin est conformé plutôt comme celui d'un homme que comme celui d'une femme, et si elle n'a jamais eu jusqu'ici ni règles, ni douleurs lombaires et abdominales périodiques ;

« Ordonne que ladite demoiselle sera assistée du docteur Fabre (d'Alais), chargé spécialement de se concerter préalablement avec elle sur la manière dont ladite vérification devra être faite, de recueillir ensuite lui-même, dans un appartement séparé de celui où il y sera procédé, le résultat de l'examen et des constatations dudit expert, et de rapporter à son tour, eu égard à ce même résultat, si, d'après sa propre opinion, ladite partie défenderesse est ou n'est pas réellement privée matériellement de tous lesdits organes naturels constitutifs du sexe féminin ;

« Dit qu'au cas de refus ou d'empêchement de leur part, lesdits experts seront remplacés par le président du siége par simple ordonnance à pied de requête ;

« Ordonne qu'ils prêteront préalablement serment devant ce magistrat ;

« Admet, en outre, Barbousse à prouver, tant par titres que par témoins, en la forme des enquêtes ordinaires et devant M. Bès de Berc, juge du siége, à ces fins commis, soit les divers faits soumis aux investigations de ladite sage-femme en chef, soit les suivants : 1° qu'une sage-femme d'Alais, par qui la partie défenderesse s'est déjà volontairement fait visiter, a constaté et raconté à plusieurs personnes qu'elle était réellement privée de tous les organes distinctifs de la femme ; et 2° que cette dernière a elle-même reconnu par écrit le fait de cette absence complète chez elle de ces susdits organes ;

« Admet ladite partie défenderesse à la preuve des faits contraires en la même forme et devant le même juge commissaire ;

« Pour, sur le rapport desdits experts, qui pourra être dressé séparément ou en commun, et lesdites enquêtes et contre-enquêtes faites, ou faute de l'être, être ensuite requis par les parties et statué par le Tribunal ce qu'il appartiendra ;

« Dépens réservés. »

(A suivre.)

THÈSES

SOUTENUES A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

PENDANT L'ANNÉE 1873.

209. Rontin. Quelques considérations sur l'aphasie.

210. Contribution à l'étude du rétrécissement spasmodique de l'œsophage et du vaginisme.

211. Vernier. Quelques considérations sur le purpura hémorrha-

gique primitif et le purpura secondaire, spécialement dans la tuberculose.

212. Spiral. De la contracture de l'orbiculaire qui peut survenir à la suite de fissure palbébrale.

213. Testaud. Névralgie diaphragmatique.

214. Nicolas. Du traitement de la fièvre intermittente d'origine paludéenne.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

M. le docteur Laskowski, professeur libre d'anatomie, recommencera son nouveau cours d'anatomie descriptive dans son amphithéâtre particulier, rue de l'École-de-Médecine, 39, le jeudi 10 juillet prochain, à une heure de l'après-midi, et le continuera tous les jours à la même heure.

Ce cours sera terminé vers la fin d'octobre, et sera spécialement destiné pour les élèves qui désirent passer le premier examen de doctorat ou le second de fin d'année, immédiatement après les vacances, ainsi que pour ceux qui veulent se présenter pour le concours de l'externat.

Toutes les démonstrations seront faites sur une collection complète des pièces anatomiques conservées.

On s'inscrit tous les jours, de quatre à cinq heures, rue des Saints-Pères, 78.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

De l'épididymite caséeuse, par le docteur Mougin. — 1 vol. in-8°. — Prix : 2 fr. — Paris, Adrien Delahaye.

Étude médicale sur l'eau de la Bourboule, les conditions dans lesquelles on l'emploie, ses effets physiologiques, par le docteur L. Choussy, médecin consultant à la Bourboule. — In-8°. Prix : 2 francs. — Paris, Adrien Delahaye.

La paralysie du nerf sympathique cervical. Étude clinique par le docteur William Nicati. — In-8°. Prix : 2 fr. 50. — Paris, Adrien Delahaye.

De la galvanocaustie thermique, par le docteur Eug. Bœckel, chirurgien titulaire de l'hôpital civil de Strasbourg. — Paris, 1873, in-8° de 116 pages, avec trois planches lithographiées. Prix : 3 francs. — J.-Baillière et fils.

Le Directeur : Dr E. Le Sourd.

Paris. — Typographie A. Pougin, quai Voltaire, 13.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Bureaux : 57, rue des Saints-Pères, 57
PRÈS L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix d'abonnement doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois

On s'abonne hors de Paris dans les bureaux des Messageries et chez les Libraires
Les lettres non affranchies sont refusées.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui n'en peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS: Trois mois. . 8 fr. 50 c. — Six mois. . . 16 — — Un an. . . . 30 —

POUR L'ÉTRANGER le port en sus suivant les derniers tarifs des Postes.

Paris, le 7 juillet 1873.

SÉANCE DE L'ACADÉMIE DES SCIENCES

Revenant sur la communication qu'il avait faite à l'Académie touchant l'observation d'un aphasique, M. Bouillaud se propose d'expliquer les phénomènes qui se rattachent à cette curieuse maladie. L'illustre professeur s'est borné malheureusement à établir qu'en un point des lobes antérieurs se trouve l'organe coordinateur des mouvements de la parole. Rien de plus, rien de moins, et M. Bouillaud a prouvé une fois de plus que, sur cette question, son siége est fait depuis longtemps.

Sans doute, il est très-intéressant et même indispensable de savoir qu'il existe entre certaines parties du cerveau et les manifestations du langage une certaine corrélation de cause à effet; mais cela ne saurait suffire en physiologie. L'énonciation seule de ce fait que telle fonction est remplie par tel organe ne peut pas constituer la physiologie de cet organe, et, dans tous les cas, au point de vue physiologique, cette énonciation ne nous enseigne absolument rien.

Si, loin de s'en tenir à formuler le fait de la localisation, comme Gall, Flourens et tant d'autres physiologistes avaient essayé à le faire, M. Bouillaud eût cherché à déterminer les éléments anatomiques qui entrent dans le mécanisme fonctionnel de la parole, un grand progrès assurément eut été accompli.

Cette recherche, dans tous les cas, aurait eu pour résultat de faire connaître les éléments divers qui, bien qu'éloignés des lobes antérieurs, n'en concourent pas moins à la formation de la parole; et l'on aurait eu ainsi l'explication de certains faits en apparence contradictoires (troubles de la parole coïncidant avec des lésions des lobes postérieurs ou du cervelet) que l'on a invoqués contre la localisation absolue de la parole dans les lobes antérieurs.

La physiologie, envisagée à ce nouveau point de vue, eût nécessairement conduit M. Bouillaud à reconnaître que ce qu'il appelle la *coordination des mouvements de la parole* n'est pas un fait élémentaire que l'on puisse rattacher à un organe déterminé, mais un enchaînement de phénomènes régulièrement produits par le mécanisme fonctionnel du cerveau et présentant le caractère formel assigné à tout *mouvement intelligent*.

L'idée des localisations cérébrales, dont la première expression remonte très-haut dans l'histoire de la science, était un progrès réel, un premier pas vers la découverte de la vérité; mais les localisateurs ont mal appliqué cette idée féconde, et, en l'amoindrissant, ils étaient parvenus à enfermer la physiologie cérébrale dans une impasse.

Il est évident que les diverses manifestations de l'esprit humain correspondent à l'activité de certains éléments anatomiques; mais ces localisations si réelles et si précieuses à connaître doivent être recherchées d'après d'autres principes et d'autres lois. Ces nouveaux principes, ces nouvelles lois ont été déjà formulés dans quelques récentes publications, parmi lesquelles nous devons signaler la *Physiologie du système nerveux*, du docteur Édouard Fournié, dont nous avons déjà entretenu nos lecteurs.

MAISON MUNICIPALE DE SANTÉ. — M. DEMARQUAY.

Du traitement des kystes hydatiques du foie par la méthode de Récamier.

(Leçon recueillie par M. BALZER, interne provisoire.)

La discussion qui vient d'avoir lieu à la Société de chirurgie, et dans laquelle M. Boinet a rejeté la méthode de M. Dieulafoy, pour le traitement des kystes hydatiques du foie, a de nouveau attiré l'attention du public médical sur cette question intéressante. M. Boinet, insistant sur les dangers de la ponction suivie ou non d'aspiration, lui a reproché non-seulement de ne point assurer la guérison de la maladie et de ne jouer qu'un rôle palliatif, mais encore d'exercer sur le kyste une fâcheuse influence, en provoquant l'inflammation et la suppuration de ses parois. Tout récemment encore, notre excellent ami et collègue Dupuy a rapporté dans le *Mouvement médical* (19 avril 1833) l'observation d'une malade traitée à l'hôpital Beaujon, dans le service de M. Axenfeld, par les ponctions capillaires avec aspiration pneumatique. Dès la deuxième ponction, le liquide devint purulent, et la femme succomba dans le marasme à la Maison de santé, malgré l'ouverture rapide du kyste, pratiquée par M. Ledentu. Notre intention n'est point de prendre part à un débat qui nous semble terminé, nous voulons seulement attirer l'attention sur un fait qui s'est passé sous nos yeux, et qui nous semble parler hautement en faveur du procédé de Récamier.

Ce n'est point la première fois que ce procédé est employé par M. Demarquay : on trouvera dans l'excellente thèse de M. Marius Paul (1866) le récit de cinq observations de malades

traités avec un succès qui ne s'est point démenti. Mais M. Demarquay ayant, depuis cette époque, apporté de nouvelles modifications dans son manuel opératoire, nous commencerons par résumer les points principaux de sa méthode.

Large incision de 7 à 8 centimètres de longueur et application immédiate au fond de la plaie d'un morceau de pâte de Canquoin, recouvert avec un peu d'ouate et maintenu par une large bande de diachylon et un bandage de corps. M. Demarquay préfère le chlorure de zinc à la pâte de Vienne, à cause de sa consistance : son action est très-rapide, mais il ne faut pas oublier que, dans le cas qui nous occupe, le caustique doit trouver plusieurs plans fibreux avant d'arriver à la surface du kyste, et que son action s'en trouve singulièrement ralentie. Vingt-quatre heures après, on enlève le caustique, et l'on panse simplement avec de la charpie. Il n'est point à craindre, comme on l'a prétendu, que la cautérisation gagne du premier coup la cavité péritonéale. L'eschare n'offre ordinairement que 5 millimètres à 1 centimètre d'épaisseur, et, de plus, il faut se souvenir que les liquides qui l'infiltrent augmentent beaucoup son épaisseur.

Les violentes douleurs causées par le caustique sont immédiatement atténuées par les injections sous-cutanées de chlorhydrate de morphine, qu'on peut répéter deux fois par jour.

On laisse ensuite l'eschare se détacher d'elle-même, sans l'inciser, comme le faisait autrefois Récamier. On ne reviendrait à cette pratique que dans le cas où une rapide ouverture du kyste serait reconnue indispensable.

Les premières applications de caustique n'agissant en aucune façon sur la couche péritonéale, ce n'est que lorsque l'on sent manifestement la fluctuation sous le doigt qu'il est permis d'enfoncer un trocart dans le tissu hépatique.

Que l'ouverture soit faite avec le trocart ou le bistouri, ou qu'elle se forme elle-même sous l'influence du caustique, elle doit toujours être fort large. Au bout de quelques jours, en effet, par suite de la rétraction de la poche et des adhérences, elle ne tarde pas à se rétrécir considérablement.

Enfin, introduction dans l'ouverture d'une canule en caoutchouc, dont on bouchera l'orifice avec un fausset qu'on aura soin d'enlever plusieurs fois par jour afin de permettre l'écoulement facile du liquide. Il faut que la canule soit assez grosse, comme le fait remarquer M. Paul, parce que l'ouverture se rétrécit plus tard considérablement, soit en bourgeonnant, soit en s'œdématiant au contact des liquides.

Dès les premiers jours, on commencera à faire dans la cavité du kyste les injections qui devront être continuées pendant toute la durée du traitement. On fera chaque jour, à intervalles égaux, quatre ou cinq injections iodées, précédées chacune d'une injection désinfectante, avec la teinture d'eucalyptus ou le permanganate de potasse. A mesure que la poche se rétracte, on doit retirer la canule plusieurs fois par jour afin de permettre l'évacuation des liquides et des membranes parasitaires. En même temps, on comprimera l'abdomen avec un bandage destiné à empêcher la rupture des adhérences au moment de la rétraction des parois du kyste. — Alimentation tonique.

Ainsi modifiée dans son application, la méthode de Récamier répond victorieusement aux objections qu'on lui a faites.

Les douleurs sont calmées par les injections hypodermiques. Elles ne sont, du reste, assez violentes, que lorsqu'on approche de la cavité péritonéale. Les injections désinfectantes de teinture d'eucalyptus ou de permanganate de potasse, les injections iodées, dont de nombreuses observations ont démontré les avantages, sont une garantie contre l'infection putride et l'infection purulente. La rupture des adhérences qui a causé la mort dans un cas rapporté par M. Leudet, n'est plus à craindre. L'action profonde des caustiques et la chute naturelle des eschares fournissant toutes les garanties possibles de la solidité des adhérences. L'objection tirée de la longueur du traitement a-t-elle plus de valeur? Nous ne croyons pas qu'elle doive être prise en considération en présence des sérieuses garanties de succès offertes par la méthode. Si l'on songe qu'il n'a pas fallu moins de trois cents aspirations dans un kyste hydatique du foie traité par la méthode de M. Dieulafoy, et dont le liquide était devenu purulent dès la deuxième aspiration, et qu'au bout de six mois on était obligé d'en venir à l'introduction d'une canule en gutta percha (Dieulafoy, *Du diagnostic et du traitement des kystes hydatiques et des abcès du foie par aspiration*, 1872), on pourra être embarrassé pour décider quelle est la méthode dont l'emploi demande le plus de temps et cause le plus de douleurs.

(*A suivre.*)

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 7 mai 1873 (1). — Présidence de M. MAURICE PERRIN.

DISCUSSION

Sur la valeur des différents procédés d'extraction de la cataracte.

M. PANAS. Notre collègue, M. Perrin, en parlant de l'opération de de Graëfe, dont il fut naguère partisan, conclut à son infériorité sur la méthode ancienne; à plus forte raison la trouve-t-il moins bonne, eu égard au procédé qu'il adopte aujourd'hui, la kératotomie à lambeau peu élevé, avec ou sans iridectomie, et dont les variantes portent les noms de MM. Liebreich, Lebrun, Küchler et Notta.

Vous avez entendu également notre collègue, M. Giraud-Teulon, se déclarer en faveur de ces derniers procédés, tandis que MM. Duplay, Trélat et nous-même, nous continuons à rester fidèles, sinon au procédé primitif de de Graëfe, du moins aux principes qui lui ont servi de base.

Dans ce qui va suivre, nous tâcherons d'être aussi bref que possible, ne voulant pas répéter ici ce qui a été dit lors de notre précédente communication.

Que reprochait-on à l'ancienne opération de Daviel, et pourquoi a-t-on cherché à la remplacer par d'autres?

Premièrement, qu'elle exposait trop souvent à la perte de l'œil par suppuration phlegmoneuse totale. En *second* lieu, qu'elle nécessitait un séjour au lit et des soins consécutifs trop prolongés.

Ce sont là des vérités qui ne sont contestées par personne, et lorsque des hommes comme Bowman, Critchett et de Graëfe, alors qu'ils étaient familiarisés avec l'opération classique, que ce dernier l'avait déjà appliquée seize cents fois, se crurent obligés de s'en départir, c'est qu'ils en avaient bien senti la nécessité.

Ayant fait la remarque que la suppuration qui envahissait l'œil partait presque toujours du lambeau cornéal dont la cicatrisation se faisait parfois longtemps attendre, ils ont conçu l'idée juste et profondément chirurgicale de chercher la réunion *immédiate* du lambeau à l'aide d'une coaptation plus exacte des lèvres de la plaie, ce qui fut réalisé en donnant à celle-ci la forme d'une simple pente, autrement dit d'une boutonnière ou d'un lambeau très-peu élevé, au lieu d'un grand lambeau, comme dans le procédé classique, lequel n'intéressait pas moins de la moitié de la circonférence de la cornée.

Jacobson, s'attachant plus à la nature du tissu intéressé qu'à la forme et à l'étendue de l'incision, fit une large *sclérotomie* à la place

(1) Fin. — Voir le numéro du 30 juin 1873.

de la kératotomie, et ce fut un tort. Non-seulement on s'exposait de la sorte à la perte de l'humeur vitrée et à la blessure des procès ciliaires, mais il restait encore à démontrer, qu'à égalité de forme et de longueur, les plaies de la sclérotique se guérissaient mieux et plus vite que celles pratiquées sur la cornée. Ce fut là, il faut bien l'avouer, un des côtés faibles de l'opération de de Graëfe, qui suivit en cela Jacobson.

De Graëfe a eu toutefois un mérite, c'est de s'être bien vite aperçu que la *linéarité* de la plaie ne suffisait pas pour assurer le succès, et qu'il fallait en outre donner à celle-ci une étendue suffisante pouvant permettre au cristallin de sortir facilement, sans quoi on s'exposerait à pratiquer, dans les cas de noyaux volumineux, des opérations incomplètes, comme cela se voyait fréquemment avec les procédés de Bowman et Critchett.

C'est donc à de Graëfe que nous devons l'idée d'agrandir la porte de sortie de la cataracte aux dépens du limbe scléral, autrement dit des 3 millimètres de sclérotique (un et demi de chaque côté), faisant partie de la chambre antérieure.

Or, conserver à la plaie sa direction dans le plan d'un grand cercle tout en lui donnant une longueur suffisante pour toutes les variétés de cataracte, c'était répondre aux deux indications capitales d'une bonne opération, à savoir, la *coaptation exacte* des lèvres de la plaie et l'*issue facile* du cristallin.

Qu'on ait reconnu plus tard qu'il y avait avantage à rendre l'incision de de Graëfe moins périphérique, c'est ce que tout le monde aujourd'hui admet sans peine ; mais il n'en est pas moins vrai que c'est toujours le même mode de section qui prévaut, qu'on fasse celle-ci juste à la jointure de la cornée et de la sclérotique, comme M. de Wecker, ou à la jonction des deux tiers avec l'autre tiers du méridien vertical, comme le veulent MM. Liebreich, Lebrun, Giraud-Teulon et Perrin.

Il n'est donc pas juste de dire, avec notre collègue M. Perrin, que, du procédé de de Graëfe, il ne reste plus rien, puisqu'il en reste au contraire le mode d'incision, ce qui est, on en conviendra beaucoup.

Arrivons maintenant à une autre question, celle de l'*iridectomie*.

L'iridectomie, préconisée par de Graëfe le premier, en tant que pratique générale, fut adoptée par tous, jusqu'au moment où MM. Liebreich et Lebrun l'abandonnèrent, proposant une incision linéaire dans la cornée, bien plus centrale que par le procédé de Daviel, à savoir à la réunion du premier tiers avec les deux autres tiers de cette membrane. Est-ce vraiment là un progrès? C'est ce qu'il nous faut discuter.

L'iridectomie offre-t-elle tout d'abord des inconvénients ?

A en juger par les milliers de faits aujourd'hui connus, extrêmement peu, sinon pas du tout, et la principale objection d'un épanchement notable de sang dans l'œil, pouvant entraver l'acte opératoire, n'existe pour ainsi dire plus depuis qu'on a pu s'écarter suffisamment de la périphérie, pour n'avoir pas à blesser le canal de Schlemm, les procès ciliaires et la conjonctive, sources principales du sang extravasé.

Les imperfections optiques ne peuvent non plus entrer en ligne de compte, depuis qu'on a adopté la pratique de faire la brèche en *haut*, c'est-à-dire dans un endroit où celle-ci se trouve normalement cachée par la paupière supérieure.

Maintenant, l'iridectomie offre-t-elle des avantages ?

Très-certainement, et de plusieurs sortes.

Grâce à elle, on évite l'un des principaux obstacles à l'issue facile du cristallin ; je veux parler du resserrement persistant de la pupille après l'écoulement de l'humeur aqueuse, quel que soit le degré de dilatation préalable de celle-ci par l'atropine, ainsi que notre collègue M. Chassaignac en a fait la judicieuse remarque.

Cet obstacle, source d'embarras et de perplexités opératoires, lorsqu'on pratiquait le grand lambeau, était encore plus à éviter du moment que l'on adoptait l'incision en boutonnière ; et vouloir aujourd'hui s'en passer, c'est se créer à plaisir des difficultés sans profit aucun pour l'opération.

Par contre, grâce à l'iridectomie, les accompagnements de la cataracte n'échappent plus autant aux investigations du chirurgien, et l'on peut au besoin extraire par la pince des lambeaux de capsule restés adhérents, le tout au profit du résultat optique de l'opération.

Faut-il encore ajouter que, grâce à l'iridectomie, les cataractes molles, celles congénitales, celles traumatiques et celles compliquées d'adhérences, peuvent être opérées en une seule séance, alors qu'autrefois on se contentait de la méthode longue, parfois dangereuse et toujours difficile à faire accepter par les malades, à savoir la *discision* répétée en plusieurs séances. Avoir ainsi élargi le champ d'application de l'extraction, ce n'est pas un des moindres mérites de l'iridectomie, mais ce n'est pas encore tout.

Qui ne sait que, même du temps du grand lambeau, les blessures, les procidences, soit primitives soit consécutives de l'iris, et les synéchies antérieures n'étaient pas absolument rares ? Or, ce danger est bien plus à craindre avec les procédés nouveaux, où l'incision empiète par ses deux extrémités sur la circonférence de la cornée et même sur la sclérotique. C'est ce que j'ai pu constater moi-même pour le procédé de Liebreich ; c'est ce qui est arrivé à nos collègues MM. Giraud-Teulon et Notta, et c'est ce qui ressort également de la statistique de Küchler, relatée ici par M. Duplay.

Maintenant, nous avons dans l'iridectomie un moyen certain et inoffensif pour prévenir ce genre d'accidents, qui parfois compromettent l'avenir de l'œil, retardent en tout cas la cicatrisation de la cornée et peuvent provoquer des irido-cyclites graves, et nous ne nous en servirions pas ! Cela n'est guère admissible et ne pourrait même se concevoir, si la raison de cette proscription n'était pas facile à deviner. La voici :

En donnant à l'incision de la cornée une position aussi éloignée de la périphérie, sous prétexte d'éviter l'iridectomie, on rend celle-ci impossible à pratiquer. Or si, comme cela arrive souvent, l'iris s'oppose à la sortie du cristallin, ou si elle vient à faire hernie à l'un des angles de la plaie, le chirurgien ne pourra plus achever son opération régulièrement, et force lui est de renoncer à l'iridectomie méthodique, ce qui n'est pas un des moindres reproches à adresser à la méthode en question.

Mais, dira-t-on, pourquoi donner à l'incision cornéale une situation aussi voisine du centre ? C'est, répondent les partisans de la nouvelle méthode, pour rendre la sortie du cristallin plus facile que par l'opération de de Graëfe, ce qui mérite d'être discuté à son tour.

En procédant de la sorte, on attaque la cornée par son plus grand diamètre, ce qui est exact, sans qu'on ait besoin de se préoccuper de la hauteur à donner au lambeau, ajoute M. Perrin, qui considère le plus ou moins de hauteur de celui-ci, comme étant chose indifférente pour la réussite immédiate de l'extraction.

L'opinion de notre collègue est en opposition avec les données les plus certaines du procédé classique de Daviel, où la base du lambeau cornéal non-seulement ne dépasse pas les limites de la cornée, mais en reste distante d'un millimètre et demi de chaque côté. Or, malgré cette exiguïté de la base, le cristallin cataracté, grâce à la *hauteur* du lambeau, sort avec une facilité admirable et comme dans nul autre procédé d'extraction.

Le cristallin, dont la coupe est une ellipse, n'est pas, en effet, invariable dans sa forme, et, grâce à la mollesse habituelle de ses couches corticales, il tend à se mouler dans le canal de la plaie cornéale, gagnant dans un sens ce qu'il perd dans l'autre, pourvu que la disproportion des diamètres respectifs de la lentille et de la plaie ne soit pas par trop grande. De son côté, la plaie du grand lambeau, en devenant béante, figure une ellipse qui a pour grand diamètre la base même du lambeau, tandis que la hauteur de celui-ci mesure la moitié de son petit diamètre.

Pour avoir donc la mesure superficielle d'une pareille ouverture, il faut multiplier la moitié de la base du lambeau par sa hauteur et par π-3, ce qui revient à dire que la *hauteur* du lambeau, loin d'être indifférente, joue un grand rôle dans le mécanisme de l'extraction

du cristallin. Cela est du reste tellement vrai, que les chirurgiens guidés par l'expérience s'efforcent, suivant les cas, de gagner sur la longueur de l'incision et qu'ils perdent sur la courbure, et *vice versâ.*

M. Perrin, voulant démontrer théoriquement la facilité que la position voisine du pôle de l'incision crée pour l'issue du cristallin, raisonne comme il suit :

Après l'écoulement de l'humeur aqueuse, toute la tension intra-oculaire s'exerce, dit-il, sur la face postérieure de la lentille et très-peu sur ses bords, ce qui porte le cristallin en avant et pas du tout en haut. De là il conclut, et M. Giraud-Teulon avec lui, que l'incision trop périphérique de de Graëfe se trouve fort mal placée pour une évolution facile du cristallin en dehors, ce qui est exact. Mais est-il juste d'aller jusqu'à prétendre que plus l'incision se rapproche du centre de la cornée et plus la sortie du cristallin sera naturelle et ne nécessitera aucun effort ! C'est ce que je ne saurais accepter.

Il suffit de se rappeler pour cela que le cristallin ne peut sortir qu'en s'engageant dans la plaie cornéale par sa périphérie, et que plus cette incision devient centrale et plus il est facile de basculer sur son axe transversal, ce qui ne se fait ni sans difficulté, ni sans péril, à cause des pressions plus ou moins fortes que nécessite une pareille manœuvre. Est-ce que, d'ailleurs, dans le procédé de Daviel, où l'incision est pourtant très-périphérique, puisqu'elle se rapproche de la circonférence de la cornée d'*un millimètre un tiers* (un vingtième de pouce, — Mackenzie), la sortie du cristallin ne se fait pas, comme chacun sait, avec la plus merveilleuse rapidité ?

N'exagérons donc rien, et si l'incision par trop périphérique de de Graëfe est un obstacle à la sortie facile du cristallin, celle linéaire et plus ou moins centrale n'en est pas un moindre. La vraie position à choisir me paraît être celle donnée à l'ancienne kératotomie à lambeau, correspondant à peu près à la circonférence même du cristallin. La moindre pression exercée sur l'œil, en bas, suffit alors pour porter la circonférence du cristallin en *haut*, dans le canal de la plaie, pendant que la pression intra-oculaire en *arrière* et la résistance de la cornée en *avant* maintiennent celui-ci dans le plan vertical passant à la fois par la plaie faite à la cornée et par l'équateur cristallinien.

Que l'incision soit pratiquée en *arrière* de ce plan, qui est celui du cristallin après l'écoulement de l'humeur aqueuse comme dans le procédé intra-scléral de Graëfe, ou qu'elle soit faite en *avant* et vers le centre de la cornée, comme le veulent MM. Giraud-Teulon, Perrin, Notta, etc., c'est se créer des difficultés et des dangers, par suite de la forte bascule que le cristallin devra exécuter sur son axe transversal.

Le travail de Küchler, de Darmstadt, intitulé : *Die Querextraction des grauen Staass der Erwachsenen* (Erlangen, 1868), n'est pas fait pour vous édifier, ni comme résultats obtenus, ni comme facilité d'exécution. M. Duplay vous a exposé les résultats; aussi, je ne m'appesantirai que sur certains détails opératoires.

Disons d'abord que, dans l'esprit de Küchler, l'opération en question ne convient qu'aux cataractes dures, et on peut dès lors constituer un procédé général applicable aux cataractes molles, traumatiques et autres.

L'auteur, qui ne manque pas d'originalité et d'imagination, compare la sortie du cristallin à un accouchement, et vous allez voir que tout y est. « Dans la sortie du cristallin, dit Küchler, les parois fibreuses de l'œil se comportent comme les parois de la matrice; la pupille, comme le col utérin, la capsule comme les enveloppes de l'œuf, les humeurs de l'œil comme les eaux de l'amnios, les couches corticales comme le placenta, et la plaie de la cornée comme la vulve. » Il pourrait y ajouter la version, puisque dans son procédé le cristallin doit basculer forcément d'un quart de cercle avant de pouvoir s'engager dans le canal de la plaie.

Mais au moins la sortie du cristallin se fait-elle ici plus facilement que par les procédés usités ! L'auteur le dit en se fondant sur son expérience et peut-être aussi sur son aphorisme n° 3 (la brochure en question n'en contient pas moins de 33) conçu comme il suit :

« En chirurgie comme dans la vie, le chemin droit est le plus court et le meilleur pour assurer le but. Il n'est permis de prendre une voie courbe que lorsque le chemin droit rencontre des obstacles dangereux. »

Or, l'auteur ne voit dans son procédé rien de dangereux, bien que son dix huitième aphorisme ne soit pas absolument rassurant. Nous y lisons en effet ceci :

« Dans la section linéraire (il s'agit de son procédé), la fossette naviculaire de l'hyaloïde est d'autant plus exposée, que le cristallin sort plus facilement (est-ce bien là la vraie raison), mais le chloroforme prévient complétement ce danger. »

Revenant sur le même sujet, il ajoute, aphorisme 30 : « Afin d'assurer le résultat, il est utile de soustraire la sortie du cristallin aux forces de la nature; c'est pour cela qu'il importe de pousser l'action du chloroforme jusqu'à complète anesthésie, surtout pendant l'acte de sortie du cristallin.

Si Küchler se montre terrifié à ce point de la perte de l'humeur vitrée par son procédé, il doit avoir de bonnes raisons, que chacun saura deviner.

De même, l'expulsion du cristallin ne se fait pas, à ce qu'il paraît, toute seule. Voici ce qu'en dit l'auteur : « Quelquefois le cristallin, fortement accolé à la capsule, refuse de sortir, auquel cas on doit l'extraire à l'aide de mon kystitome, sans crainte même de léser la fossette hyaloïdienne. Quand le cristallin, après avoir exécuté son mouvement de rotation d'un quart de cercle autour de son axe, reste comme enclavé dans la plaie, il peut être souvent nécessaire de le retenir au plus vite (il ne dit pas le pourquoi).

S'il reste des fragments de matière corticale dans l'œil, il est parfaitement indiqué de les éloigner, lors même qu'il faudrait pendant *un quart d'heure* presser et frotter pour les ramener dans la pupille; il suffit alors de rapprocher des bords de la plaie les frictions qu'on fait, au moyen de la curette, pour que les flocons s'y précipitent. »

Je ne parlerai pas des hernies et des synéchies iriennes si communes; ni des cicatrices difformes et plus ou moins opaques, qui sont l'apanage habituel de l'opération faite en pareil lieu, et je me résume en disant que l'opération de Küchler, pas plus que celles préconisées tout dernièrement par MM. Notta, Giraud-Teulon, Perrin, Liebreich, Lebrun, etc., ne sont faites pour mettre à l'abri des difficultés opératoires et des dangers dont on accuse l'opération de de Graëfe d'être la source. Pour notre compte, nous croyons ceux-ci plus nombreux et plus redoutables dans les quelques tentatives faites pour s'en écarter, et nous souhaitons aux statistiques à venir qu'il en soit autrement.

Je parle intentionnellement de statistiques, attendu que je ne saurais admettre que ce ne soit là un élément scientifique de premier ordre, sans lequel tout se réduit en affirmations pures, et nous serons forcément ramenés au droit divin de l'autorité.

Qu'il y ait des imperfections, on les connaît et on en devine souvent les causes; mais nous savons aussi qu'en agissant avec des chiffres *élevés* puisés partout, aussi bien chez les partisans que chez les détracteurs d'une méthode, on arrive à des résultats à peu près certains, comme ceux que nous avons cherché à établir dans notre précédente communication, où le chiffre des succès complets par rapport aux revers se trouve représenté comme il suit :

1. Opération ancienne ou de Daviel. Succès........ 82 0/0.
2. Kératotomie périphérique avec iridectomie. Succès. 73 0/0.
3. Opération de de Graëfe et ses variantes. Succès. 88 à 89 0/0.

Par succès nous entendons, non-seulement la conservation de l'organe opéré, mais en outre, le rétablissement de la fonction visuelle à un haut degré suffisant.

Voilà pourquoi l'opération par les procédés anglais et de Jacobson, bien qu'exposant moins à la fonte de l'œil que la méthode ancienne, reste au-dessous de cette dernière, eu égard au résultat optique. Par contre, l'opération de de Graëfe, qui réalise les deux avantages à la fois, donne un chiffre supérieur de guérisons, dans la proportion de 8 à 10 p. 100, surtout depuis que des modifica-

tions importantes de détail en ont rendu l'application plus commode et infiniment plus sûre dans ses résultats.

Dans le même ordre d'idées, nous croyons qu'il n'est nullement indifférent d'être en possession ou non, d'un moyen de contrôle. A ce sujet, l'emploi des échelles typographiques, graduées, constitue un progrès réel qu'on ne saurait récuser.

Qu'il y ait parfois des difficultés pratiques résultant du départ précipité des malades, personne n'en disconvient; seulement, les conditions s'offrant à peu près les mêmes à tous les observateurs, il n'en résulte pas moins une source d'informations exactes qui permettront de comparer, en connaissance de cause, les divers résultats opératoires entre eux.

Un autre point de pratique, qui semble rallier aujourd'hui l'avis du plus grand nombre des chirurgiens, c'est qu'à moins d'avoir affaire à des gens pusillanimes ou à des enfants, le mieux est de ne pas employer les anesthésiques.

De Graëfe, grand partisan du chloroforme, au début de sa pratique, a fini par l'abandonner à peu près complétement. Bien d'autres ont fait comme lui, et nous-même, après avoir appliqué le chloroforme dans toutes nos opérations de cataracte pendant quatre années de suite, nous l'avons abandonné à peu près complétement, sauf dans les cas spécifiés plus haut.

Les inconvénients de la narcose, qui devra être ici *absolue*, sont trop bien connus de tous pour que nous ayons besoin d'y insister. A cet égard, tout procédé d'extraction qui ne permet pas de s'en passer, offre par cela même un degré d'infériorité relative, et nous sommes en cela d'un avis diamétralement opposé à celui de Küchler, de Payenstecher et de notre collègue M. Perrin.

La séance est levée à cinq heures et demie.

Le secrétaire : TILLAUX.

JURISPRUDENCE MÉDICALE

Cas de nullité de mariage (1).

Justine Jumas refusa énergiquement de se soumettre à l'expertise ordonnée par le tribunal et fit appel de cette décision devant la Cour de Nîmes.

Darbousse produisit alors les deux opinions suivantes :

1° CONSULTATION DE M. VALETTE, professeur à la Faculté de droit de Paris.

« Il est évident que la différence des sexes est une condition essentielle de la validité du mariage, car le mariage n'est autre chose que l'union légitime d'un homme et d'une femme.

« Dans l'espèce sur laquelle a été rendu le jugement interlocutoire du tribunal civil d'Alais, le 29 avril dernier, la question débattue au fond est celle de savoir si la partie défenderesse doit ou non, à raison de sa conformation physique, *être regardée comme appartenant au sexe féminin*. A cet égard, si les faits articulés par le demandeur étaient établis par l'expertise et par l'enquête, la négative se trouverait constatée ; dès lors il faudrait bien reconnaître la nullité complète et absolue du prétendu mariage dont il s'agit, *nullité qu'aucune ratification expresse ou tacite n'a pu ni ne pourra jamais couvrir*.

« En conséquence, le soussigné estime que le jugement précité du tribunal d'Alais, ordonnant une expertise et une enquête sur les faits en question, a été bien rendu, et *doit être confirmé sur appel.* »

2° CONSULTATION DE M. LE Dr LEGRAND DU SAULLE.

« Consulté sur la question de savoir à quel sexe appartient une personne âgée de vingt-neuf ans, qui ne possédait ni seins, ni vagin, ni matrice, ni ovaires, dont le bassin est anatomiquement conformé plutôt comme celui d'un homme que comme celui d'une femme, qui n'a jamais éprouvé de malaises lombaires ou abdominaux périodiques et qui n'a point été soumise au flux menstruel.

« Après avoir pris connaissance :

« 1° De tous les faits analogues renfermés dans les archives de la science sous les titres de *Monstres* ou de *Monstruosités*;

« 2° De la consultation juridique de Me Thiéblin,

« 3° Du jugement du tribunal civil d'Alais (Gard), en date du 29 avril 1869;

« J'ai reconnu qu'au point de vue médico légal la question ne pouvait se résoudre que de la manière suivante :

« A. La personne désignée est-elle une femme ?

« B. Est-elle un homme?

« C. N'est-elle d'aucun sexe?

Premier point. — « Tous les attributs du sexe féminin font défaut, et la grande fonction qui domine toute la physiologie et toute la pathologie de la femme ne s'est jamais révélée. Cette absence de tout écoulement périodique a, au point de vue scientifique, une valeur des plus significatives. S'il n'existait, en effet, que quelques incorrections bizarres des organes génitaux externes, la nature féminine trouverait néanmoins le moyen d'exhaler par un orifice quelconque l'excrétion sanguine périodique, ce qui n'a pas lieu ; donc, il n'y a pas d'organes génitaux internes.

« A une femme dépourvue de seins, d'organes génitaux externes et d'organes génitaux internes, il ne reste absolument aucun signe de son sexe. *Cette femme n'a jamais été une femme.*

Deuxième point. — « Le 18 janvier 1765, un arrêt du parlement a déclaré nul le mariage de la fille Grand-Jean, parce que « l'organe « distinctif du sexe féminin était mêlé avec plusieurs signes trom- « peurs de la virilité. »

« Est-ce le cas de prétendre ici que la personne désignée est un homme? Non, assurément, mais si le fait n'existe pas, — ce que j'ignore — *il ne serait pas impossible.* On a vu, en effet, co-exister et une fente vulvaire et un appendice viril tout à fait à l'état rudimentaire et imperforé, avec ou sans petits testicules apparents ou cachés. Dans ces cas, ce qui a quelquefois conduit à une rectification de l'extrait de naissance, c'est la privation de seins, et l'absence des règles.

Troisième point. — « D'après tous les éléments de la cause, il est probable que l'être dont il s'agit ne possède aucun sexe. *Élevé comme une fille, il en a pris et conservé la vaine apparence, la timidité, la douceur, la piété et le caractère. L'habitude ne devient-elle pas presque une seconde nature?* Être disgracié, jeté capricieusement hors des voies normales, voué à l'isolement d'un célibat fatal, il vient prendre place dans la classe des *Monstres*; victime imméritée d'un oubli de la nature et épouse par erreur, cet être ne saurait condamner son conjoint à l'horreur indéfinie d'un lien cruellement injuste.

« En résumé :

« 1° La personne désignée n'est pas une femme ;

« 2° Elle n'est vraisemblablement point un homme ;

« 3° Elle ne possède très-probablement aucun sexe. »

De son côté, sur cet appel, Justine Jumas produisit un certificat d'un médecin, M. le docteur Carcassonne (de Nîmes), par lequel elle avait consenti à se laisser visiter. Voici ce certificat à la date du 5 novembre 1869.

« Mme Justine Jumas a toutes les apparences d'une personne du sexe féminin, les parties externes de la génération, mont de Vénus, grandes et petites lèvres, clitoris et ouverture du méat urinaire. Tout est conformé comme chez la femme, mais il n'y a pas de vagin, ou, du moins, ce conduit s'il existe, est imperforé. Il suit de là que l'acte de la copulation est impossible, et, par suite, la fécondation. Les seins sont peu développés, le bassin peu large ; mais rien, du reste, ne rappelle le sexe masculin ni aucun de ses attributs. »

La cour de Nîmes, par son arrêt en date du 29 novembre 1869,

(1) Suite. — Voir le numéro du 5 juillet 1873.

« Considérant (entre autres motifs), que la preuve offerte par Darbousse n'établirait point que Justine Jumas n'appartient pas au sexe féminin, mais démontrerait tout au plus une conformation vicieuse des organes de la génération qui la rendrait impropre à en accomplir les fonctions;

« Considérant que les documents versés au procès et spécialement le certificat du docteur Carcassonne, ne permettent point de douter que l'appelante ne soit réellement une femme;

« Déboute le sieur Darbousse de sa demande. »

Déféré à la Cour suprême, cet arrêt de la Cour de Nîmes fut cassé, le 15 janvier 1872; mais par des moyens de forme entièrement étrangers à la question de nullité du mariage au fond.

Devant la Cour d'appel de Montpellier, saisie par le renvoi de la Cour de cassation, deux consultations médico-légales ont été produites en faveur de M. Darbousse : l'une de M. Tardieu, en date du 17 février 1870; l'autre de M. Courty (de Montpellier), datée du 2 mai 1872.

1° Conclusions de M. le docteur Tardieu :

« En résumé de l'exposé des faits et de la discussion qui précède, je n'hésite pas à conclure, contrairement aux énonciations sur lesquelles est fondé l'arrêt de la Cour impériale de Nîmes du 29 novembre 1869, que :

« L'expertise médico-légale et l'enquête ordonnée par les premiers juges auraient pu démontrer chez Justine Jumas, devenue épouse Darbousse, autre chose qu'une conformation vicieuse des organes de la génération qui la rendrait impropre à en accomplir la fonction;

« 2° Les déclarations personnelles verbales ou écrites du sieur Darbousse ne peuvent avoir une valeur décisive au point de vue de l'état organique de la personne à laquelle il a été uni par le mariage; cet état ne pouvant être déterminé que par un homme de l'art pourvu des connaissances anatomiques et physiologiques nécessaires et par des constatations matérielles auxquelles il était et ne pouvait pas ne être étranger;

« 3° Les documents versés au procès, et spécialement le certificat du docteur Carcassonne n'autorisent en aucune façon à penser que ladite dame Darbousse soit réellement une femme;

« 4° Tout, au contraire, dans ces documents aussi bien que dans le certificat précité, concourt à démontrer que cette personne n'est pas une femme affectée d'un vice de conformation quelconque des organes sexuels, mais que, par sa constitution générale aussi bien que par la déviation spéciale de sa conformation sexuelle elle appartient en réalité au sexe masculin;

« 5° Enfin, entre elle et M. Darbousse, il existe non-seulement impossibilité de rapprochement, mais identité de sexe. »

2° Conclusions de M. le docteur Courty :

« 1° Mme Jumas ne possède qu'une partie des apparences extérieures de la sexualité féminine;

« Plusieurs de ces apparences extérieures lui manquent absolument, et parmi elles, la plus caractéristique de toutes, la largeur du bassin;

« 3° On ne peut pas dire qu'elle est seulement impuissante, c'est-à-dire que, par suite de l'absence de l'ouverture vaginale dûment constatée, elle est incapable d'accomplir le coït ou de permettre à la semence d'arriver à la rencontre de l'œuf pour le féconder;

« 4° Elle est bien plus qu'impuissante, elle est improductive. Aucun fait n'autorise à présumer qu'il puisse exister dans l'intérieur de son corps un seul des organes essentiels de la reproduction, c'est-à-dire un seul des organes constitutifs de la sexualité féminine;

« 5° On peut supposer légitimement que chez cette personne, malgré des apparences extérieures incomplètes de sexualité féminine, il existe à l'intérieur des organes masculins plus ou moins rudimentaires;

« 6° On peut affirmer pour le moins que chez elle les organes constitutifs du sexe féminin, dont l'existence est indispensable pour caractériser la femme, font entièrement défaut ou sont à peine rudimentaires et ne peuvent accomplir aucune fonction;

« 7° La personne en question doit être rangée dans la catégorie de ces sujets tératologiques qui n'ont, à proprement parler, pas de sexe et qui ne peuvent, par conséquent, être unis par le mariage à aucun individu normalement organisé, quel que soit le sexe de ce dernier. »

La Cour, sur les conclusions conformes de M. le premier avocat général Maxime de Labaume, a rendu l'arrêt dont voici la teneur :

« Sur les conclusions principales :

« Adoptant les motifs des premiers juges, et attendu que la question du litige n'est point dans un vice de conformation, mais dans l'absence complète des organes qui caractérisent le sexe de la femme;

« Attendu que l'objet de la vérification et de l'enquête ordonnée par les premiers juges, porte en effet sur les points de savoir si Anne-Justine Jumas a des seins, des ovaires, un vagin et notamment l'organe essentiel à la femme, la matrice;

« Attendu que le mariage étant l'union de l'homme et de la femme, il ne saurait être valable s'il était démontré que la personne considérée comme femme au moment de sa célébration ne l'était point;

« Sur les conclusions subsidiaires :

« Attendu que la vérification ordonnée par les premiers juges présente toutes les garanties désirables et qu'il n'y a pas lieu de la confier à des experts autres que ceux qu'ils ont désignés;

« Attendu que la Cour ne saurait non plus prévoir une violation manifeste de la loi et une désobéissance calculée à l'autorité de ses arrêts;

« Attendu que la Cour doit d'autant moins la prévoir, que Justine Jumas s'est soumise volontairement à la visite du docteur Carcassonne, dont elle invoque le certificat;

« Attendu que les dépens suivent le sort du principal;

« La Cour, jugeant en audience solennelle, chambres réunies, en l'état de renvoi de la Cour de cassation, donne acte à Étienne Darbousse de sa renonciation à l'arrêt de défaut intervenu le 16 août 1869, et statuant sur l'appel interjeté par Anne-Justine Jumas, du jugement rendu par le tribunal d'Alais le 29 avril 1869, et sur l'appel incident de Darbousse contre la même décision, déclare, sans s'arrêter aux conclusions subsidiaires des parties, les deux appels par elle interjetés mal fondés; les en démet et ordonne que la sentence attaquée sortira son plein et entier effet; dépens réservés pour y être statué en même temps que sur ceux des autres instances, lors du jugement à rendre sur le fond du litige. »

(A suivre.)

CORRESPONDANCE

A M. le Dr E. Le Sourd, directeur de la Gazette des hôpitaux.

Monsieur et très-honoré confrère,

Je trouve dans votre numéro du 26 juin la liste des prix décernés par l'Académie de médecine aux auteurs des meilleurs travaux sur les différentes questions proposées, et, entre autres récompenses, une mention honorable à M. P.-A. Lagrelette.

Hélas! il n'est plus là pour la recevoir. Il a payé de sa vie son courage et son patriotisme. Permettez donc à son meilleur ami de jeter sur cette tombe trop ignorée quelques paroles d'adieu, qui auront de l'écho dans le cœur de ses nombreux amis. Ces détails sont d'autant plus exacts que j'étais témoin oculaire.

En août 1870, le docteur Lagrelette partait comme médecin volontaire de la Société de Genève. Le 18 août il était à Gravelotte, et restait devant Metz, au milieu de l'armée prussienne, jusqu'au 12 septembre, prodiguant ses soins et le secours de son talent à nos nombreux blessés, que le corps d'armée du maréchal Bazaine avait

abandonnés. Son habileté comme chirurgien (il était élève de Velpeau et de Guérin) lui méritait les éloges du docteur Bohm, médecin divisionnaire d'un corps hessois.

Au mois d'octobre, il entrait, comme chirurgien-major, dans le régiment de volontaires commandé par le colonel Keller, actuellement député de Belfort à l'Assemblée nationale.

A la fin de décembre, M. Lauth, de Tann, capitaine, étant tombé malade, Lagrelette prit le commandement de sa compagnie, ne trouvant pas sans doute qu'il faisait assez pour son pays en pansant ceux qui tombaient. Le 16 janvier, devant Héricourt (Vosges), le régiment du colonel Keller fut attaqué par des forces supérieures. Après une lutte opiniâtre, ceux qui avaient échappé aux balles prussiennes se débandent et s'enfuient. Le docteur Lagrelette apprend que son sergent-major, blessé, est resté sur le champ de bataille; malgré les prières de ceux qui l'entourent, il veut faire son devoir de chirurgien; il retourne sur le lieu du combat, trouve le blessé, le prend dans ses bras et va l'emporter, quand une balle ennemie l'atteint lui-même et lui traverse la tête d'une tempe à l'autre. Il tombe en râlant sur le blessé et expire en quelques minutes, victime de son dévouement.

Des peintres de talent ont reproduit de touchants épisodes de la dernière guerre. En est-il de plus noble que celui que je viens de vous citer? Le corps médical, si dévoué cependant dans nos revers, compte-t-il beaucoup de traits de ce genre, beaucoup de morts aussi glorieuses?

Recevez, etc.

Dr Léon Billet.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Le conseil municipal de Paris a voté des réparations à exécuter à l'hôpital de la Charité dans la limite d'une somme de 12,000 fr., et par voie d'adjudication (rapporteur M. Depaul). Même vote sur le rapport de M. Thulié, pour réparation à l'hôpital Lariboisière. Même dépense.

— On va construire, à Moscou, un nouvel hôpital pour les classes ouvrières, composé de nombreuses maisonnettes ou baraques qui contiennent en tout 446 lits.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

L'embaumement dans les temps anciens et modernes, suivi de l'exposé d'une méthode nouvelle sans incisions, par le docteur Bayle, chimiste embaumeur. — 1 vol. in-12. Prix : 2 francs. — Paris, Adrien Delahaye.

Essai sur la circulation des parties supérieures du fœtus et sur les conséquences de ses anomalies, par le docteur E. Le Roy (d'Amiens). — In-8° avec 2 planches. — Prix : 1 fr. 50. — Paris, Adrien Delahaye.

Le Directeur : Dr E. Le Sourd.

Paris. — Typographie A. Pougin, quai Voltaire, 13.

N° 79. — JEUDI 10 JUILLET 1873. 46e ANNÉE. JEUDI 10 JUILLET 1873. — N° 79.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Bureaux : 57, rue des Saints-Pères, 57
PRÈS L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix d'abonne[illegible]t doit être envoyé en mandats-poste [illegible] traites sur Paris. — L'abonnement part du 1[illegible] chaque mois.

On s'abonne hors de Paris dans les bureaux des Messageries et chez les Libraires
Les lettres non affranchies sont refusées.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 2,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui n'en peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS	
Trois mois.	8 fr. 50 c.
Six mois.	16 —
Un an.	30 —

POUR L'ÉTRANGER
le port en sus
suivant les derniers tarifs
des Postes.

Paris, le 9 juillet 1873.

SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

Nos lecteurs n'ont point oublié que M. le ministre de la guerre, il y a un mois environ, consulta l'Académie de médecine sur une question délicate, celle de savoir comment on pourrait, en réorganisant le service de santé des armées, éviter qu'il y eût conflit entre médecins et pharmaciens, sans les soumettre les uns et les autres également à l'autorité de l'intendance.

En effet, maintenant la France est à peu près le seul pays où les médecins militaires, fussent-ils médecins en chef, soient, par le fait, subordonnés à des sous-intendants militaires, officiers très-distingués pour la plupart, mais absolument incompétents quand il s'agit de médecine.

Pour justifier cette anomalie, dont les effets se sont montrés si désastreux dans nos dernières campagnes, les partisans du *statu quo* n'ont à mettre en avant qu'un argument, sérieux en apparence : cet argument consiste à dire que les pharmaciens militaires ayant l'équivalence de grade par rapport aux médecins, seront en rivalité continuelle avec eux, et que les conflits n'auraient pas de fin si l'on enlevait à l'intendance le *quos ego* avec lequel elle les apaise.

Si les médecins sont appelés en France, comme partout, à devenir les chefs du service de santé, il est évident qu'il est impossible d'admettre que les pharmaciens, agissant d'égal à égal puissent être, par rapport à eux, des opposants, sinon des adversaires.

Faut-il donc renoncer pour eux à une réforme que tous les peuples civilisés ont considérée comme nécessaire?

Ou ne vaut-il pas mieux supprimer entièrement le corps des pharmaciens militaires, en tant que corps séparé et rival, c'est-à-dire charger quelques médecins militaires du service pharmaceutique?

Ou enfin, n'est-il pas possible de conserver les pharmaciens en les subordonnant partout aux médecins, soit en leur retirant l'équivalence de grade, soit autrement?

Telles étaient les trois questions que M. le ministre posait à l'Académie de médecine.

L'Académie nomma une commission de neuf membres, où les pharmaciens figuraient au nombre de trois, c'est-à-dire dans une proportion beaucoup plus forte que celle des pharmaciens dans le corps de santé militaire (il existe à peine dans l'armée un pharmacien pour huit ou neuf médecins).

Dans le rapport très-remarquable que M. Broca a lu hier, l'histoire des travaux de cette commission est racontée avec détail, et cette histoire est instructive.

On en était à la cinquième séance, et la commission avait entendu non-seulement M. Poggiale, dont l'argumentation avait pris deux séances de deux heures chacune, mais M. Dumas, qui bien qu'étranger à la commission, avait demandé à se faire entendre par elle pour exposer les services rendus par les pharmaciens en tant que chimistes, aucun vote n'avait eu lieu, le rapporteur n'avait pas même été désigné, rien ne pouvait faire préjuger l'opinion des membres de la commission qui n'appartenaient pas à la pharmacie, lorsque tout à coup les trois pharmaciens se retirèrent, mettant ainsi la commission en demeure de recommencer, après nomination de nouveaux membres, toute l'enquête qu'elle avait faite jusque-là.

Les six membres restants eurent à délibérer sur ce qu'ils devaient faire. Il était tellement urgent d'en finir, que déjà le projet de loi figurait à l'ordre du jour de l'Assemblée nationale. Le ministre témoignait son étonnement de n'avoir pas encore reçu une réponse. On se consulta, et l'on vit qu'après le départ des trois pharmaciens démissionnaires, l'accord était complet sur tous les points au sein de la commission.

Une majorité compacte des deux tiers de la commission jugea donc qu'une minorité d'un tiers ne pouvait pas ainsi mettre obstacle à ses décisions. Elle passa outre.

La conservation du *statu quo* dans l'organisation du service de santé fut unanimement regardée comme devant être déplorable.

La suppression des pharmaciens et leur remplacement dans l'armée par des médecins formés *ad hoc* auraient eu le grand inconvénient de méconnaître les services de ces chimistes distingués en faveur desquels M. Dumas avait parlé si éloquemment.

Restait donc une solution : la subordination des pharmaciens d'armées ou d'hôpitaux aux médecins en chef, subordination que peut-être on obtiendrait même sans ôter aux pharmaciens l'espérance d'arriver aux plus hauts grades, c'est-à-dire en leur conservant, en théorie, l'équivalence de grade, mais en ayant

bien soin d'éviter les conflits en ne mettant pas en présence, dans la pratique, des grades équivalents.

Telle est la conclusion modérée, on le voit, du rapport de M. Broca, et pourtant cette conclusion, telle qu'elle est, soulève des tempêtes parmi les pharmaciens membres de l'Académie.

Plusieurs se sont déjà fait inscrire pour parler dans la séance prochaine.

Dr Victor Revillout.

MAISON MUNICIPALE DE SANTÉ. — M. Demarquay.

Du traitement des kystes hydatiques du foie par la méthode de Récamier (1).

Observation. — *Kyste hydatique du foie. — Ouverture par les caustiques. — Guérison.*

Le nommé R..., âgé de vingt-huit ans, commis voyageur, entre à la Maison de santé le 25 janvier 1873. Il ne sait à quelle cause attribuer sa maladie, et n'a jamais fait abus de viande de porc. Depuis longtemps il ressentait des élancements dans l'hypochondre droit, mais comme ces douleurs n'apparaissaient qu'à intervalles assez éloignés, il ne s'en préoccupait nullement. Vers le mois d'octobre 1872, se trouvant en voyage, les douleurs devinrent tout à coup fort vives, à ce point qu'il ne savait quelle position prendre pour en diminuer l'intensité. Dès cette époque, la tumeur était assez considérable, la matité ressortait très-haut du côté droit, et le premier médecin qu'il consulta crut à une pleurésie, et lui fit appliquer plusieurs vésicatoires sur le côté, en le contraignant à garder le lit.

Au mois de janvier 1873, une péritonite sus-hépatique s'étant déclarée, M. Empis fut appelé en consultation, et reconnut l'existence d'un kyste hydatique du foie. Le malade entra deux jours après dans le service de M. Demarquay.

État actuel. — Le malade mange avec assez d'appétit, dort bien et présente toutes les apparences d'une bonne santé. Si l'on examine le côté droit, on trouve une proéminence considérable, qui fait surtout saillie au niveau du rebord des fausses côtes. Celles-ci sont déjetées en dehors. Cette tumeur est dure, non adhérente à la paroi abdominale. Lorsque le malade respire, si l'on applique la main sur le côté droit, on perçoit manifestement un frottement péritonéal assez intense, que le malade dit entendre parfaitement pendant la nuit. La matité est considérable et descend bien au-dessous des fausses côtes, où l'on a peine à sentir le rebord du foie; elle remonte en haut jusque dans le quatrième espace intercostal. Pas de frémissement hydatique.

Depuis quelque temps, le malade est sujet à certaines incommodités qu'il n'éprouvait pas au début de la maladie : sensation de pesanteur, de trop-plein dans l'hypochondre droit. Il ne peut porter de vêtements serrés. La respiration est courte, quoique assez facile; elle est plus embarrassée à certains moments de la journée, lorsqu'il marche ou se livre à quelque occupation pénible. Il éprouve de fréquentes envies de vomir, et il lui arrive quelquefois de rejeter un peu de bile ou une partie de ses aliments.

27 janvier. — Incision de la peau profonde et longue de 7 à 8 centimètres; introduction dans la plaie d'un morceau de pâte de chlorure de zinc. Dans la journée, douleurs assez vives, soulagées par une injection morphinée.

On répète les applications de caustique, à mesure que les eschares se détachent. Progrès très-lents dans la formation de l'ouverture, surtout au début; plus tard, les eschares deviennent plus profondes, et la pâte de Canquoin est chaque fois retirée gonflée par les liquides que fournit la plaie. Dans les dernières applications, les phénomènes qui se reproduisaient chaque fois étaient toujours les mêmes : douleurs très-vives au niveau de la plaie, six ou sept heures après l'application de la pâte de Canquoin, et s'irradiant dans le bas-ventre, inappétence absolue, et de plus nausées, vomissements alimentaires et bilieux, hoquet, en un mot, tous les symptômes d'une péritonite localisée. Cet ensemble de symptômes durait environ de douze à quinze heures.

Du 27 janvier au 3 avril, huit applications de caustique furent successivement faites. Les six premières se firent dans l'espace de trente-six jours, chacune à intervalles de quatre à huit jours : les eschares des deux dernières applications ne se détachèrent qu'au bout de quinze jours. Après la cinquième application, le fond de la plaie semblait légèrement bombé, et le doigt percevait une fluctuation manifeste.

3 avril. — Ponction avec un trocart assez fin, écoulement immédiat d'un liquide clair, limpide, sans odeur. On en recueille deux litres. Injection immédiate de permanganate de potasse, puis de teinture d'iode, solution de Guibourt. On agrandit l'ouverture avec le bistouri, et on laisse dans la cavité une grosse sonde à demeure. Le même jour, on fait quatre injections de teinture d'iode très-diluée, précédées chacune d'une injection de teinture d'eucalyptus.

Les 4, 5 et 6 avril, le malade n'éprouve aucune souffrance, l'appétit semble revenir, le liquide des injections sécoule facilement.

7 avril. — Apparition à l'orifice de la plaie de membranes, qu'on retire à l'aide d'une pince à pansement.

La sortie des membranes continue les jours suivants et leur quantité devient de plus en plus considérable. On est obligé de les retirer deux fois par jour. Elles viennent, en effet, obstruer les yeux de la canule ou même l'ouverture du kyste, et donner ainsi lieu à la résorption des liquides injectés. Le malade parvient quelquefois à s'en débarrasser à l'aide de violents efforts d'expiration. Il est assez abattu et l'appétit est presque nul.

14 avril. — Les membranes cessent de sortir : l'issue des liquides n'est plus entravée. Mieux sensible.

Du 14 au 28, le malade se laisse un peu décourager; on est obligé de le forcer à manger. Pas de fièvre le soir.

28 avril. — Sortie d'un bouchon de membranes; le liquide des injections sort avec facilité, surtout lorsqu'on a soin d'enlever la sonde. L'appétit renaît.

3 mai. — La poche est déjà considérablement rétractée; on est obligé de vider en deux fois la seringue à injections; l'orifice est notablement rétréci, et le trajet se dirige obliquement de gauche à droite sous les fausses côtes. État général excellent.

18 mai. — Une légère quantité de pus sort chaque jour avec les injections, avec quelques débris de membranes. La cavité kystique diminue de jour en jour; l'appétit et les forces sont entièrement revenus.

Nous ferons surtout remarquer dans cette observation la rapidité avec laquelle les membranes se sont détachées. Quatre jours après la ponction, elles commencent à se présenter à l'ouverture ; en une semaine leur évacuation est presque complète.

Ce rapide décollement des membranes hydatiques nous semble devoir être pris en grande considération. Qu'arrive-t-il, en effet, lorsque les hydatides restent dans la cavité kystique, après la ponction simple ou suivie d'aspiration? Les vomissements, la masse entière peut subir la transformation adipo-sébacée et demeurer dans le tissu hépatique sans déterminer d'accidents. Mais trop souvent, les membranes se détachent des parois du kyste, peut-être par suite de la rétraction de celles-ci et par un mécanisme analogue à celui qui provoque le décollement du placenta. M. Demarquay compare ce qui se voit alors à ce que l'on voit se produire pendant la grossesse, lorsqu'une main imprudente ou coupable vient à percer la poche des eaux. Le fœtus ne tarde pas à succomber, et cet organisme détruit se putréfie et empoisonne l'organisme vivant qui le contient. De même, après la ponction aspiratrice, les échinocoques succombent, et agissent à la manière des corps étrangers, irritent les parois du

(1) Fin. — Voir le numéro du 8 juillet 1873.

kyste, qui s'enflamme et suppure. Dans une observation de M. Dujardin-Beaumetz, la suppuration se produit après une ponction exploratrice (Dujardin-Beaumetz, *De la valeur de la ponction aspiratrice dans le diagnostic et le traitement des kystes hydatiques* (*Bulletin de thérapeutique*, 15 février 1873). Si l'on consulte les observations de M. Dieulafoy, on verra que, dès la seconde aspiration, le liquide est louche et présente une odeur hydro-sulfurée, quand il n'est pas déjà en voie de purulence.

M. Jonassen (de Reikjavick), cité par M. Jaccoud (Jaccoud, *Clinique médicale de Lariboisière*, 1872), affirme d'une façon absolue que l'inflammation du kyste est certaine après la première ponction, et que le liquide est toujours purulent lors de la deuxième. M. Jaccoud s'élève contre ces assertions, et leur oppose les résultats de sa pratique. Les précautions minutieuses dont il entoure ses malades sont prises, moins en vue d'empêcher l'inflammation du kyste, que de prévenir le développement de la péritonite qui est, pour M. Jaccoud, le seul danger de la ponction d'emblée. Les cas de guérison par ponction unique, dit-il, démontrent que l'inflammation du kyste n'est pas constante. Personne ne contestera la vérité de cette assertion; mais les faits de MM. Jonassen, Dujardin-Beaumetz et Dieulafoy n'en prouvent pas moins que la suppuration est très-fréquente et que l'introduction d'une canule à demeure devient presque toujours nécessaire. Nous croyons qu'il vaut mieux commencer par là, plutôt que de courir le risque de déterminer l'inflammation du kyste et d'être forcé plus tard de pratiquer une ouverture précipitée, sans avoir le temps d'établir des adhérences solides. Cette conduite nous semble d'autant plus rationnelle, qu'on n'est même pas à l'abri de ces accidents à l'aide de la méthode de Récamier, lorsque l'ouverture du kyste n'est pas assez large pour permettre la libre sortie des hydatides. Aussi M. Demarquay insiste-t-il beaucoup sur la nécessité de donner aux ouvertures une étendue suffisante pour livrer passage aux membranes, quels que soient leur nombre, leur épaisseur et leur rigidité : c'est à cette condition que le succès est assuré.

LUXATION COMPLÈTE DU POUCE EN AVANT

RÉDUCTION. — GUÉRISON.

Par M. le docteur MARCEL BOUYER (de Saintes).

A l'article : *Luxation du pouce en avant*, M. Nélaton dit que : « admises par la plupart des auteurs, ces lésions sont tellement rares, que l'on n'en trouve dans les annales de la science que trois exemples. »

C'est cette rareté même qui m'engage à publier le fait suivant :

Le 9 janvier 1873, C..., enfant âgé de huit ans et demi, fort et bien développé, pensionnaire dans une institution de Saintes, fait une chute sur un parquet en présence du maître de pension, qui constate aussitôt une déformation du pouce avec vives douleurs.

L'enfant a le bras de suite placé dans un bain d'eau froide, et quelques minutes après, en le voyant, je constate que le pouce gauche est *complétement luxé en avant*, dans la paume de la main, où l'on sent très-bien la tête de la première phalange; on trouve au-dessus la tête du premier métacarpien, suivie d'un large espace vide, qui remplace la phalange luxée.

L'eau froide a empêché la congestion, et le peu de temps écoulé depuis l'accident me permet de constater, à travers la peau fine de l'enfant, la lésion bien évidente.

Pour réduire, je me place au côté droit du jeune garçon assis, et mettant sa main gauche malade en supination, j'embrasse celle-ci de mes deux mains, de façon que mes doigts s'entre-croisent sur le dos de son poignet, et que mes deux pouces pressent ensemble sur la tête déplacée de la phalange. Avec un violent effort, j'obtins une réduction immédiate accompagnée du bruit caractéristique qu'entend le petit blessé. Le retour des mouvements normaux s'ensuit immédiatement.

Le pansement consiste en l'application d'une forte compresse graduée en avant et vers la base de la phalange pour empêcher l'accident de se reproduire, puis bande roulée en 8 de chiffre sur la compresse, l'avant-bras et le dos de la main.

Dès le lendemain, l'enfant suivait les exercices de sa classe en conservant son bras gauche en écharpe, et par excès de prudence, je lui ai maintenu un bandage pendant trois semaines, après quoi il a repris tous les usages de la main et du bras.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 8 juillet 1873. — Présidence de M. DEPAUL.

CORRESPONDANCE OFFICIELLE

M. le ministre de l'agriculture et du commerce transmet :

1° Un rapport de M. le docteur Diard sur une épidémie de fièvre typhoïde qui a régné en 1872 dans diverses communes du département de Seine-et-Oise ;

2° Le compte rendu des maladies épidémiques qui ont régné en 1872 dans les départements de la Loire, des Hautes-Alpes et du Nord (Comm. des épidémies) ;

3° Un rapport de M. le docteur Pidoux, médecin inspecteur des Eaux-Bonnes, sur l'asthme ;

4° Un rapport de M. le docteur Charmasson de Puylaval, médecin inspecteur des eaux minérales de Saint-Sauveur, sur le service médical de cet établissement pendant l'année 1871 ;

5° Un rapport de M. le docteur Lemonnier, médecin inspecteur des eaux chaudes, sur le service médical de cet établissement pendant l'année 1871.

CORRESPONDANCE NON OFFICIELLE

La correspondance non officielle comprend :

1° Une lettre de M. le docteur Lancereaux, qui se présente comme candidat à la place vacante dans la section d'anatomie pathologique ;

2° Une note sur une *Nouvelle méthode de traiter une paralysie faciale*, par M. le docteur Delmold, professeur de clinique chirurgicale de la Faculté de New-York ;

3° Des lettres de remercîments de divers lauréats de l'Académie ;

4° Une lettre de M. le docteur Caradec (de Brest), qui sollicite le titre de membre correspondant, et adresse, à l'appui de cette demande les titres de ses divers travaux ;

5° Un rapport sur la constitution médicale de l'arrondissement de Montauban en 1872, par M. le docteur J. Lacaze, médecin des épidémies.

M. LARREY présente, de la part de M. Léon Colin, médecin principal de l'armée : 1° une brochure intitulée : *La variole au point de vue épidémique et prophylactique* ; 2° l'article QUARANTAINE, extrait du *Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales*.

M. Larrey présente, en outre, de la part de M. le capitaine Dock, directeur de l'École régimentaire du 10e de ligne, une brochure ayant pour titre : *Gymnastique scolaire pour garçons et jeunes gens* ; 2° la 48e *année des travaux de la Société académique des sciences, arts, belles-lettres, agriculture et industrie*, de Saint-Quentin.

M. BARTH offre en hommage, de la part de M. le docteur Luys, les 3e, 4e et dernière livraisons de l'*Iconographie photographique des centres nerveux*.

M. LE PRÉSIDENT informe l'Académie que l'ordre du jour de la séance a dû être changé par suite d'une lettre adressée par M. le ministre de la guerre, et dans laquelle M. le ministre prie l'Académie de hâter le rapport qu'il lui a demandé sur l'organisation du service de santé dans l'armée française.

M. POGGIALE. La discussion de ce rapport n'a rien d'urgent, puisque l'Assemblée nationale a décidé que l'on séparerait du projet de loi relatif à la réorganisation de l'armée les dispositions qui se rapportent au service de santé militaire et qu'on en ferait une loi à part.

M. BUSSY. J'appuie pour ma part les observations de M. Poggiale. La discussion de ce rapport n'a rien d'urgent; il faut qu'il soit d'abord imprimé, distribué à tous les membres de l'Académie, lu et médité.

M. LE PRÉSIDENT. Les termes mêmes de la lettre de M. le ministre de la guerre ne nous permettent pas de douter qu'il y ait urgence. Je donne donc la parole au rapporteur, M. Broca.

RAPPORT

Sur l'organisation du service de santé de la médecine et de la pharmacie militaires.

M. BROCA (Voir le Premier-Paris).

M. LE PRÉSIDENT. La discussion générale est ouverte.

M. CHATIN. Il est impossible qu'elle commence avant que ce rapport n'ait été imprimé et lu à tête reposée.

M. LE PRÉSIDENT. M. Chatin rentre dans une question qui a déjà été traitée avant la lecture du rapport par MM. Poggiale et Bussy.

M. BUSSY. Et sur laquelle j'insiste encore. Il est impossible de répondre à ce qu'on n'a pas lu soi-même.

M. LARREY. Le rapport de M. Broca est très-bien fait, d'une extrême clarté. Il pose nettement des questions qu'il est urgent pour nous d'aborder si nous ne voulons pas que l'avis de l'Académie arrive trop tard. On peut donc passer outre.

M. DELPECH. J'aurais à faire une petite observation de détail sur la rédaction d'une phrase de ce rapport, dont l'ensemble est très-remarquable.

M. LE PRÉSIDENT. Avant d'en venir aux observations de détail, il faudrait d'abord discuter l'ensemble.

L'Académie est-elle d'avis de remettre cette discussion à la prochaine séance, après impression et distribution du rapport?

La discussion générale est remise à la prochaine séance.

COMMUNICATION

M. CHATIN énumère un grand nombre d'espèces végétales qui contiennent normalement du nitrate de potasse en quantité plus ou moins grande. Il raconte comment il fut conduit à rechercher la présence du sel de nitre dans toutes ces plantes; pour quelques-unes, il a déjà fait des analyses quantitatives; pour le plus grand nombre, il s'est borné à observer dans l'obscurité les phénomènes de la combustion de la plante sèche. Quand elle contient beaucoup de nitrate de potasse, elle crépite avec énergie en scintillant; quand elle en contient moins, elle crépite encore, mais plus faiblement. M. Chatin se promet de publier prochainement les résultats de ses analyses quantitatives.

Rien n'étant plus à l'ordre du jour, la séance est levée à quatre heures un quart.

JURISPRUDENCE MÉDICALE

Cas de nullité de mariage (1).

L'affaire revint enfin à nouveau devant le tribunal civil d'Alais, et voici quel fut le dispositif du jugement prononcé le 28 janvier 1873 :

« Attendu que sur la demande en nullité de mariage formée par Darbousse contre Justine Jumas par exploit du 8 mars 1869, le tribunal de céans, après avoir repoussé par son jugement interlocutoire du 29 avril suivant, confirmé sur renvoi de la cour de cassation, par arrêt de la cour de Montpellier, du 8 mai dernier l'exception préjudicielle proposée par la partie défenderesse et tirée des dispositions non applicables à l'espèce, des articles 180, dernier paragraphe, et 181 du code civil, a posé nettement en principe que le mariage est essentiellement vicié dans son origine, et dès lors radicalement nul, lorsque les conjoints apparents sont du même sexe, ou que l'un d'eux manque absolument des organes naturels constitutifs du sexe *même différent de celui de l'autre* auquel il prétend appartenir et ordonné une mesure préalable d'instruction et une enquête pour rechercher si par sa conformation et sa constitution générale ladite partie défenderesse se trouvait dans l'un ou dans l'autre cas, que lesdits jugements et arrêt confirmatif ont acquis l'autorité de la chose jugée, que ce qu'ils ont ainsi souverainement décidé ne saurait donc plus être remis en question, et que, dès lors, la même fin de non-recevoir reproduite par cette dernière dans ses nouvelles conclusions doit être simplement écartée ;

« Attendu qu'il y a encore lieu de rejeter des pièces du procès comme étant nul et de nul effet, l'acte de séparation de corps volontaire du 12 décembre 1868, produit par celle-ci à l'appui de ses moyens de défense ;

« Attendu que Justine Jumas a formellement refusé de se soumettre à la visite personnelle par l'expert qui formait l'objet de ladite mesure d'instruction, ainsi que cela est constaté dans le rapport dressé le 18 novembre dernier que le tribunal aura à examiner quelle influence ce refus, dans les conditions dans lesquelles il s'est produit, peut légitimement exercer dans la cause ;

« Attendu qu'il a été procédé à ladite enquête le 30 dudit mois de novembre que Darbousse avait été admis à établir sous réserve de la preuve contraire que ladite partie défenderesse était matériellement privée de tous les organes naturels, constitutifs du sexe féminin, qu'elle n'a ni sein, ni ovaire, ni matrice, ni vagin; que son bassin était conformé plutôt comme celui d'un homme que comme celui d'une femme ; qu'elle n'avait jamais eu ni règles ni douleurs lombaires et abdominales périodiques, et qu'une sage-femme d'Alais par qui elle s'était déjà volontairement fait visiter, avait elle-même constaté et reconnu par écrit cette absence complète chez elle de ces divers organes et avait fait part de ce fait à plusieurs personnes;

« Attendu que Justine Jumas ayant produit un certificat officieux à elle délivré par le docteur Carcassonne le 5 novembre 1869, et Darbousse qui l'a accepté comme pièce du procès au cours des débats qui ont précédé ledit arrêt confirmatif, se prévalant de ses constatations à l'appui de cette articulation de faits, il y a lieu de rechercher si la preuve de ces mêmes faits est suffisamment établie par ces deux documents;

« Attendu qu'il résulte dudit certificat, que la partie défenderesse a *des seins peu développés* et de la déposition du docteur Dumas, quatrième témoin de l'enquête, qui a déclaré tenir ce fait d'Antoinette Monet, sage-femme à Tomaris, premier témoin, que de celle de la couturière Eugénie Daudet, qu'elle n'en a absolument pas ;

« Qu'il résulte dudit certificat, que son bassin est peu large, et de ladite déposition du docteur Dumas, à qui encore ladite Monet l'avoir raconté, qu'il est extrêmement étroit.

Que le fait grave qu'elle n'a pas de vagin se trouve suffisamment justifié par le même document et les dépositions dudit docteur Dumas, du docteur Fabre, deuxième témoin, d'Émilie Chantagrel, cinquième témoin, et de Lucie Beaume, sixième témoin, à tous lesquels ladite Monet l'avait révélé ;

« Qu'il est certain qu'elle n'a jamais eu ses règles; que ce fait également important n'a jamais été dénié par elle et se trouve d'ailleurs établi par la déposition dudit premier témoin ;

« Attendu que s'il n'est pas résulté dudit certificat et de ladite enquête qu'elle n'a jamais ressenti des douleurs lombaires et abdominales périodiques, la preuve de ce fait doit nécessairement s'induire avec certitude de celui renseigné par la science et constaté

(1) Fin. — Voir les numéros des 5 et 8 juillet 1873.

par les douleurs ne peuvent coexister avec une santé toujours également bonne comme l'a été celle de ladite partie défenderesse, chez une femme surtout qui, comme elle encore, a déjà dépassé l'âge de trente et un ans et n'a jamais eu ses règles ; des douleurs de cette nature, quand il ne se produit pendant de longues années aucun flux de sang, occasionnent toujours nécessairement une altération profonde à la santé générale ;

« Attendu que vainement ladite Monet déclare, dans sa déposition que la partie défenderesse, après lui avoir avoué lorsqu'elle l'avait visitée en 1868 et 1869, qu'elle n'avait jamais été réglée, lui avait cependant ajouté *qu'elle éprouvait chaque mois des douleurs dont elle ne lui définit pas le caractère et qu'elle ne cherche pas elle-même à reconnaître,* que les prétendues douleurs ainsi non définies par Justine Jumas et non appréciées quant à leur caractère par cette sage-femme, ne sauraient évidemment par les motifs qui précèdent être de la nature de celles dont il s'agit, que l'on est d'ailleurs naturellement frappé de ce que ladite partie défenderesse n'a produit elle-même dans l'enquête aucun témoin, ni versé au procès aucun document pour essayer d'établir qu'elle avait réellement ressenti ces douleurs et que, par leur nature, elles affectaient véritablement les caractères de lombaires et abdominales qu'elle voudrait aujourd'hui leur faire attribuer; que le docteur Carcassonne n'a pas dû manquer, quand il l'a visitée, de s'éclairer sur ce point capital de ses investigations, et que son certificat est absolument muet quant à ce; que ce fait cependant est des plus graves dans la cause et que celui de la part de la partie la plus intéressée à en rapporter la preuve, de l'avoir laissée complétement dans l'ombre, ajoute encore un nouveau degré de certitude à la conclusion négative de son existence réduite des susdits motifs;

« Attendu que vainement aussi ladite Monet a, dans sa déposition embarrassée et son prétendu *bouleversement d'être mêlée à une pareille affaire,* parce qu'elle sentait sans doute qu'elle avait essentiellement manqué à ses devoirs professionnels en divulguant des faits qu'elle aurait dû tenir secrets, fait des déclarations contraires à celles du docteur Dumas et Fabre, Émilie Chantagrel, et Lucie Beaume, que la position sociale et la parfaite honorabilité de ces deux premiers témoins ne peuvent laisser aucun doute sur l'entière sincérité de leurs dépositions et que la vérité du fait unique révélé par ces deux derniers peut d'autant moins être suspectée qu'il a été aussi affirmé par les autres et se trouve de plus constaté par ledit certificat; qu'on ne peut d'ailleurs raisonnablement admettre que ces quatre personnes, de conditions pour la plupart différentes, et habitant des lieux divers, aient pu se concerter ensemble pour ainsi faussement témoigner devant la justice d'un ou de plusieurs faits que ladite Monet ne leur aurait pas réellement racontés;

« Attendu que ledit certificat de ladite enquête n'ayant aussi non plus rien révélé sur l'absence articulée par ledit Darbousse chez Justine Jumas, des ovaires et de la matrice, il y a encore lieu de rechercher avec lesdites données de la science si ces deux organes essentiels féminins lui font également défaut;

« Attendu que l'art médical paraît posséder aujourd'hui des moyens de diagnostic assez précis pour reconnaître, principalement dans le bassin d'une femme maigre comme l'est ladite partie, les ovaires et surtout la matrice, et si ces organes existent chez elle dans leur développement naturel;

« Attendu que ce moyen d'appréciation manquant par la faute de cette dernière à cause de son refus de se laisser visiter par l'expert-commis, on se trouve réduit à ne pouvoir déduire l'absence probable dans la personne de ces deux organes que par des présomptions tirées des faits déjà acquis;

« Attendu que suivant un homme de la science des plus expérimentés en cette matière, la plus importante des fonctions de la femme qui manifeste chez elle l'existence de mêmes organes, est la menstruation et les douleurs lombaires et abdominales qui se produisent périodiquement, ordinairement chaque mois et donnent lieu, entre autres accidents, à des sensations bien distinctes, à un gonflement des seins et à un retentissement physique et moral fortement accentué ;

« Attendu que ladite partie défenderesse n'ayant jamais été réglée, n'ayant jamais ressenti de douleurs prémonitoires, n'ayant pas de seins ou les ayant eu toujours dans tous les cas très-peu développés à toutes les époques et n'ayant pu par conséquent jamais éprouver non plus avec une semblable constitution aucun de ces retentissements et de ces sensations, l'on est amené à conclure que cette dernière se trouve encore privée de ces deux nouveaux organes, ou que du moins, si leur rudiment existent chez elle, de même que ceux de ses autres organes essentiels, ils sont tous restés, ainsi que le dit cet habile praticien dans sa consultation médico-légale du 2 mai 1872, discutée par toutes les parties dans leurs conclusions respectives, *ce qu'ils étaient au début de la vie fœtale, des bourgeons imperceptibles et inertes qui réduisent à néant son état sexuel;*

« Attendu que toutes ces déductions tirées des divers motifs ci-dessus développés doivent puiser une nouvelle force dans la désobéissance formelle aux prescriptions de la justice par ladite partie défenderesse en refusant de se laisser visiter, qu'il est à remarquer que le tribunal en ordonnant cette importante mesure d'instruction avait eu soin de prendre toutes les précautions nécessaires pour sauvegarder sa pudeur, que c'était une sage-femme qui devait faire cette visite, et que le mandat qui était donné au docteur qui lui était adjoint, consistait uniquement à se concerter préalablement avec elle dans un appartement séparé de celui où devait avoir lieu, sur la manière d'y procéder et de recueillir ensuite, toujours hors la présence de Justine Jumas, le résultat de l'examen et des constatations de ladite sage-femme et que le fait de ces précautions aussi largement prises, suffit pour ne pouvoir permettre de prendre au sérieux les motifs dudit refus allégué par ladite partie défenderesse tiré d'un prétendu sentiment de pudeur de sa part, alors surtout qu'elle n'avait pas craint déjà, le 5 novembre 1869, pour les besoins supposés de sa cause, d'aller se faire volontairement visiter par un homme (le docteur Carcassonne), après l'avoir été encore précédemment par la sage-femme de Tamaris;

« Que le second motif par elle aussi prétendu d'une atteinte chimérique qui aurait pu être portée à sa santé n'est pas plus pressant que le premier, sachant mieux que tout autre, par une double expérience, que ladite mesure prescrite ne pouvait nullement l'altérer ;

« Que dans de pareilles conditions, ce refus semble n'avoir été calculé de sa part qu'afin d'éviter de fournir de nouvelles armes à son adversaire, alors qu'elle avait pu apprécier tout le profit que celui-ci avait déjà tiré des constatations précieuses révélées par le certificat Carcassonne, malgré toutes ses réticences;

« Qu'on ne saurait admettre qu'une partie dans un procès pût impunément à son gré, lorsqu'une mesure d'instruction a été ordonnée, l'employer volontairement quand elle le jugerait convenable à ses intérêts et la repousser ensuite lorsqu'elle penserait qu'elle peut lui nuire; que si l'on ne saurait induire juridiquement dudit refus un aveu direct ou indirect par ladite partie défenderesse, de la vérité des faits articulés par Darbousse, il doit toutefois corroborer dans une juste mesure, la preuve qu'il a été possible à ce dernier d'en rapporter et les diverses appréciations auxquelles le tribunal s'est livré ci-dessus ;

« Attendu qu'il ne faut pas d'ailleurs oublier que la question de savoir si ladite partie défenderesse est réellement privée de tous les organes essentiels féminins ne doit être examinée qu'au point de vue du mariage et de la demande en nullité dont le tribunal est saisi; que ce contrat qui participe du droit civil qui en règle les conditions, et du droit naturel par l'union des sexes, et a toujours été consacré par la religion de tous les peuples à un but social et à un but moral tout à la fois; le premier, de perpétuer la famille, base de toute société, par la procréation des enfants; et le second, de donner un aliment modérateur aux instincts de la nature, de prévenir ainsi des écarts de passions, assurer les joies et la prospérité du foyer domestique, et que ce double but serait évidemment manqué s'il pouvait se faire qu'un pareil contrat dût être maintenu lorsqu'un vice général organique sexuel de l'un des

époux présenterait entre eux comme dans l'espèce, ainsi que le constate suffisamment le certificat, un obstacle perpétuel invincible de rapprochement.

« Attendu enfin que le tribunal n'a pas à rechercher si ladite partie défenderesse, à cause de sa conformation et de sa constitution générale, appartient au sexe masculin ou au sexe neutre, s'il en existe, qu'il lui suffit d'avoir acquis, ainsi qu'il l'a fait, avec les divers éléments d'appréciation de la cause, la conviction de ce seul fait que toujours, au point de vue du mariage, elle manque réellement, ainsi qu'il l'avait posé en principe dans son jugement interlocutoire, des organes essentiels constitutifs du sexe, même différent de celui de Darbousse, auquel elle prétend appartenir, pour qu'il puisse et doive accueillir la demande de ce dernier et prononcer par suite la nullité radicale du mariage intervenu entre les parties;

« Attendu que toute partie qui succombe doit être condamnée aux dépens,

« Par ces motifs,

« Le tribunal, ouï M. Teulon, substitut du procureur de la République, en ses conclusions, jugeant en matière ordinaire et en premier ressort, vidant l'interlocutoire ordonné par son jugement du 29 avril 1869 et disant à la demande, sans s'arrêter à ladite fin de non-recevoir et tous autres moyens et exceptions proposés par la partie défenderesse et les rejetant comme irrecevables, et dans tous les cas comme mal fondés, déclare radicalement nul et inexistant et annule le mariage inscrit sur les registres de l'état civil de la commune d'Alais le 20 décembre 1866 d'Antoine-Étienne Darbousse et Anne-Justine Jumas, et par voie de suite le contrat anténuptial qui a réglé les conventions civiles des parties.

« Ordonne que mention du présent jugement sera faite en marge de l'acte de célébration dudit mariage ainsi annulé par l'officier de l'état civil de ladite commune d'Alais, aussitôt qu'une expédition dudit jugement lui aura été remise, et condamne ladite partie défenderesse aux entiers dépens réservés et non réservés. »

Le jugement qu'on vient de lire a une signification considérable. Les délais d'appel étant expirés, il est devenu définitif, et la radiation du mariage sur les registres de l'état civil d'Alais vient d'être opérée.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Concours pour cinq emplois de professeur agrégé a l'École du Val-de-Grace. — Un concours s'ouvrira à l'École du Val-de-Grâce, le 15 décembre prochain, pour cinq emplois de professeur agrégé.

Ces emplois se rapportent aux parties de l'enseignement ci-après indiquées :

Clinique chirurgicale.
Clinique médicale.
Hygiène et médecine légale militaire.
Maladies et épidémies des armées.
Chimie appliquée à l'hygiène et aux expertises dans l'armée.

Les épreuves du concours sont déterminées ains qu'il suit :

Concours en chirurgie. — 1° Composition écrite sur une question de pathologie chirurgicale, tirée principalement des lésions observées aux armées;

2° Préparation d'une région anatomique; description de cette région; indication des applications de pathologie interne ou externe et de médecine opératoire qu'elle comporte;

3° Examen clinique de deux malades, dont l'un atteint d'une lésion aiguë, l'autre d'une affection chronique;

4° Pratique de deux opérations chirurgicales, une appréciation des méthodes et des procédés qui s'y rattachent; pansement; application de bandages et appareils.

Concours en médecine. — 1° Composition écrite sur une question d'épidémiologie militaire;

2° Leçon sur une question d'hygiène et de médecine légale militaire;

3° Examen clinique de deux malades fiévreux, atteints, l'un de maladie aiguë, l'autre d'affection chronique; leçon sur les deux cas observés;

4° Autopsie cadavérique, avec démonstration des lésions qu'elle révèle, et de médecine légale, s'il y a lieu.

Concours en pharmacie. — 1° Composition écrite sur une question de chimie pharmaceutique;

2° Une ou deux préparations officinales se prêtant à des développements théoriques;

3° Deux expertises, relatives, l'une aux cas d'hygiène, l'autre aux cas de médecine légale qui peuvent se présenter dans l'armée; explication verbale des phénomènes produits pendant les opérations de ces expertises et conclusions à en tirer;

4° Réponse verbale à une question de comptabilité pharmaceutique.

En médecine et en chirurgie, les deux premières épreuves seront éliminatoires.

En exécution de l'article 6 du décret du 13 novembre 1852, pourront être admis à prendre part au concours pour la spécialité chirurgicale ou médicale, les médecins aides-majors de 1re classe et les médecins-majors des deux classes, et au concours en pharmacie les pharmaciens des mêmes grades.

Les officiers de santé en possession de l'un de ces trois grades, et qui désireront participer au concours, seront tenus d'adresser au ministre de la guerre une demande qui devra, *sous peine de rejet*, être appuyée de l'avis motivé de leurs chefs. Cette demande, qui indiquera la spécialité pour laquelle se présente le candidat, devra être transmise au ministère, par la *voie hiérarchique*, avant le 15 novembre prochain, terme de rigueur.

— *Société des amis des sciences.* — Cette Société a tenu, il y a quelques jours, sa quatorzième séance générale, sous la présidence de M. Dumas.

L'honorable président a rappelé, dans un langage élevé, le but de l'œuvre si éminemment utile fondée par Thénard. « Les combats de la science, a-t-il dit, ne s'effectuent ni sans souffrances ni sans victimes. Hélas ! tandis que le monde applaudit aux vainqueurs; qu'il couronne Niepce et Daguerre; Ampère, Faraday, Wheatstone et Jacobi; Papin, Watt, Fulton, Stephenson et Seguin, vous qui vous êtes constitués les infirmiers de la science, vous savez qu'il vous reste une autre mission à remplir.

« Sur le chemin du succès et de la gloire n'y a-t-il pas, en effet, à panser des blessés, à relever des morts? Après avoir fermé les yeux de ceux qui tombent les mains tendues vers les couronnes qui leur échappent, ne faut-il pas qu'un ami vienne accepter l'héritage de leur misère et la charge de leurs affections? C'est là votre rôle. »

Plus loin, M. Dumas fait un appel éloquent à la générosité de ceux que la science a enrichis. « La science, dit-il, envisagée au point de vue économique, offre deux aspects : dans le laboratoire de l'inventeur, elle coûte; dans l'atelier de l'industriel, elle rapporte. Pourquoi ne demanderions-nous pas à celui que la science enrichit de se souvenir que c'est à son profit qu'un autre s'est appauvri? Pourquoi les chefs et les administrateurs des grandes Compagnies et des établissements industriels n'imiteraient-ils pas, tous, l'exemple que beaucoup d'entre eux, qui figurent sur nos listes de souscription, leur ont depuis longtemps donné? O vous qui vivez de la science, n'oubliez pas qu'il en est qui en meurent! »

Cet appel touchant et énergique de M. Dumas a été en quelque sorte prévenu, ainsi qu'en témoigne le compte rendu du secrétaire général, M. Félix Boudet, par de généreux bienfaiteurs qui, par leurs dons, ont permis, pendant les temps douloureux que nous avons traversés, d'élever le chiffre des secours au niveau du nombre croissant des infortunes. C'est ainsi que la Société a pu distribuer à titre de secours :

En 1870.	31,215 fr.	
En 1871.	28,882 91	
En 1872.	28,341 65	
Total.	88,439 56	en trois années.

Aujourd'hui elle possède un capital de 408,685 fr., produisant un revenu annuel de 19,515 fr.

— Le choléra asiatique a fait son apparition en Italie : on a constaté plusieurs cas dans certains villages de la Vénétie. Le professeur Manias, de Padoue, a été appelé, et son autorité ne permet guère d'avoir des doutes. Le gouvernement prend les mesures usitées en pareille occasion. Le nombre des constatations est seulement de vingt jusqu'à présent; mais la saison est si chaude et si malsaine qu'il y a un sujet de crainte malheureusement trop sérieux. (*Journal des Débats.*)

— On annonce de Thann (Alsace) la mort du docteur Conraux. C'était un homme de bien, sincère républicain; il avait opté pour la France et avait quitté l'Alsace; mais se sentant malade, il se fit transporter dans son pays natal pour y mourir. Le docteur Conraux avait été nommé chevalier de la Légion d'honneur en 1871; il laisse des regrets unanimes.

—Un lamentable accident de voiture a eu lieu hier soir dans une vallée de Menton et a jeté la consternation dans le pays. Le docteur Bettini, parti en voiture de Menton pour Sostel, où il avait été appelé par un malade, a été renversé dans un précipice de la vallée de Carreï, où il a trouvé la mort. Un autre voyageur et le cocher respiraient encore quand on a pu les relever; ils ont été transportés à l'Hôtel-Dieu.

— La Société de médecine de Paris tiendra sa prochaine séance le samedi 12 juillet, à trois heures et demie très-précises, n° 3, rue de l'Abbaye.

Ordre du jour : 1° Lecture du procès-verbal de la précédente séance; — 2° Discussion sur un nouveau procédé de trachéotomie (procédé de M. de Saint-Germain); — 3° Vote sur la candidature de M. Camuset au titre de membre titulaire.

— Le vendredi 11 juillet, à neuf heures, M. le docteur Gréhant fera, à l'amphithéâtre de la Clinique médicale à l'Hôtel-Dieu, une démonstration sur l'appareil de *dosage des gaz du sang,* et sur son application aux recherches cliniques.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Leçons sur les maladies du système nerveux, faites à la Salpêtrière par J.-M. Charcot, professeur à la Faculté de médecine de Paris, etc.; recueillies et publiées par le docteur Bourneville. — Troisième fascicule in-8° avec fig. dans le texte. Prix : 2 francs. — Paris, Adrien Delahaye.

Des asiles d'aliénés et des Gheels au point de vue moral et économique, par le docteur Parigot. — 1 vol. in-12. Prix : 1 franc. — Paris, Adrien Delahaye.

L'Étudiant micrographe, traité pratique du microscope et des préparations, par Arthur Chevalier, O. ※, 1 vol. de 600 pages, 600 figures : 7 fr. 50. — Delahaye, place de l'École-de-Médecine. — Catalogue illustré des microscopes, gratis, chez Arthur Chevalier, Palais-Royal.

Le Directeur : Dr E. Le Sourd.

Paris.— Typographie A. Pougin, quai Voltaire, 13.

N° 80. — SAMEDI 12 JUILLET 1873. 46e ANNÉE. SAMEDI 12 JUILLET 1873. — N° 80.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Bureaux : 57, rue des Saints-Pères, 57
PRÈS L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix d'abonnement doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

On s'abonne hors de Paris dans les bureaux des Messageries et chez les Libraires
Les lettres non affranchies sont refusées.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui n'en peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS: Trois mois. . 8 fr. 50 c. — Six mois. . . 16 — — Un an. . . . 30 —

POUR L'ÉTRANGER le port en sus suivant les derniers tarifs des Postes.

REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE

Congestion pulmonaire simple.

Je dois commencer par indiquer pourquoi je crois à l'existence d'une congestion pulmonaire simple, pouvant se produire et durer sans œdème du poumon, sans expectoration albumineuse ou autre, et sans hémorrhagie.

Il est vrai que les descriptions que M. Woillez a données sous ce nom n'étaient pas de nature à faire admettre cette congestion dans le cadre nosologique. On y cherche en vain, en effet, la physionomie reconnaissable d'une espèce nosologique bien déterminée. En dehors des données très-vagues que peut fournir la mensuration circulaire pour indiquer si les côtes se soulèvent et si elles s'abaissent plus ou moins, on ne saurait y trouver un signe caractéristique.

Il y est dit que la percussion fait entendre parfois un peu de matité, parfois un excès de sonorité, et parfois un son tout à fait normal.

De même pour les phénomènes stéthoscopiques.

De même en ce qui concerne la toux ou les crachats, la fièvre, la douleur, en un mot tout l'ensemble.

Quant aux circonstances au milieu desquelles cette congestion paraîtrait, elles sont tellement innombrables que l'absence de congestion pulmonaire chez un malade deviendrait presque exceptionnelle. Tous ceux qui ont une névralgie intercostale, tous ceux qui ont la fièvre, n'importe à peu près pour quelle cause, début d'une affection éruptive, embarras gastrique, etc., etc., tous ceux-là et bien d'autres encore figurent comme étant en outre atteints de cette congestion.

Aussi s'est-on demandé s'il n'y avait pas là quelque illusion d'optique.

Les autopsies sont elles-mêmes bien peu probantes, quand on peut supposer ces hypostases cadavériques si fréquentes dans les poumons.

Et quant à la mensuration circulaire, on n'est pas certain que l'étendue circonférencielle du thorax soit indépendante de la douleur que les mouvements peuvent occasionner dans le cas de névralgie intercostale, ou de l'état des organes sous-diaphragmatiques, de l'innervation des organes respiratoires, etc., lorsqu'il n'y a pas de point douloureux.

Telles sont quelques-unes des raisons qui ont conduit beaucoup de praticiens très-distingués à mettre en doute l'existence d'une congestion pulmonaire, indépendante de toute affection du poumon mieux déterminée.

Mais il est des cas dans lesquels ce doute n'est plus possible, et alors on est en présence de tout un ensemble de signes qui n'ont plus rien de vague et de contradictoire.

Ces signes sont ceux-là même qui ont été décrits comme indiquant le premier degré des affections tuberculeuses dans leur période préparatoire.

Et il était tout naturel qu'on les eût observés d'abord chez les personnes prédisposées aux tubercules, car c'était chez eux qu'on surveillait surtout l'état des sommets et qu'on prêtait une extrême attention au moindre symptôme anormal. Or, la présence de granulations jouant le rôle d'épines est une des causes qui peuvent provoquer et entretenir un certain degré de congestion.

Quand donc on découvre à la percussion une élévation de tonalité, une différence dans la note, qui devient plus aiguë, alors même que le poumon dont il s'agit semble résonner pour le moins autant que l'autre ; quand, en même temps et du même côté, le bruit vésiculaire est un peu moins distinct ; quand le second temps de la respiration, l'expiration, est un peu prolongée ; quand la voix, à l'auscultation, donne une sensation différente, semblant plus dure pour ainsi dire, bien que parfois plus éloignée, ayant tendance à faire écho et, en un mot, à résonner comme dans un tube au lieu de se propager comme par ondulation ressemblant à un flot paisible, ceux qui prêtent grande attention aux phénomènes stéthoscopiques se sentent portés à craindre qu'il n'y ait dans ce poumon des tubercules latents.

Quelquefois, en effet, c'est le cas ; mais souvent il ne s'agit que de congestion sans tubercules.

Par exemple, je soigne depuis plusieurs années une dame qui est bien le type du tempérament herpétique. Le plus habituellement, elle a sur quelque partie de la peau, tantôt sur un point, tantôt sur un autre, quelque éruption très-démangeante et très-tenace, parfois à forme eczémateuse, parfois à forme prurigineuse.

Alors sa santé générale est très-bonne ; elle digère bien et ne tousse point.

Mais déjà, à plusieurs reprises, il est arrivé que la peau est

devenue complétement indemne de toute éruption, et qu'en même temps il s'est produit de la toux, de la dyspepsie, ou de la vagino-métrite.

Dans le premier cas, la toux était sèche, quinteuse, très-pénible, et quand j'auscultais, je trouvais à l'un des sommets l'ensemble des signes indiqués plus haut.

J'appliquais alors un vésicatoire, qui faisait naître autour de lui une éruption plus ou moins étendue, et, en même temps que la toux, disparaissaient tous les phénomènes plessimétriques ou stéthoscopiques.

Maintenant que l'on connaît mieux la susceptibilité des muqueuses pour des affections qu'on croyait jadis exclusivement cutanées; maintenant que l'on a décrit les érysipèles propagés de dehors en dedans, on n'a plus le droit d'être aussi sceptique qu'on le fut pendant un temps sur ces balancements d'affections éruptives.

Il est certain que, dans ce cas, la toux quinteuse, si pénible, tenait à la nature de l'affection cutanée qui s'était momentanément transportée sur les bronches, et qui y restait démangeante, comme sur la peau, pour ainsi dire.

Ceci n'avait aucun rapport avec les tubercules naissants, puisque la durée en était très-courte, et cependant une congestion semblable à celle qui se produit sous l'influence des tubercules, reconnaissable aux mêmes signes, durait autant que l'éruption bronchique.

Au point de vue étiologique, les cas de ce genre me paraissent très-démonstratifs ; mais il ne faudrait pas conclure de ces exemples que la toux quinteuse est un caractère fondamental de la congestion non tuberculeuse.

Au contraire, nous examinerons, dans un prochain article, des cas non moins fréquents dans lesquels cette toux quinteuse n'existe pas.

Expectoration albumineuse.

Je dois d'abord donner des nouvelles de mon malade, dont le dernier accès d'expectoration albumineuse a eu lieu le vendredi 4.

Comme je l'ai dit alors, cet accès, après avoir été d'abord identique aux autres, s'était transformé vers la fin. Le liquide jaunâtre, transparent et mousseux, avait été alors remplacé par des crachats très-sanglants. Ces crachats se sont reproduits pendant deux jours à d'assez longs intervalles. Ainsi la transsudation du sérum albumineux avait fait place à une véritable hémorrhagie pulmonaire, peu abondante, mais d'une durée beaucoup plus longue que celle des accès antérieurs.

Les phénomènes stéthoscopiques et plessimétriques différaient aussi de ceux que j'avais observés quelques heures après les autres accès.

Au lieu d'entendre seulement un peu de matité vers la partie la plus déclive du poumon sur lequel le malade se couchait, et quelques râles sous-crépitants à ce niveau, j'avais noté dans une assez grande étendue de ce poumon, une diminution du bruit vésiculaire, un peu de souffle doux, et ailleurs, d'expiration prolongée, quelques râles disséminés, qui se rapprochaient du type crépitant, et enfin une certaine augmentation des vibrations thoraciques, sans matité bien nette sur aucun point.

Je rappelle ces signes à cause de la congestion hémorrhagique qui persista durant deux jours et qui s'accompagna d'une sécrétion bronchique de crachats muqueux.

Ainsi, il est bien établi que les véritables accès d'expectoration albumineuse, non-seulement peuvent alterner avec des accès d'asthme, mais peuvent se transformer en congestions hémorrhagiques.

Ces deux formes sont-elles les seules que la congestion pulmonaire puisse revêtir ? Non, sans doute. Nous avons commencé, dans le précédent article, à décrire une congestion simple, qui reste sèche, et peut durer assez longtemps sans hémorrhagie ni œdème. Mais en dehors de cette espèce, bien différente par ses allures des accès que nous décrivons, certaines observations nous conduisent à penser qu'il peut se produire des accès de congestion sèche dangereuse par sa généralisation, et peut-être aussi se rattachant à quelque modification dans l'innervation pulmonaire.

Mais ceci nous mènerait un peu loin du sujet que nous traitons en ce moment.

Nous avons voulu établir, et nous avons, je crois, solidement établi l'existence d'une *pneumorrhée* albumineuse, revenant par accès, alternant avec des accès d'asthme, ayant sans doute pour origine une modification dans les actions nerveuses, pour expression anatomique une congestion pulmonaire de forme spéciale avec transsudation du sérum sanguin, pouvant aller jusqu'à l'hémorrhagie, de sorte que le liquide, autrement jaune, peut être rougi par du sang (dans des cas où il est impossible de supposer une piqûre du poumon, puisqu'il n'y avait jamais eu de pleurésie ni de thoracentèse).

Les analyses ont prouvé que le liquide expectoré en pareil cas pouvait contenir encore plus d'albumine que n'en renferment d'ordinaire les liquides extraits de la plèvre.

Et en appliquant toutes ces données aux expectorations tout à fait analogues qui peuvent se produire à la suite des thoracentèses, on voit qu'aucun des arguments de ceux qui veulent les expliquer dans le plus grand nombre des cas par une blessure du poumon, n'a la moindre valeur probante.

C'est donc une question jugée.

Mais, par suite, s'est élevée une autre question subsidiaire.

A côté de ces pneumorrhées véritablement albumineuses, existe-t-il des bronchorrhées, surtout séreuses ou muqueuses, qu'on puisse confondre avec elle ?

La confusion est certainement possible, puisqu'elle a eu lieu; mais elle peut être évitée par un praticien attentif.

Du reste, l'étude de ces bronchorrhées, surtout séreuses, de ces espèces de *sueurs des bronches*, si l'on peut s'exprimer ainsi, ne sera certainement pas sans intérêt. En médecine, même une erreur de diagnostic, une fois reconnue, peut conduire à d'utiles notions.

Toutes les fois donc que l'expectoration n'aura pas les allures essentiellement aiguës et rapides des francs accès de pneumorrhée albumineuse, il sera bon d'analyser le liquide, car rien ne prouve que sous des influences encore mal étudiées, la bronchorrhée séreuse ne puisse pas se produire après évacuation d'un liquide pleurétique par la thoracentèse.

Dans un fait que nous communique M. le professeur Lande, de Bordeaux (dont le nom a été transformé dans la Revue clinique de samedi dernier par un *lapsus calami*), il ne paraît pas que cette analyse ait eu lieu. Mais l'observation n'en est pas moins intéressante à d'autres points de vue. La voici.

« Un malade tuberculeux (2e période, cavernules au sommet des deux poumons) placé dans le service du professeur Henri Gintrac, est pris de pleurésie diaphragmatique le 13 juin 1873. La pleurésie se généralise, l'épanchement survient et atteint son maximum le 16 ; du 16 au 19, il diminue et disparaît presque complétement. Le 21, nouvelle poussée ; le liquide monte rapi-

dement ; les jours suivants, apparaissent des symptômes généraux qui font porter le diagnostic : épanchement purulent. Malgré un traitement énergique, l'état, au 27 juin, est le suivant : voussure du côté gauche, matité absolue, en avant, jusque sous la clavicule ; submatité seulement en arrière ; vibrations thoraciques nulles en avant, à peu près nulles en arrière. Bruit respiratoire nul en avant ; s'entend par points disséminés en arrière et sur le côté. Cœur dévié à droite.

« Le malade, menacé d'asphyxie, demande un prompt soulagement. M. le professeur H. Gintrac décide la thoracentèse. Je pratique cette opération au moyen de l'appareil de Dieulafoy.

« Première ponction dans le sixième espace intercostal ; quelques gouttes de sang mêlé de légères stries de pus. Deuxième ponction dans le cinquième espace et un peu en arrière. Encore du sang.

« Troisième ponction dans le quatrième espace. Écoulement de 2,000 grammes de pus crémeux. Après l'opération, toux quinteuse suivie d'une expectoration abondante d'un liquide visqueux très-mousseux, blanc, à l'exception de quelques crachats mucomusculaires qui se détachent dans la masse. Cette expectoration albumineuse a persisté deux jours. La quantité de liquide ainsi rejeté a été de 250 à 300 grammes par jour, abstraction faite des crachats purulents surajoutés. Le troisième jour, l'expectoration est moins abondante (50 grammes environ); elle est redevenue purulente telle qu'elle était avant la thoracentèse. »

Évidemment, dans ce cas, toutes les circonstances étaient réunies pour faire supposer une origine pleurétique au liquide expectoré si la pleurésie n'avait pas été purulente.

La pleurésie était également purulente chez un malade dont M. Lande doit l'histoire aux souvenirs de M. le docteur Mousseux, et chez lequel, après des ponctions qui ramenèrent un liquide purulent, il y eut des crises d'expectoration purement séreuse.

En joignant ces observations inédites à celles qui ont été publiées récemment par MM. Lande, Labat, etc., dans le *Journal de Bordeaux*, à celles qui ont été, dans ces dernières semaines, communiquées à la Société de biologie, etc., on voit que le chiffre des cas d'expectoration albumineuse survenue à la suite de la thoracentèse a presque doublé en deux mois.

PROMENADE DANS LES HOPITAUX

De la dilatation graduelle dans les rétrécissements fibreux de l'œsophage.

Rien ne devait empêcher d'appliquer à l'œsophage les mêmes méthodes de dilatation qu'à l'urèthre.

M. Bouchard a donc remplacé les grosses sondes olivaires avec lesquelles on pratique d'ordinaire le cathétérisme de ce canal, quand il est rétréci, par des sondes coniques, graduées de telle sorte qu'entre chaque numéro il y ait juste une différence de 1 millimètre de mesure circonférencielle.

Voici comment nous l'avons vu procéder sur un homme, atteint d'un rétrécissement fibreux de cause et de date inconnues, et qui vient deux fois par semaine dans le service pour y subir cette opération.

La sonde, dirigée avec les doigts et glissée doucement, sans effort, dans l'œsophage, jusqu'à ce qu'elle ait franchi le cardia, est ensuite maintenue en place le plus longtemps possible, ordinairement de quatre à huit minutes.

Sa présence provoque d'abord quelques efforts de vomissements et de toux ; des mucosités abondantes viennent glisser autour d'elle. On a soin de maintenir le malade la tête très-fortement penchée en avant.

Quelquefois dès lors ce désordre devient une angoisse insupportable, et il faut retirer la sonde. Mais souvent aussi les nausées se calment au bout de quelques secondes, pour ne reparaître qu'après quelques minutes, et dans l'intervalle on peut laisser la sonde en place.

On ne passe qu'avec prudence d'un numéro à l'autre. A peine gagne-t-on 1 millimètre par semaine, c'est-à-dire par deux séances. En effet, l'essentiel pour pouvoir continuer sans encombre, est de procéder avec une sage lenteur.

Après chaque séance, le malade éprouve du côté de l'œsophage une douleur qui n'est pas très-vive et qui dure un temps variable. Cette douleur et les nausées que provoque chaque fois la présence de la sonde sont, du reste, les seuls inconvénients du traitement.

M. Bouchard a eu déjà des occasions nombreuses de se servir de cette méthode, et dans les rétrécissements fibreux les plus étroits, les plus anciens, il est toujours parvenu assez vite à rendre à l'œsophage un calibre assez grand pour que la nutrition redevienne facile.

A cette occasion, M. Bouchard a raconté l'histoire d'une jeune malade atteinte, depuis l'âge de deux ans, d'un triple rétrécissement de l'œsophage qui avait succédé à l'ingestion d'une certaine quantité d'eau seconde, et chez laquelle on n'avait d'abord constaté qu'un amaigrissement et un manque d'appétit de plus en plus marqués.

Les rétrécissements successifs empêchaient le vomissement des substances alimentaires qui s'accumulaient dans l'œsophage ; et sans aucune régurgitation, après avoir pris quelques bouchées, la malade refusait de manger davantage, en déclarant que son estomac était rempli.

Après divers traitements infructueux dirigés contre ce qui sembla t être une dyspepsie, M. Bouchard voulut assister au repas, et il soupçonna la vérité quand la jeune malade répondit à ses nouvelles instances pour la faire manger davantage : « Vous voulez donc que cela déborde ! »

On lui apprit alors qu'en effet cette jeune fille avait été traitée, vers l'âge de cinq ans, par Trousseau, pour un rétrécissement de l'œsophage. Depuis lors, on croyait à une guérison complète, et c'est pourquoi on avait oublié d'en parler jusque-là.

Des trois rétrécissements, le premier avait 14 millimètres, le second 12, le troisième 9 ; en deux mois, M. Bouchard ramena le calibre à 19 millimètres, ce qui était suffisant.

Mais cette malade était atteinte en même temps d'azoturie sans polyurie, affection qui contribuait à sa maigreur, et dont nous parlerons dans un prochain article.

Dr Victor Revillout.

DES VARIÉTÉS DE FORME DU CHANCRE SYPHILITIQUE (1)

Par M. le docteur Lancereaux, médecin des hôpitaux,
Professeur agrégé à la Faculté de médecine.

2° *Érosion chancreuse et chancriforme.* — Cette forme, la plus fréquente de celles que manifeste la syphilis primitive, d'après les statistiques de Bassereau (146 fois sur 170 cas), et aussi

(1) Fin. — Voir le numéro du 28 juin 1873.

de l'avis de Diday, est depuis longtemps signalée et distinguée du chancre induré primitif. Carmichaël faisait sans doute allusion à cette manifestation dans la description qu'il donne d'une classe à part de chancres bénins sous le nom de *patchy excoriation*, et c'est probablement cette même manifestation que Wallace a appelée *superficial primary syphilis*. — Le chancre parcheminé de Ricord, la *Venerola vulgaris*, d'Evans, l'affection condylomateuse de Rinecker, l'érosion superficielle de Langlebert, ne sont que cette modalité primitive autrement dénommée. Bassereau et Diday sont les auteurs qui ont le plus particulièrement appelé l'attention sur ses caractères et sa signification ; c'est l'érosion *chancreuse* du premier, l'érosion *chancriforme* du second.

Cette forme de l'accident primitif débute ordinairement par un point rouge cuivré, à peine saillant, papuleux, sec, qui se desquame ensuite, se recouvre d'une croûte ou plutôt d'une écaille mince, et plus tard s'érode ou s'ulcère légèrement à sa surface. D'un diamètre variable, de forme arrondie ou irrégulière, cette ulcération, toujours circonscrite, représente une surface plane, rosée, de niveau avec les parties environnantes, et assez semblable à la surface d'un vésicatoire volant vers le deuxième jour ; quelquefois pourtant, elle est saillante, soit par le développement de bourgeons charnus, soit par l'excès d'induration. Elle fournit un suintement séreux, concrescible, peu abondant, présente une base étalée, légèrement indurée en surface plutôt qu'en profondeur. Elle a son siége le plus habituel en arrière de la couronne du gland ; mais elle peut se rencontrer partout ailleurs ; sur un point quelconque des surfaces cutanés ou muqueuse. Son étendue variable est quelquefois si petite, le suintement si peu abondant et la cicatrisation tellement rapide, qu'à défaut d'une induration caractéristique, il est prudent de rester dans l'incertitude sur sa nature jusqu'à l'apparition des symptômes secondaires.

Dans la plupart des cas, la durée de cet accident ne dépasse pas deux mois (Bassereau). Sa terminaison a lieu par la résolution du point induré et la cicatrisation de sa surface. Assez souvent, deux fois sur trois environ, l'érosion chancreuse ne donne pas lieu à des *cicatrices durables*, à moins qu'elle n'occupe le bord de la couronne du gland ou le tissu cutané. Dans quelques cas pourtant, une légère induration lui survit. Les ganglions lymphatiques qui lui correspondent sont durs et indolents.

Le diagnostic n'est pas toujours facile. En présence d'un accident de si mince apparence, on se demande, en effet, s'il s'agit d'une maladie aussi sérieuse que la syphilis, et souvent on hésite. Si l'érosion est recouverte de croûtes, ainsi qu'il arrive ordinairement lorsqu'elle occupe la peau ou une partie de membrane muqueuse exposée à l'air, on la voit revêtir quelques-uns des caractères d'une vésicule d'herpès, d'une pustule d'ecthyma, d'une éruption psydraciée ou squameuse, et se confondre avec l'une ou avec l'autre de ces lésions élémentaires. Elle s'en distingue facilement toutefois par son isolement, sa marche, sa longue durée, et l'engorgement spécial des ganglions circonvoisins.

Bien que nous soyons encore peu édifiés sur la source de cette seconde forme de l'accident primitif, il est permis de croire, avec Diday et Langlebert, que cette modalité provient le plus souvent d'une manifestation syphilitique secondaire, et qu'elle est plus particulièrement engendrée par les plaques muqueuses.

(*A suivre.*)

MOYEN D'ARRÊTER L'HÉMORRHAGIE
DANS L'OPÉRATION DE LA TAILLE

Par M. le docteur CRÉQUY, ancien interne des hôpitaux.

Un des accidents le plus à redouter dans l'opération de la taille est assurément l'hémorrhagie. J'ai été plusieurs fois témoin de cet accident, à craindre surtout chez les enfants, et j'ai vu un de mes maîtres les plus distingués fort inquiet sur les suites qu'il pourrait y avoir chez un malade de six ans auquel il venait de retirer un calcul volumineux.

Ayant eu récemment à pratiquer la taille à un enfant de cinq ans, cet accident me préoccupait beaucoup, et j'ai cherché si je ne pourrais trouver quelque chose, comme moyen hémostatique, de plus parfait que la canule en chemise de Dupuytren. Me rappelant les succès nombreux que j'avais eus dans la pratique des accouchements avec le ballon en caoutchouc de Gariel, j'imaginai d'adapter à une canule métallique une enveloppe en caoutchouc susceptible de se dilater par l'insufflation, plus aux deux extrémités qu'à sa partie moyenne, prenant en un mot la forme du petit sablier chronomètre dont une partie se développe dans la vessie, l'autre à l'extérieur. Ce petit appareil devait à coup sûr arrêter l'hémorrhagie pendant que l'urine pourrait s'écouler par la canule placée au centre et indiquer par sa coloration, si, d'externe qu'elle était, l'hémorrhagie n'est pas devenue interne, et par là, nécessiter une plus grande distension du ballon.

Heureusement, je n'eus pas besoin d'avoir recours à ce moyen, en donnant à mon incision une direction oblique se rapprochant de l'ischion, comme l'indique Boyer, et la forme d'un double cône tronqué dont l'une des bases répond à la vessie et l'autre à l'extérieur, ainsi que l'indiquent plusieurs chirurgiens, je fus assez heureux pour éviter l'accident que je redoutais, et mon malade, auquel j'ai extrait un calcul long de 3 centimètres et large de 2 centimètres, fut guéri en vingt jours.

L'instrument que j'avais imaginé ne me parut pas seulement applicable à la taille, il me parut encore pouvoir rendre des services dans les opérations sanglantes qui se pratiquent sur l'anus. M. Demarquay voulut bien l'employer chez une malade de la maison de santé qu'il venait d'opérer d'un cancer du rectum, et qui perdait du sang en assez grande quantité, l'hémorrhagie s'arrêta d'abord ; mais comme le sang reparut un peu, je voulus distendre le ballon davantage. Malheureusement, la soudure du caoutchouc était mal faite ; elle se rompit ; je pense qu'il est facile de remédier à cet accident qui ne m'est jamais arrivé avec le pessaire Gariel, et qu'alors cet instrument deviendrait un excellent hémostatique dans les opérations de l'anus et du rectum, surtout si on donnait à la canule la courbure de cet organe, ainsi que le conseillait M. Demarquay.

Ce mode de tamponnement permettrait de reconnaître si le sang ne s'est pas accumulé dans la partie supérieure du rectum comme cela peut arriver si on emploie de simples bourdonnets de charpie ou d'amadou, le sang, en ce cas, coulerait par la canule qui, ayant un certain volume, permettrait d'administrer des lavements au malade s'il y avait nécessité et l'empêcherait d'être incommodé par les gaz qui pourraient sortir sans efforts.

Je ne sais si la pratique sanctionnera l'idée que j'émets, mais l'emploi heureux du ballon en caoutchouc pour arrêter l'hémorrhagie dans les cavités creuses ne me fait pas douter de son avantage dans les cas que je viens d'indiquer.

REVUE DE LA PRESSE

Plaie unilatérale de la moelle épinière. — Un jeune homme de vingt-deux ans reçoit à la nuque un coup de couteau ; quelques mois après on constate : 1° une impuissance motrice à peu près absolue des membres du côté gauche ; ceux du côté droit ont conservé leur motilité normale et le sens de la pesanteur ; 2° une para-

lysie des intercostaux du côté gauche ; 3° une hyperesthésie de la peau du même côté, commençant à la hauteur de la deuxième côte, s'accompagnant d'une augmentation de l'excitabilité réflexe et s'étendant sur toute la moitié du corps, limitée exactement par la ligne médiane, même sur le scrotum et sur le pénis. Cette excitabilité réflexe était très-pénible pour le malade, il suffisait des moindres attouchements pour provoquer des contractions énergiques et un tremblement des membres paralysés. La sensibilité de la face et du cou est normale des deux côtés ; 4° une anesthésie commençant à droite à la même hauteur et occupant tout le côté correspondant ; 5° une notable diminution de volume des membres du côté gauche, ainsi qu'une diminution de la contractilité par la faradisation ; 6° un abaissement de la température des mêmes membres. Ces deux derniers symptômes, l'atrophie et l'abaissement de température des membres paralysés, ont été observés très-rarement ; 7° un rétrécissement de la pupille du côté gauche.

L'arsenic en injections sous-cutanées donna, dans ce cas rapporté par M. Riegel, de très-bons résultats. (*Berliner Klinische Wochenschrift* et *Gazette médicale de Paris*).

De la résection du coude, par M. le docteur A. Cousin. — *Conclusions.* — 1° La résection du coude en temps de guerre est une bonne opération : elle a des indications et des contre-indications formelles ;

2° Elle convient dans les cas de fracas osseux peu étendus, mais à fragments multiples ; elle est, il est vrai, à peu près aussi grave que l'amputation du bras, mais elle l'emporte sur cette dernière opération, en ce sens qu'elle permet de conserver un membre utile ;

3° La conservation convient dans les cas de fracture bornée à un seul os, si les fragments ne sont pas nombreux ;

4° Il faut, dans la résection telle que nous la comprenons, rechercher la pseudarthrose ;

5° Dans la conservation, l'ankylose à angle faiblement obtus est préférable ;

6° La résection doit être primitive ; elle doit être totale.

7° Si les dégâts osseux, nerveux, vasculaires, musculaires, etc., sont trop considérables, il faut amputer ;

8° Quant au traitement de la résection, une fois qu'elle est pratiquée, nous proposons la gouttière pendant les premiers jours, puis les appareils plâtrés vernis et fenêtrés, et enfin, plus tard, des mouvements sagement mesurés. (*Union méd.*)

Le furoncle, ses relations avec l'herpétisme et son traitement par l'arsenic. — M. Delioux de Savignac considère le furoncle comme étant, chez beaucoup d'individus, une manifestation de l'herpétisme, surtout lorsque, par la multiplicité et la fréquence réunies des éruptions, il constitue ce qu'on a appelé la diathèse furonculaire.

Il considère la médication purgative comme insuffisante et a recours à d'autres moyens, parmi lesquels il place en première ligne l'arsenic, dont l'emploi est ici justifié par son action élective sur la peau.

Par le fait même de la vivacité des modifications que fait subir dans la région oculaire l'arsenic donné à très-petites doses, l'orgelet est, suivant l'auteur, l'une des espèces de furoncle à laquelle convient le mieux le traitement arsenical. M. Delioux de Savignac attribue ces bons effets de l'arsenic contre le furoncle à l'accélération et à la régularisation de la circulation capillaire.

En résumé, suivant l'auteur, les préparations arsenicales sont susceptibles de modifier les états diathésiques qui engendrent les furoncles. Que les éruptions furonculaires dépendent d'une diathèse inflammatoire, d'une diathèse herpétique ou d'une diathèse de suppuration, l'arsenic, à divers titres, peut avantageusement les combattre sans préjudice d'autres moyens internes accessoires et du traitement topique. A l'intérieur, solution avec arséniate de soude, 10 centigrammes ; eau distillée, 200 grammes ; deux cuillerées à café par jour à une certaine distance des repas.

Après la consommation de cette solution, qui dure vingt jours, M. Delioux de Savignac donne 20 à 30 grammes de sulfate de soude ; puis, au bout de dix jours, ordonne de nouveau la solution arsenicale qu'il fait encore suivre d'une dose purgative de sulfate de soude. Il recommande, en outre, un régime alimentaire peu azoté et où l'on fait entrer beaucoup de végétaux frais ; au moment des vendanges beaucoup de raisin ; il croit même que dans diverses affections herpétiques on retirerait beaucoup d'avantages d'une cure de raisin complète, en supprimant tout autre remède, sauf l'arsenic.

Pendant que l'on prend l'arsenic, on ne doit faire usage d'aucun acide ; les malades, en revanche, se trouveront bien de boire aux repas des eaux de Vals ou de Vichy ; ils devront s'abstenir de vin pur et d'alcooliques.

A l'extérieur, pendant la période aiguë du furoncle, cataplasmes émollients et, quand on a extrait le bourbillon, l'emplâtre diachylum ; mais sur les éruptions constituées par des groupes de petits boutons durs et à marche lente, M. Delioux de Savignac emploie la pommade suivante : soufre sublimé, une partie ; camphre pulvérisé, 4 ; cold-cream, 25 ; tout à fait au début, la teinture d'iode peut faire avorter le furoncle inflammatoire. Quelques bains sulfureux à faible dose et avec de la gélatine pour ne pas exaspérer l'état d'irritation de la peau, donneront de bons effets.

Telle est la médication qu'a employée avec succès M. Delioux de Savignac. Il n'a jamais été obligé de pousser au delà de quatre solutions le traitement arsenical.

Du traitement de l'adénite inguinale chronique. — M. Demarquay, dans les cas d'adénite chronique donnant lieu à une suppuration que rien ne peut arrêter, pense que l'on doit pratiquer l'extirpation des ganglions. Mais cette extirpation faite par le bistouri entraînant souvent de fâcheux résultats, il préfère avoir recours aux caustiques. Il fait, sur le milieu de la tumeur, une incision parallèlement à la direction du pli inguinal et assez longue pour mettre à découvert toutes les parties indurées. Deux jours après, il introduit des flèches de pâte de Canquoin au-dessous de chaque ganglion et dans son intérieur, en ayant soin de bien circonscrire tous ceux qui existent. Quand il est impossible de compter tous les ganglions malades, il fait une seconde application. Du second au cinquième jour, selon le volume de la tumeur, M. Demarquay enlève le caustique, quand il n'est pas tombé de lui-même. Il est confondu avec les tissus sur lesquels il a exercé son action. S'il reste des nodosités ganglionnaires, on recommence l'opération.

Les caustiques ne laissent pas, comme on l'a prétendu, de cicatrices très-difformes, et le chlorure de zinc n'agissant pas sur la peau, celle-ci ne conserve que la trace de l'incision faite avec le bistouri. (*Bulletin de thérapeutique.*)

Accouchement gémellaire quadruple. — La femme S..., âgée de trente-cinq ans, mariée depuis treize ans, a eu six enfants, dont quatre vivent bien portants. Le 15 mars 1872, elle mit au monde, après huit mois d'une grossesse très-pénible, trois enfants dont deux garçons et une fille. Ces trois enfants ont vécu trois jours.

Les deux premiers sont venus à un quart d'heure de distance et se sont présentés par le sommet de la tête. Ils avaient un placenta commun, mais formé par la réunion de deux placentas qui portaient chacun un cordon ombilical distinct. Ces deux enfants étaient contenus dans un chorion unique, et dans deux enveloppes amniotiques séparées. Le troisième s'est présenté une demi-heure après, la main en avant ; il était contenu dans des membranes séparées formant une cavité unique.

Après ce triple accouchement, vives coliques et pertes abondantes de sang qui persistèrent pendant vingt-cinq jours. A cette époque, la malade se plaignit d'éprouver dans la matrice la sensation d'un corps étranger. Une odeur infecte s'exhalait des parties génitales.

La sage-femme, appelée de nouveau auprès d'elle, après quelques tractions, retira une masse charnue recouverte par un placenta reconnaissable. Elle ne tarda pas à reconnaître les débris putréfiés d'uu fœtus qui lui parut être de cinq mois environ. Quinze

jours après cette dernière délivrance, la malade était complétement remise.

La mère du mari, ainsi qu'une sœur de cette femme, avaient eu deux jumeaux (*Gaz. obstétricale de Paris*).

Kystes du para-ovarium. — M. Kœberle a présenté à la Société de médecine de Strasbourg deux cas de tumeurs para-ovariques qu'il a extraites avec succès, et dont l'une a pu être diagnostiquée par la ponction avant l'opération. Ces kystes, formés par le développement extraordinaire de l'organe de Rosenmuller, située, comme on sait, à l'extrémité externe de la trompe, au côté postérieur du ligament large, au sommet de l'espace qui sépare l'ovaire du pavillon, quand ils ont acquis le volume des tumeurs ovariennes, en diffèrent, non-seulement par leur origine, mais aussi par leur structure anatomique et leur contenu.

Ils se développent dans l'épaisseur du ligament large, au milieu d'un tissu cellulaire lâche, dans lequel rampent de nombreux vaisseaux et sont, par conséquent, très-facilement énucléables de leur enveloppe péritonéale. Ils affectent, en outre, des rapports plus ou moins déterminés avec la trompe et l'ovaire qui, du reste, peuvent être isolés sans peine et abandonnés dans la cavité abdominale. Leurs parois sont constituées par une couche de tissu fibreux mince, tapissés d'une seule couche d'épithélium cylindrique, à cylindres parfois très-courts, et sur lesquels on trouve de temps à autre des cils vibratiles. Le liquide qu'ils renferment est d'une extrême limpidité, ne contient pas d'albumine et présente un goût salé plus ou moins prononcé. Enfin les tumeurs para-ovariques paraissent influencer beaucoup moins l'état général des malades que les tumeurs ovariennes; leur marche, différente aussi, présente deux périodes, une première, pendant laquelle la maladie se développe très-lentement, et une seconde, d'accroissement au contraire très-rapide. (*Gaz. méd. de Strasbourg.*)

Un cas d'hémophilie par le cordon ombilical. — Il s'agit d'un petit garçon de sept jours, chez lequel la chute du cordon ombilical détermina une hémorrhagie. Appelé pour arrêter cette hémorrhagie, le docteur Marcailhou (d'Aymeric,) en présence d'ecchymoses très-étendues de date récente, sous les aisselles, au-dessous du sein, aux deux bras et sur les épaules, diagnostiqua une hémophilie; le nombril faisait une petite tumeur de la grosseur d'une noisette entourée au milieu par une ouverture donnant beaucoup de sang. L'hémorrhagie ne put être arrêtée que quatre heures après avec des bourdonnets de charpie imbibés d'eau de Pagliari.

Le lendemain, la température est notablement abaissée, on donne le sein à l'enfant; aux premiers mouvements de succion l'hémorrhagie recommence, sans qu'il soit possible de l'arrêter, et l'enfant succombe une heure après. Dans la nuit, il avait eu deux selles sanguinolentes, des vomissements couleur de chocolat. Le frottement des surfaces articulaires avait fait entendre une crépitation rude, qui ne pouvait être attribuée qu'à un épanchement sanguin dans l'intérieur des capsules articulaires. Le scrotum, les jambes présentent, peu après la mort, des tumeurs sanguines sous-cutanées. Teinte ictérique générale quelques instants avant la mort, plus prononcée après.

Aucune cause héréditaire ne put être attribuée à cette hémophilie. (*Alger médical.*)

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 26 juin 1873. — Présidence de M. Bernutz.

Discussion sur l'expectoration albumineuse.

M. BROUARDEL désire attirer l'attention de la Société sur un point spécial de la communication que M. Féréol a faite dans la dernière séance. L'absence de pneumo-thorax après l'ouverture d'une pleurésie dans les bronches, fait que M. Brouardel reconnait vrai dans un certain nombre de cas, ne peut pas expliquer, suivant lui, l'absence de pneumo-thorax dans les observations d'expectoration albumineuse après la thoracentèse, si celle-ci est due à une piqûre du poumon. M. Brouardel cherche donc à montrer quelles sont les conditions qui rendent compte de l'absence de la pénétration de l'air dans les kystes pleuraux ouverts dans les bronches et quelle différence les sépare des kystes pleuraux après la thoracentèse. Il ne parle pas des pleurésies qui s'ouvrent spontanément dans les bronches, en particulier des pleurésies purulentes de volume moyen.

On sait que l'ouverture d'un épanchement pleurétique dans les bronches ne se fait pas avant le vingt-cinquième ou le trentième jour. Elle survient alors que la poche de l'épanchement est enkystée, enveloppée de fausses membranes. Celle-ci forme donc une bourse complétement fermée, n'ayant qu'un orifice, celui qui s'est fait pathologiquement dans le poumon. Les parois de la poche sont constituées par de fausses membranes épaissies dont le caractère principal est la tendance à la rétraction. Cette propriété est mise en évidence par les déformations du poumon dues au retrait des fausses membranes et par la rétraction des côtes dont M. Brouardel étudiera plus loin les causes. Au moment de la rupture, il sort de la bourse élastique la quantité de liquide qui est chassée par la rétraction de ses parois. Mais il n'y entre pas d'air et aucune des forces auxquelles cette poche sera soumise ensuite ne sera capable de la dilater et d'y faire pénétrer de l'air. Celui ci, en effet, n'y pourrait entrer que dans deux moments, pendant l'inspiration ou l'expiration, et surtout si la toux survient dans ce dernier moment. Or, dans ces deux conditions, les dimensions de la poche ne subiront que des changements insignifiants. Quelles sont donc les forces qui pourraient tendre à séparer les parois de la poche pleurale? Si on s'en rapporte à la physiologie de la respiration telle qu'elle s'accomplit normalement, on voit que l'expiration est due presque exclusivement à la rétraction des parois thoraciques sous l'influence de l'élasticité du poumon. Or cette force élastique qui tend à écarter la plèvre pulmonaire de la plèvre pariétale a été mesurée. Elle ne dépasse pas, comme puissance, une force qui ferait équilibre à une colonne de six à sept centimètres de mercure (Best, *Physiologie de la respiration*). Pendant l'inspiration, les muscles thoraciques luttent contre cette force élastique, mais pendant l'expiration, la tendance à la rétraction des poumons n'a pas été complétement satisfaite, et la mesure de six à sept centimètres de mercure correspond au retour physiologique du poumon après perforation de la paroi thoracique.

M. Brouardel arrive ici à un point qu'il considère comme très-important. Pendant ces mouvements, dont la force est mécaniquement mesurée, quelles sont les modifications qu'a subies la pression atmosphérique dans les bronches pulmonaires? Pendant l'inspiration, l'on pénètre dans le poumon parce que la pression intra-bronchique diminue. Mais il ne faut pas croire, ajoute M. Brouardel, que, même dans les petites bronches, la différence de pression entre l'air extérieur et l'air des alvéoles soit considérable. En effet, aussitôt que la pression diminue, l'équilibre tend à se rétablir par l'entrée de l'air glottique, par l'afflux du sang dans les réseaux alvéolaires, par le dégagement du gaz du sang veineux, acide carbonique et azote, en sorte que, pendant l'inspiration, on ne peut estimer à plus d'un centimètre de mercure la différence de la tension de l'air dans les bronches et à la surface thoracique. Il en résulte que l'appel fait pour dilater la poche de l'épanchement n'est certainement pas assez puissant pour lutter contre la rétraction des fausses membranes; que, par conséquent, l'air qui n'est même pas tout à fait à la tension extérieure aura peu de tendance à entrer dans la poche pendant l'inspiration. Il y aurait plutôt appel du contenu de la poche.

M. Brouardel profite de cette circonstance pour signaler une erreur de mécanique qui, sous le patronage de Laennec, a régné sans conteste. Ce n'est pas, dit-il, par la pression atmosphérique que se déforment les côtes après la pleurésie. La différence de tension, à la surface thoracique et à la surface bronchique, varie dans des limites qui ne dépassent pas un ou deux centimètres de mercure, et si pendant l'inspiration la tension dans les bronches est inférieure

à la pression atmosphérique, pendant l'expiration la différence est en sens inverse. Ce n'est donc pas dans ces variations de pression qu'il faut chercher la cause des déformations thoraciques après la pleurésie. C'est, suivant M. Brouardel, dans le travail physiologico-pathologique des fausses membranes.

Pendant l'inspiration, l'augmentation de la pression de l'air dans les bronches est trop faible pour agir sur la poche pleurétique. Ce ne serait que pendant les efforts de la toux que des secousses plus ou moins violentes pourraient expulser du liquide et faire pénétrer de l'air dans la cavité accidentelle, et celui-ci serait ensuite facilement expulsé, à moins que, par exception, des dispositions particulières ne fussent venues y mettre un empêchement. Ces conditions semblent pouvoir dépendre du point où la poche s'est rompue ou de circonstances propres à l'ouverture elle-même. Il faut remarquer aussi, qu'en général, pendant la toux, les parois costales sont immobilisées en expiration forcée, que le diaphragme et les muscles abdominaux sont les organes producteurs du mouvement.

En résumé, dit en terminant M. Brouardel, si les fistules broncho-pleurales sont suivies de pneumo-thorax, c'est que la plaie étant libre, les côtes s'éloignent du poumon pendant l'inspiration et que le poumon s'écarte des côtes par son élasticité. Si les fistules pleuro-bronchiques ne sont pas suivies de pneumo-thorax, c'est que des fausses membranes non extensibles empêchent que les parois de la cavité de l'épanchement subissent le moindre écartement. On voit que ce ne sont pas les conditions d'un kyste pleural vidé par une ponction. Si une perforation pulmonaire a eu lieu, l'air trouve une poche pleurale toute disposée pour le recevoir et même peur l'appeler. Les deux cas ne sont donc pas comparables.

M. WOILLEZ lit une note sur le même sujet (Voy. *Gaz. des Hôp.*, nº du 5 juillet).

M. BESNIER communique de nouveaux documents sur la question qui sont dus à M. le professeur Lande (de Bordeaux).

La séance est levée à cinq heures.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

On lit dans la *Nouvelle Presse libre :*

« Nos renseignements, puisés à source certaine, ne laissent aucun doute sur ce fait, que l'état sanitaire de Vienne, en ce moment, a un caractère tout à fait normal. Il est donc à regretter que d'importants organes étrangers se prêtent à renouveler ces bruits inquiétants que l'on croyait avoir suffisamment réfutés. Le nombre moyen des dysentéries cholériformes de cette année n'a jamais dépassé celui des mêmes maladies des années précédentes, et il n'y a pas le moindre indice d'un changement de cette situation. »

— La quarante-sixième réunion annuelle des naturalistes et des médecins allemands aura lieu cette année à Wiesbaden, du 18 au 24 septembre.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Traité pratique des maladies du larynx et de la poitrine chez les enfants, par le docteur HENRI VAN HOLSBEEK, chirurgien de l'hospice Sainte-Gertrude. — 1 vol. in-8°. Prix : 2 fr. 50. — Paris, Adrien Delahaye.

Considérations générales sur les dyspepsies, la gravelle et la goutte, par le docteur BOULOUMIÉ, à propos d'une nouvelle analyse de l'eau de la grande source de Vittel faite par le professeur Jacquemin. — In-8°. Prix : 1 franc. — Paris, Adrien Delahaye.

Résumé d'anatomie, par le docteur FORT. — 1 vol. in-32 de 500 pages, avec figures. — Prix : 5 fr.

Le Directeur : Dr E. LE SOURD.

Paris. — Typographie A. POUGIN, quai Voltaire, 13.

N° 81. — MARDI 15 JUILLET 1873. 46e ANNÉE. MARDI 15 JUILLET 1873. — N° 81.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette française

Bureaux : 57, rue des Saints-Pères, 57
PRÈS L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix d'abonnement doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois

On s'abonne hors de Paris dans les bureaux des Messageries et chez les Libraires. Les lettres non affranchies sont refusées.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 15 octobre 1852 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT		POUR L'ÉTRANGER
POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS	Trois mois. . . 8 fr. 50 c. / Six mois. . . 16 — / Un an. . . . 30 —	le port en sus suivant les derniers tarifs des Postes.

SOMMAIRE. — ÉCOLE PRATIQUE. De la folie héréditaire (M. Legrand du Saulle). — SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE. — Thèses. — Nouvelles. — Bulletin bibliographique.

ÉCOLE PRATIQUE. — M. LEGRAND DU SAULLE.

De la folie héréditaire.

De l'hérédité en général. — Dans le cours de mes précédentes leçons sur les maladies mentales, j'ai eu bien souvent l'occasion de vous parler de l'hérédité. Chaque fois que nous avons été amenés, par la marche de nos études, à nous entretenir de l'étiologie d'une affection mentale, l'hérédité s'est présentée en première ligne. Je vous ai fréquemment fait observer combien étaient légères dans beaucoup de cas les causes occasionnelles de la folie et je vous ai dit que si des circonstances insignifiantes en apparence déterminaient chez certains sujets l'explosion de troubles cérébraux graves et parfois incurables, il fallait chercher la raison de cette disproportion apparente entre la petitesse de la cause et la grandeur de l'effet dans la prédisposition organique créée par l'hérédité. Mais entraîné sans cesse par la description des formes spéciales de la folie, je n'ai pu vous donner que des notions incomplètes et nécessairement un peu diffuses sur cette grande cause génératrice des affections cérébrales.

Il me paraît d'autant plus nécessaire d'entrer dans quelques développements à ce sujet que la question a pris dans ces dernières années une importance doctrinale et pratique de premier ordre, sous l'influence de la direction qui a été imprimée aux études par les tendances philosophiques modernes. Autrefois, en effet, au lieu de rechercher les conditions des transmissions héréditaires ou leurs lois, on cherchait des explications métaphysiques du mystérieux processus par lequel des parents transmettent à leurs descendants des ressemblances physiologiques ou pathologiques. On discutait pour savoir si Van Helmont avait raison de dire que l'hérédité *est un cachet idéal imprimé dans l'archée séminale et causant l'aptitude à la maladie héréditaire* ; ou s'il fallait croire avec Stahl qu'*elle est le résultat de l'influence de l'âme qui organise le fœtus d'après le plan du père et de la mère*, ou bien encore, si comme le voulait Hoffmann *un certain degré d'impulsion imprimé primitivement dans les parties ne pourrait pas, conservé plus tard, être la source des maladies de famille.*

Lorsque la médecine se débarrassa de son alliance incommode avec la métaphysique, lorsqu'elle entra dans ses voies naturelles, lorsque les savants comprirent que la recherche des causes premières était toujours stérile, ils donnèrent à leurs travaux un but plus modeste, mais infiniment plus utile. Au lieu de chercher la cause des transmissions héréditaires on chercha les conditions qui leur donnaient naissance : en d'autres termes, au lieu de chercher le *pourquoi* de l'hérédité, on en chercha le *comment*. Sous l'influence de ces idées la question qui nous occupe fit de rapides progrès. Elle fut étudiée avec beaucoup de soins par de nombreux auteurs, parmi lesquels je vous citerai : Calmeil (1824), Bouchet et Cazawielh (1825), Beau (1836), Piorry (1840), Gaussail (1842), Baillarger (1844), Prosper Lucas (1849-1850), Boileau de Castelneau (1852), etc.

Ces auteurs apportèrent de nombreux matériaux. Ils établirent d'une façon incontestable que les maladies mentales peuvent se transmettre des ascendants aux descendants par voie de génération d'après des lois souvent très-complexes. Ils montrèrent que la maladie peut sauter une génération pour réapparaître ensuite dans les descendants au deuxième ou troisième degré. Enfin, ils déterminèrent d'une façon précise quelles étaient les conditions de santé des parents qui pouvaient faire redouter l'apparition de la folie chez les enfants.

La question de l'hérédité paraissait être ainsi épuisée lorsque de nouveaux travaux démontrèrent qu'on ne l'avait étudiée que sous une de ses faces en laissant l'autre complétement dans l'ombre. Ces recherches sont dues à M. Moreau, de Tours, et surtout à Morel, dont la perte récente a été si vivement ressentie par tous ceux qui s'intéressent aux progrès de la médecine mentale. On avait jusqu'à eux considéré surtout l'hérédité au point de vue des ascendants : ils l'étudièrent plus spécialement au point de vue des descendants. On avait surtout étudié les sources de transmissions héréditaires, ils en étudièrent les conséquences. Ils arrivèrent ainsi à découvrir que la folie transmise présente des caractères qui la distinguent de la folie acquise, et Morel démontra que ces caractères étaient suffisamment nets pour qu'on puisse les reconnaître cliniquement et suffisamment importants pour légitimer la création d'un nouveau groupe nosologique sous le nom de *folie héréditaire*. Vous comprenez combien il est important d'être fixé sur la valeur de ces idées. Il ne s'agit en effet de rien moins que de savoir si l'on doit arracher des classifications symptomatiques généralement en usage, une grande famille naturelle d'aliénation mentale, ayant une étiologie, une symptomatologie, une marche, un pronostic spéciaux, comme on en a récemment arraché les cas qui forment aujourd'hui le groupe des paralysies générales.

Dans l'état actuel de la science, la création du groupe des folies

héréditaires est parfaitement légitime. Mais il ne suffit pas que je vous donne mon opinion personnelle, il faut encore que je vous la fasse partager, et il importe que je vous mette au préalable sous les yeux toutes les pièces du procès afin que vous puissiez le juger vous-mêmes en pleine connaissance de cause. Pour cela il me paraît indispensable de suivre la marche logique qui nous est indiquée par la nature même des choses, c'est-à-dire d'étudier les conditions des transmissions héréditaires chez les ascendants avant d'en étudier les conséquences sur les descendants. Mais je serai très-bref sur cette première partie, et je ne vous dirai de l'hérédité en général et des parents des fous héréditaires que ce qu'Il est absolument indispensable de connaître pour bien comprendre la folie héréditaire.

En médecine le mot hérédité n'a pas la même valeur qu'en jurisprudence. Les législateurs, en effet, appellent hérédité le droit de recueillir la totalité ou partie des biens qu'une personne laisse à son décès. Pour les médecins, le mot hérédité est synonyme de transmissibilité. Il n'indique pas un droit, il constate un fait. Sa définition est celle-ci : la transmission des parents aux enfants par la voie générative de certaines dispositions, ou de certains états physiologiques ou pathologiques.

Ainsi définie et envisagée d'une façon générale, l'hérédité joue un rôle important dans l'étiologie des affections mentales. Mais ce rôle est exprimé, selon les auteurs, par des chiffres très-différents et qui varient dans les proportions de 4 à 90 p. 100. Voici, du reste, le relevé que j'ai pu faire.

Proportions numériques de l'hérédité dans la folie.

			pour 100.
D'après	Esquirol.	1. Salpêtrière	13,30
		2. Charenton	31,34
		3. Maison de santé d'Ivry	34,80
—	Guislain		30
—	Holet		69
—	Jessen		65
—	Parchappe		15
—	Aubanel et Thore		4,37
—	Michéa		50 à 75
—	Damerow, à Halle, sur 770 cas		24,29
—	Webster, 1848 à Bedlam sur 1798 cas		32
—	Brigham		26,67
—	Thurnam.	Hérédité directe	47,7
		Collatéraux compris	32,6
—	Haynes		11,97
—	Burrous		85,71
—	Noble		40
—	Hood		9,59
—	Morel		20
—	Marcé.	1er relevé	42,85
		2e relevé	30
—	Howe		84,52
—	Moreau		90
—	Desportes.	Bicêtre, 3458 cas	10
		Salpêtrière, 789 cas	13
—	Ellis		15,36
—	Hugh Grainges Steward		49,61
—	Jacobi, 220 cas		11
—	Bergmann.	Directe	20
		Directe et indirecte	33
—	Hayen, 187 cas.	Directe	12 à 13
		Indirecte	33
—	Flemming, à Sachsenberg	plus de	20
—	Martini, à Leuben.	pr les classes élevées	30
		pr les classes pauvres	25
—	Paulard, à Marseille		7
D'après	Brierre de Boismont	à près de	50 p. 100.
—	Dagonet, à Stephansfeld		25
—	Skae, d'Édimbourg, 248 cas		34
—	Jarvis, près de 100,000 cas		4
—	Asile de Bloomingdale, à New-York, 1841 cas		16
—	Bini, à Florence		25
—	Bonacossa, à Turin, 1066 cas		12
—	Statistique de Rouen, 570 cas		16,5
—	—	de Bordeaux, 265 cas	10
—	—	de Lyon, 503 cas	12
—	—	des États-Unis, 196 cas	10
—	—	de Turin, 150 cas	16
—	—	de Caen, 75 cas	20
—	—	Palerme, 306 cas	7

Ces différences énormes dans les résultats statistiques fournis par des savants nombreux et tous fort honorables et fort instruits, tiennent à plusieurs raisons. Généralement, les statistiques très-nombreuses fournissent des résultats tendant à amoindrir le rôle de l'hérédité, tandis que les petites statistiques donnent des chiffres relativement plus considérables. Cela tient sans aucun doute aux conditions différentes dans lesquelles ont été réunis les matériaux de la statistique. Ainsi Esquirol a fait trois statistiques, l'une à la Salpêtrière, hospice public non payant ; un autre à Charenton, où les malades sont dans une position de fortune plus aisée, puisqu'ils doivent payer un certain prix de pension, et où le médecin résidant peut facilement prendre auprès des familles les renseignements que les malades sont souvent incapables de fournir. Enfin une troisième, dans la Maison de santé, à Ivry, où les rapports du médecin avec les malades et leurs familles sont pour ainsi dire constants. Eh bien, dans sa première statistique, Esquirol trouve 13,30 héréditaires pour 100 ; dans la seconde 31,30, et dans la troisième 34,80.

En outre, les statistiques des différents auteurs ne peuvent guère être comparées entre elles. En effet, les uns ne considèrent comme héréditaires que les cas dans lesquels les ascendants directs et immédiats ont été atteints d'aliénation, tandis que d'autres comptent, au nombre des cas héréditaires, ceux où l'on a découvert des individus aliénés parmi les aïeux ou même les bisaïeux, ou encore parmi les collatéraux des malades.

Une autre cause d'erreur provient de l'adultère. Lorsque le médecin cherche à établir la généalogie pathologique d'une famille, il ne peut tenir compte que des parents légaux. Or le père, qui crée la prédisposition pathologique n'est pas toujours celui *quem justæ nuptiæ demonstrant*, et c'est pour cela que les faits d'hérédité sont souvent plus contestables du côté du père que du côté de la mère.

Enfin l'insouciance, les réticences, les mensonges des malades ou des familles doivent entrer pour une large part dans les causes d'erreurs de statistiques. Quand on observe à l'hôpital, on est en présence de gens pauvres, indifférents, ignorant l'histoire de leur famille, où pouvant à peine donner quelques renseignements sur leur père et sur leur mère. Le plus souvent, ils ne connaissent aucun détail sur les familles auxquelles ils sont alliés. Dans la clientèle civile, c'est tout autre chose. Généralement, on pourrait donner les renseignements que réclame le médecin, mais guidé par de sots scrupules ou par de grossiers intérêts, on préfère garder le silence ou même mentir !

Remarquez que toutes ces circonstances tendent à diminuer dans les statistiques le nombre des cas héréditaires, si bien que dans les statistiques bien faites on a plus à craindre d'être au-dessous qu'au-dessus de la vérité. Il est impossible d'arriver à la connaissance exacte du nombre des aliénés héréditaires ; tout ce

que je puis vous dire, c'est que les recherches les plus modernes et les plus précises, celles de Thurnam, de Hugh Grainges Steward, etc., permettent de porter entre 40 à 50 pour 100 la proportion des aliénés héréditaires. Vous voyez par ces chiffres, qui ne sont certainement pas exagérés, quel rôle important joue l'hérédité dans la proportion des affections mentales.

(*A suivre.*)

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 14 mai 1873. — Présidence de M. Maurice PERRIN.

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

CORRESPONDANCE

La correspondance comprend :

La *Gazette des Hôpitaux*; — l'*Union médicale*; — la *Gazette hebdomadaire*; — le *Mouvement médical*; — le *Journal de médecine et de chirurgie pratique*; — la *France médicale*; — la *Tribune médicale*; — le *Lyon médical*.

— *De la rétention d'urine et de la ponction vésicale*, par M. Thiry (de Bruxelles).

— *Énorme tumeur squirrheuse de l'avant-bras; extirpation; guérison.* — *Kyste multiloculaire de l'ovaire; ovariotomie; mort.* — *Relevé statistique des maladies traitées à l'Hôtel-Dieu de Toulouse.* — *De l'encéphalocèle congénital; chirurgie conservatrice.* — *Considérations sur la douleur dans les maladies.* — *Rétrécissement de l'urèthre; rétention d'urine; ponction de la vessie; uréthrotome interne; guérison rapide.* — *Clinique chirurgicale de l'Hôtel-Dieu de Toulouse.* — *Plaie pénétrante de poitrine par arme à feu; rétention du projectile dans la poitrine; guérison.* Ces mémoires sont adressés par M. le docteur Ripoll (de Toulouse), candidat au titre de membre correspondant national.

M. MORDRET (du Mans), adresse un exemplaire de son *Rapport sur la médecine cantonale*.

M. GUYON fait hommage à la Société du livre qu'il vient de publier sous le titre de : *Éléments de chirurgie clinique.*

MM. NICAISE et LEDENTU demandent à être inscrits au rang des candidats au titre de membre titulaire.

Prix Laborie. — La Société reçoit un mémoire manuscrit intitulé : *De la taille hypogastrique avec suture vésico-abdominale mettant à l'abri des infiltrations urineuses.*

M. LAUNAY, médecin à Rueil, adresse un mémoire manuscrit intitulé : *Anomalie des organes génitaux.* (Comm., M. Demarquay.)

M. Bichade (de Versailles) : *Tumeur enkystée de matière calcaire extraite de la région latérale droite et moyenne du cou.*

RAPPORT

Des ponctions évacuatrices dans les épanchements articulaires du genou.

M. DESPRÉS lit un rapport sur un travail de M. le docteur Dieulafoy, relatif à ce sujet.

Messieurs, M. le docteur Dieulafoy est venu lire devant vous un travail sur l'efficacité des ponctions évacuatrices dans les collections séreuses hématiques et purulentes des articulations, appliquant ainsi aux séreuses articulaires des opérations qu'il a proposées pour d'autres séreuses. Un appareil aspirateur, adapté à des trocarts capillaires plongés dans l'article, au niveau du cul-de-sac interne de la synoviale du genou, paraît remplir à merveille et sans danger les conditions favorables pour les évacuations de ces collections de liquide.

Ce sujet est nouveau; il est digne de votre attention, et vous pardonnerez à votre rapporteur de donner un peu de développement à ce rapport.

Le travail de M. Dieulafoy repose sur vingt-deux observations. Ces observations ne figurent point au mémoire; mais l'auteur ayant dit qu'il les tenait à la disposition de la Société, je les lui ai demandées, et nous allons pouvoir les étudier devant vous.

Soixante-cinq fois, dans les diverses observations, la ponction, suivie d'aspiration, a été pratiquée dans une articulation, une seule fois, ou à plusieurs reprises. Aucune de ces opérations n'a été suivie d'accident. Cela est bien établi. Même en comptant le fait de ponction, suivi d'accidents signalés ici par notre collègue M. Dubreuil, on est obligé d'admettre que les ponctions capillaires évacuatrices dans les articulations sont exceptionnellement suivies d'arthrites et de complications graves, dans les cas où la lésion articulaire est une collection séreuse, séro-sanguinolente ou purulente. Les observations de M. Dieulafoy ne portent en effet que sur des cas de ce genre.

Après avoir reconnu que les ponctions capillaires évacuatrices étaient innocentes dans les épanchements séro-sanguinolents et purulents, examinons les observations au point de vue de l'efficacité du traitement de ces lésions par la ponction capillaire évacuatrice.

Les observations de l'auteur peuvent être divisées, et je me servirai ici des termes classiques, en hydarthroses aiguës d'origine traumatique (à ce premier groupe je rattacherai les observations que M. Dieulafoy appelle des épanchements sanguins), en hydarthroses *à frigore* rhumatismales, en synovites chroniques avec épanchements séreux ou séro-purulents, qui étaient appelées autrefois hydarthroses chroniques ou arthrites non suppurées.

L'auteur ne divise pas nettement de la même manière ses observations; il les divise surtout d'après la durée du traitement :

1° Hydarthroses qui guérissent par une à trois aspirations après un traitement de trois à huit jours. Ce sont, dit-il, principalement les hydarthroses traumatiques;

2° Les hydarthroses aiguës *à frigore* ou rhumatismales dont le liquide renferme des leucocytes avec le liquide séreux, et qui nécessitent quatre à six aspirations pendant un traitement de huit à quinze jours;

3° Les hydarthroses anciennes et certaines hydarthroses rhumatismales qui se reproduisent avec une facilité inouïe, où il faut faire quelquefois deux aspirations dans la même journée, et qui guérissent généralement dans le courant du troisième septenaire. Pour les épanchements purulents francs, M. Dieulafoy n'a point fait de distinction, quoique l'un des faits qu'il cite soit relatif à une arthrite franche et les trois autres à des hydarthroses chroniques à rechute. Tout se résume donc pour l'auteur à une question de durée de traitement. Il y a des épanchements articulaires qui exigent plus ou moins d'aspirations. Mais je dois faire remarquer de suite que M. Dieulafoy néglige la durée totale de la maladie.

La rapidité de la guérison dans plusieurs observations est tout à fait caractéristique, mais la durée du mal est plus ou moins longue. Ajoutons cependant que les observations où la guérison a été le plus vite obtenue appartiennent à un médecin qui les a communiquées à M. Dieulafoy, tant il est vrai, qu'en fait de nouveauté thérapeutique, il y a toujours des médecins qui, de suite, font mieux que les inventeurs.

Sans entrer dans les détails du procédé de M. Dieulafoy, je dois dire pourtant que notre confrère emploie la compression du genou après la ponction, et que même, un médecin anglais, M. Jessop, a placé le genou dans un appareil inamovible après la ponction. Mais il y a dans toutes les observations une particularité sur laquelle il est bon d insister. C'est la petite quantité relative de liquide que les aspirations ont retirée du genou, 60 grammes en moyenne pour les hydarthroses traumatiques, 70 grammes dans les hydarthroses rhumatismales (le plus qui en ait été jamais extrait est 120 grammes); 40 grammes dans les hydarthroses à liquide séro-purulent. Il n'est pas moins important de constater que, dans une observation d'hydarthrose rhumatismale, après une ponction évacuatrice de 70 grammes de sérosité limpide, le liquide s'est reproduit le lendemain en quantité égale, a été évacué de nouveau sept jours de suite après une reproduction quotidienne et toujours équivalente, et s'est ensuite reproduit pendant neuf jours en quantité moin-

dre mais toujours égale. Ce fait, entre plusieurs, démontre très-clairement qu'il y a eu des cas où les aspirations n'ont eu aucun effet curatif jusqu'au moment où la cause qui entretenait le liquide dans l'article avait cessé d'exister. Sans doute l'on dira qu'il s'agit ici d'hydarthroses rhumatismales; mais je répondrai que dans la moitié des cas d'hydarthroses traumatiques, il y a eu une ou deux fois de suite reproduction du liquide. Il faut tirer de ces remarques ce premier enseignement que ce n'est pas le liquide amassé dans une articulation qui est toute la maladie, et que la dernière ponction évacuatrice pratiquée sur une articulation peut être seule regardée comme curative. Ai-je besoin de rappeler que les ponctions simples, dans les hydocèles de la tunique vaginale, sont d'une inefficacité proverbiale pour la guérison définitive, quelle que soit leur répétition.

Pour tous les épanchements articulaires séreux, séro-purulents ou séro-sanguins qui existent dans les hydarthroses traumatiques ou rhumatismales, les arthrites résolutives, si je puis ainsi dire, telles que l'arthrite rhumatismale simple ou blennorrhagique, les ponctions évacuatrices font-elles mieux et plus vite que les autres moyens mis en usage? Ces ponctions font-elles mieux que les ponctions et injections iodées pour les hydarthroses chroniques ou synovites simples? Telle est la question à résoudre. Je ne parle pas des ponctions dans les articulations dans lesquelles on suppose qu'il existe un épanchement sanguin; par exemple, quand il y a fracture articulaire, elles me paraissent devoir être entièrement repoussées, comme l'on doit repousser toute tentative d'évacuation de sang épanché dans le foyer d'une fracture ou d'une contusion profonde. Sur le premier point, je demande à mes collègues la permission d'insister, car la chirurgie ne saurait admettre qu'il y a des opérations facultatives, c'est-à-dire inutiles.

Si je dépouille les observations de M. Dieulafoy, je trouve: 1° que pour les hydarthroses traumatiques la durée moyenne du mal a été de huit jours;

2° Que pour les hydarthroses doubles, c'est-à-dire les hydarthroses rhumatismales, la guérison a été obtenue les seizième, vingt-deuxième, trente-septième et cent cinquième jour, après des ponctions évacuatrices répétées.

A partir du commencement du traitement, il faut reconnaître que la guérison a été assez rapide dans quelques cas, mais ce n'est que quand le mal était déjà de date très-ancienne, dix semaines par exemple, qu'on peut, avec une seule ponction, guérir l'hydarthrose (une observation communiquée à l'auteur par M. Duplouy, de Rochefort.)

On est toujours porté à exagérer les maux que l'on a guéris, parce que l'on est, en effet, sollicité par l'enthousiasme, c'est-à-dire un excès de foi dans le remède dont on s'est servi. Cette tendance est appréciable dans les observations, et il est besoin de rétablir ici contre les livres classiques, la vérité à l'égard de la durée des hydarthroses traitées par le repos et les révulsifs. Depuis Boyer, l'on répète que « l'hydarthrose est d'un pronostic grave, sauf les hydarthroses rhumatismales, qui peuvent se résoudre en peu de temps. » Tous les chirurgiens depuis, ne voyaient dans l'hydarthrose que les épanchements articulaires chroniques. Les nouveaux dictionnaires sont muets sur ce chapitre. Il y a bien dans le *Traité de pathologie* de M. Nélaton un mot qui indique un commencement de distinction, puisqu'il dit que l'hydarthrose est parfois d'origine traumatique, mais il est ajouté encore que l'hydarthrose est d'un pronostic grave. La douleur, la perte de fonction du membre et surtout les complications possibles étaient le motif de ce pronostic grave. M. Dieulafoy a suivi ses devanciers, il tient les hydarthroses pour graves et durables, et c'est tout à fait incidemment qu'il dit que les hydarthroses traumatiques guérissent plus vite que les hydarthroses d'origine rhumatismale.

Nous allons, si vous le voulez bien, chercher ce qu'il y a de positif dans l'ancien pronostic des hydarthroses. Depuis que je vois des malades dans les hôpitaux, et vos souvenirs vous rappelleront les mêmes faits, j'ai vu des malades entrer à l'hôpital atteints d'hydarthrose après une chute sur le genou ou un faux pas, qui, traités par les ventouses, le vésicatoire volant avec ou sans compression et par le repos au lit, ont vu disparaître les douleurs et sont sortis guéris le huitième ou le dixième jour. Nous avons tous vu des malades atteints d'hydarthroses doubles, c'est-à-dire rhumatismales qui, après trois semaines ou un mois de repos, de vésicatoires ou de lotions de teinture d'iode, guérissaient après avoir présenté des rechutes passagères. Mais je ne me suis point borné à ce souvenir, j'ai pris, pendant le mois de novembre dernier, l'observation de toutes les hydarthroses qui ont passé dans mon service à l'hôpital Cochin. Ce sont des faits non choisis, pris au hasard et semblables à ceux que vous avez rencontrés dans vos services. Voici ces faits; ils sont au nombre de six; le volume des hydarthroses était à peu près le même, un genou doublé de volume comme dans les observations invoquées par M. Dieulafoy, les seuls malades qui se plaignaient de douleurs vives que ne calmait point le repos, étaient les rhumatisants.

Une hydarthrose traumatique (chute sur le genou) traitée le lendemain de l'accident par un grand vésicatoire et le repos au lit, a disparu en six jours. La malade se leva le huitième jour; un peu de liquide s'est reproduit, mais le quinzième jour la malade sortait complétement guérie.

Une hydarthrose traumatique (chute sur le genou), traitée d'abord en ville par les lotions avec la teinture d'iode, le malade continuant à vaquer à ses occupations. Le mal restant stationnaire, deux vésicatoires furent alors appliqués. Le cinquante et unième jour après l'accident, le malade entre à l'hôpital. Le deuxième vésicatoire suppurait encore. Après dix jours de repos absolu au lit, le malade sortait guéri.

Une hydarthrose traumatique (faux mouvement) dans un genou où quatre ans auparavant, il y avait eu une hydarthrose traumatique qui avait été guérie en huit jours par les ventouses et le repos.

Le malade entre à l'hôpital deux jours après l'accident; traité par un vésicatoire volant et le repos au lit, il sort guéri le dixième jour après le début de son mal.

Une hydarthose traumatique (coup sur le genou) chez un homme qui avait eu, trois ans auparavant, dans le genou du côté opposé une hydarthrose *à frigore*, qui avait guéri par les pointes de feu. Six jours après l'accident, le malade est traité en ville par un vésicatoire volant. Le liquide se reproduit et le malade entre à l'hôpital Cochin, où il est traité par le repos absolu au lit et quelques pointes de feu. Le vingt-neuvième jour après le début de son mal, vingt jours après l'entrée à l'hôpital, le malade est guéri. Ce malade avait une teinte rhumatismale.

Une hydarthrose rhumatismale d'un seul genou chez un malade qui, en 1871, avait eu des douleurs dans les articulations. Traitée d'abord en ville par les embrocations d'huile camphrée et la compression avec de l'ouate, l'hydarthrose restait stationnaire. Le malade entre à l'hôpital le huitième jour, repos absolu au lit, lotions avec la teinture d'iode. Le liquide diminue d'abord et se reproduit. Un vésicatoire est appliqué; le liquide disparaît presque complétement; il se reproduisait quand le malade s'était levé une demi-journée. Une genouillère élastique est appliquée. Le liquide disparait et ne se reproduit plus. Le trente et unième jour, le malade était guéri.

Une hydarthrose rhumatismale à rechutes chez un convalescent de fièvre typhoïde. Le malade entre à l'hôpital sept jours après le début d'une hydarthrose du genou droit Repos, teinture d'iode, diminution progressive du gonflement. Le seizième jour, le genou droit avait repris son volume normal, mais le genou gauche est atteint à son tour. Le dix-huitième jour, douleur dans l'épaule droite et le cou-de-pied droit. Le vingt et unième jour, reproduction d'une légère quantité de liquide dans le genou droit. Le vingt-neuvième jour, le liquide a entièrement disparu des deux genoux. Le malade reste encore à l'hôpital pour des douleurs dans diverses articulations; il sort guéri le quarante-cinquième jour. Ici le repos et la révulsion avec la teinture d'iode et un peu d'opium à l'intérieur avaient été seuls employés.

Qu'ont fait les ponctions évacuatrices dans des cas semblables?

Voici les faits de M. Dieulafoy relatifs aux hydarthroses traumatiques :

Une hydarthrose traumatique (faux pas); un vésicatoire est appliqué le quatrième jour ; le dixième, une ponction évacuatrice est faite, une bande roulée est appliquée et le malade sort de l'hôpital le treizième jour. (Observation de M. Dieulafoy.)

Une hydarthrose traumatique (chute sur le genou); le deuzième jour, le treize et le quinzième jour à partir du début du mal, une ponction capillaire évacuatrice est répétée, la compression est exercée sur le genou. Le vingtième jour, le malade est guéri. (Observation de M. Dieulafoy.)

Il y a deux observations communiquées par M. Aubry à M. Dieulafoy, où une seule aspiration pratiquée sur une hydarthrose traumatique avait guéri le mal en trois et cinq jours. Mais ces faits n'offrent point de détails sur l'état des malades à leur sortie de l'hôpital.

Il y a, en outre, un fait d'hydarthrose traumatique, traitée quatre mois en vain par les anciennes méthodes, qui a été guérie après une ponction, et dix jours après, le malade semblait complétement guéri. Le malade, dit M. Lecuyer, l'auteur de l'observation, n'a pu être suivi.

Vous voyez les résultats de cette comparaison dans les faits de M. Dieulafoy. La durée totale du mal traité presqu'au début, est de dix à vingt jours ; la durée moyenne du mal chez les malades de l'hôpital Cochin, traités dès le début, est de dix à dix-huit jours. Les ponctions capillaires évacuatrices dans les hydarthroses traumatiques ne sont donc pas plus efficaces que les anciennes méthodes; l'avantage, s'il existe, n'est réel que pour les hydarthroses anciennes mal soignées par les malades eux-mêmes. M. Dieulafoy cite, en effet, ce cas où, au quatrième mois, une seule ponction a guéri en peu de jours une hydarthrose, tandis que les vésicatoires à l'hôpital Cochin n'ont guéri qu'en dix jours une hydarthrose qui avait duré cinquante et un jours.

Pour les hydarthroses rhumatismales, les ponctions, qui ont dû être répétées jusqu'à trente fois sur un même malade, ne sont pas supérieures aux anciennes méthodes. Ces hydarthroses ont eu à l'hôpital Cochin une durée de un mois en moyenne. Dans les faits de M. Dieulafoy, où la durée du mal est indiquée, on trouve plus de vingt-deux jours de durée dans un cas, trois mois et demi dans un autre, et enfin, il y a un fait où le trente-septième jour on a obtenu une amélioration seulement. Ce cas est relatif sans doute à une hydarthrose goutteuse. Mais je veux aller plus loin : il y a parmi les observations rapportées par M. Dieulafoy, une observation due à M. le docteur Douaud (de Bordeaux) où il y a la comparaison involontaire entre le vésicatoire et la ponction évacuatrice. Cette comparaison est conforme à celle que nous faisons nous-même. Au vingt et unième jour du début d'une hydarthrose rhumatismale du genou droit, une ponction est pratiquée et suivie de compression ; quatre jours après, la malade était guérie. Un mois après, le genou gauche est pris d'hydarthrose et traité par le vésicatoire et l'immobilisation ; sept jours après le commencement du traitement, c'est-à-dire le quinzième jour, il y avait eu de suite une amélioration considérable. Le vingt-huitième jour, la malade était complétement guérie. Le mal dans les deux genoux a eu une durée à peu près égale, et cela tient à ce que les hydarthroses rhumatismales ont une durée normale et que toute la lésion n'est point dans le liquide que renferme l'articulation.

Les observations relatives aux ponctions dans les arthrites blennorrhagiques ne sont pas plus concluantes que les précédentes en faveur des ponctions évacuatrices. Voici le fait présenté à l'Académie de médecine par M. Laboulbène (1). Un malade atteint d'arthrite blennorrhagique fixée au genou, malade depuis deux jours, entre à l'hôpital Necker. Le septième jour, il y a des douleurs vives. M. Laboulbène fait une ponction évacuatrice et retire 92 grammes de liquide. *La douleur n'a pas disparu.* Le neuvième jour de la durée du mal, c'est-à-dire deux jours après la première ponction, le liquide se reproduit malgré un bandage compressif appliqué sur l'articulation.

Le dix septième jour, nouvelle ponction et évacuation de 100 grammes de liquide. Le vingt et unième jour il y avait encore du liquide reproduit ; le vingt-huitième jour, le malade allait bien, le liquide avait disparu. Il n'y a point de nouvelles ultérieures, si ce n'est que le malade a guéri plus tard. Admettons, si vous voulez, que le mal était en voie de guérison le vingt-huitième jour; mais remarquez qu'il s'agit ici d'une arthrite légère, puisqu'il est dit dans l'observation qu'il n'y avait point de rougeur de la peau, ce qui existe pourtant dans un certain nombre d'arthrites blennorrhagiques et d'arthrites chez les femmes enceintes, bien que les arthrites ne soient point destinées à suppurer. Les arthrites blennorrhagiques ont, en général, une durée de un mois à six semaines, et je n'ai pas besoin de vous rappeler que la thérapeutique recommandée pour les arthrites, les sangsues, les vésicatoires, la compression et les mouvements gradués aussitôt après la disparition des douleurs, ont procuré la guérison dans la très-grande majorité des cas. Que résulte-t-il donc de ce fait? La guérison est-elle liée à la ponction évacuatrice? Non, certes, puisque le liquide s'est reproduit deux jours après. La douleur a-t-elle disparu après la ponction? Pas davantage. A la longue pourtant les douleurs ont disparu, mais il faut considérer que si l'on a fait une seconde ponction, la compression méthodique et l'immobilisation du genou ont été aussi mises en usage comme nous les pratiquons habituellement après l'application des émissions sanguines locales ou le vésicatoire. Ici donc, les ponctions n'ont rien fait de plus que les révulsifs et la compression.

Qu'on ne me cite pas ici des arthrites blennorrhagiques qui ont suppuré, pour leur opposer l'observation de M. Laboulbène, il faut comparer des choses semblables. Oui, nous avons vu des arthrites blennorrhagiques qui ont duré plus de six semaines, mais il y a déjà une observation d'arthrite blennorrhagique traitée par les ponctions évacuatrices qui constate une durée du mal de cent trente jours. M. Lebele (du Mans), cité par M. Dieulafoy, rapporte brièvement qu'il a traité par trois aspirations une arthrite blennorrhagique avec gonflement et rougeur du membre, dont la résolution a suivi ensuite une marche régulière, et le malade est sorti guéri cent vingt jours environ après son entrée à l'hôpital.

Les observations de M. Dieulafoy relatives à ce qu'il appelle les épanchements purulents, sont mal étiquetées, car ce sont des arthrites rhumatismales qui ont une durée de un mois à six semaines, et dont le liquide n'a été reconnu purulent qu'à l'aide du microscope ou une couleur lactescente du liquide. Il n'y a qu'un fait significatif. Il s'agit d'un homme atteint d'une périostite suppurée de l'humérus, qui eut une tuméfaction du genou gauche. Le chirurgien fit une ponction évacuatrice, et tira environ 60 grammes d'un liquide limpide. Six semaines après, l'articulation se gonfla de nouveau et le chirurgien tira du pus épais. Le malade sortit de l'hôpital guéri un mois après. Dans ce cas seulement, il a été retiré du pus. L'observation est de M. Jessop (de Londres). Cette observation est brève, messieurs, et si je ne me retenais, je dirais que le pus de la deuxième ponction évacuatrice est le fruit de la première.

Mais à côté de tous ces faits, il y a une observation que j'ai déjà citée plus haut, où après des traitements de toutes sortes, l'hydarthrose était restée stationnaire, et a guéri au deuxième mois après le début du mal, par une ponction et l'immobilisation du membre pendant vingt-cinq jours dans une gouttière de Bonnet. Ici la ponction a eu un excellent effet.

Il y a aussi des hydarthroses du genou, qui sont entretenues par des corps mobiles et par des arthrites sèches, anciennes, simples ou consécutives à un traumatisme articulaire. Celles-là ne se guérissent point par les vésicatoires, et il est acceptable d'employer pour ces cas les ponctions capillaires évacuatrices à titre de moyen palliatif, surtout quand l'hydarthrose est volumineuse.

Enfin, il y a les vingt-quatre observations de Bonnet (de Lyon),

(1) *Bull. acad. de méd.*, juill. 1872.

de Velpeau et M. Boinet(1), les deux observations de M. Chassaignac (2), et les deux faits que j'ai cités moi-même, où l'on a dû, pour des hydarthroses chroniques rebelles faire, en imitation de Gay cité par Boyer, une ponction et une injection irritante dans l'article. Dans de semblables cas, les ponctions évacuatrices proposées par M. Dieulafoy sont acceptables en principe, et il est bon d'y joindre les injections iodées.

Une fois déjà, messieurs, il a été dit aux chirurgiens qu'il y avait un traitement d'un usage général contre les hydarthroses. L'efficacité du moyen au début semblait certaine. Vous vous rappelez le mémoire de Gimelle (3) sur le traitement de l'hydarthrose par l'émétique. Les chirurgiens en ont fait l'essai quelque temps, mais bientôt ils ont abandonné la révulsion par l'émétique, et ont gardé cette médication seulement pour quelques arthrites traumatiques. Comprenait-on déjà qu'un remède unique ne pouvait convenir aux lésions d'origines diverses groupées sous le nom d'hydarthrose? Le traitement que propose M. Dieulafoy est, comme celui que proposait Gimelle, trop général et a le défaut de s'appliquer à des épanchements beaucoup trop différents les uns des autres.

Votre rapporteur pense, en résumé, que dans les hydarthroses d'origine traumatique, les anciennes méthodes de traitement guérissent le mal aussi bien et aussi vite que les ponctions évacuatrices.

Que dans les hydarthroses de nature rhumatismale, les ponctions n'ont aucun effet, parce que le liquide se reproduit si les ponctions sont pratiquées au début de l'hydarthrose, et parce que les ponctions ne guérissent le mal que quand il s'est déjà écoulé un laps de temps de vingt à trente jours, c'est-à-dire le temps nécessaire à la cessation de l'état d'irritation de la synoviale, qui est la vraie cause du mal.

Que dans l'arthrite blennorrhagique, c'est-à-dire le rhumatisme mono-articulaire, des individus atteints de blennorrhagie, les ponctions ne hâtent pas plus la guérison du mal que dans les révulsifs. Il n'y a d'ailleurs que deux observations publiées où ce traitement a été appliqué. Peut-être doit-on redouter qu'un jour, après une ponction évacuatrice dans une arthrite blennorrhagique, celle-ci puisse devenir arthrite suppurée franche.

Que dans les hydarthroses chroniques qui depuis plus de deux mois restent stationnaires, ainsi que cela existait dans trois observations invoquées par M. Dieulafoy, la ponction évacuatrice a eu une action curative évidente. Il en a été de même pour un épanchement purulent. Sur ce point, l'expérience des devanciers qui ont pratiqué, dans des cas de ce genre, des ponctions et des injections justifie l'usage de la ponction évacuatrice. Et pour atteindre le but de ce traitement, l'excellent appareil de M. Dieulafoy me paraît mériter votre approbation.

Enfin, que dans les épanchements de sang à l'intérieur de l'articulation du genou, les ponctions évacuatrices sont nettement contre-indiquées.

Le mémoire de M. Dieulafoy est extrait d'un travail général en cours de publication sur la méthode aspiratrice dans les épanchements; nous avons eu les prémices de la partie relative aux hydarthroses objet de ce rapport. La Société voudra bien, sur la proposition de la commission et de son rapporteur :

1° Adresser des remerciments à l'auteur;

2° Voter le dépôt de son manuscrit aux archives.

M. BLOT partage absolument l'avis du rapporteur. Il repousse l'usage des ponctions aspiratrices contre les épanchements articulaires. Il persiste à croire qu'une plaie pénétrante du genou, si petite qu'elle soit, n'est pas exempte de danger.

M. VERNEUIL. Je n'emploie pas l'appareil aspirateur. Dans certains cas d'hydropisie aiguë d'une articulation, la ponction soulage la douleur, ainsi que j'ai pu l'observer sur un malade ponctionné par un de mes internes, mais l'épanchement ne tarde pas à se reproduire; et avec lui la douleur. Dans ce cas particulier, je m'opposai à une seconde ponction et j'employai la compression et l'immobilisation, qui calmèrent la douleur aussi bien que la ponction.

M. DUBRUEIL. J'ai communiqué il y a quelque temps à la Société un cas de mort survenue chez un malade à qui j'avais fait la ponction du genou et qui était atteint d'un épanchement sanguin avec fracture de la rotule.

Je puis y joindre aujourd'hui un autre fait malheureux, celui d'une malade qui a succombé aux suites d'une ponction faite pour une hydarthrose chronique, et dans lequel je ne suis pas le coupable.

M. DEMARQUAY constate qu'il y a aujourd'hui un véritable débordement de ponctions aspiratrices, et, chose singulière, ce sont les chirurgiens qui doivent réagir contre cet abus. Les médecins emploient à tout propos ce mode de traitement. Dans les hydarthroses simples du genou, la douleur existe à peine; il ne voit donc aucune utilité à faire une ponction. Dans les épanchements aigus, il ne s'explique pas qu'on puisse songer à une évacuation du liquide. Il s'associe donc complétement aux conclusions de M. Després, et n'accepte pas comme une bonne pratique les ponctions articulaires.

M. DOLBEAU. L'engouement pour les ponctions articulaires est tel que nous avons souvent à argumenter à la Faculté les thèses soutenues sur ce sujet. On va jusqu'à ponctionner des genoux atteints d'épanchement sanguin consécutif à une fracture de rotule. Je blâme, pour mon compte, absolument cette conduite, et je désire faire observer que jusqu'ici aucun de nos collègues n'a pris la parole pour la défendre.

M. PANAS n'a jamais, jusqu'à présent, fait des ponctions aspiratrices dans le genou. Il ne l'a appliquée qu'au traitement des abcès froids, et même dans ce cas les ponctions ne sont pas absolument inoffensives, parce que l'orifice peut rester fistuleux et entretenir une communication du foyer avec l'air extérieur.

M. MARJOLIN partage l'opinion du rapporteur, tout en faisant quelques réserves pour les kystes hydatiques.

M. DUPLAY. J'accepte les conclusions du rapport; je désire même les accentuer. M. Després a démontré que la méthode des ponctions aspiratrices n'amène pas une guérison plus rapide que les autres méthodes. J'ajoute que si elle n'est pas plus efficace, elle est plus dangereuse. Je tiens à rapporter ici deux cas que j'ai observés moi-même de suppuration de la tunique vaginale après plusieurs ponctions aspiratrices. L'un de ces cas s'est produit entre les mains de M. Dieulafoy lui-même et n'a pas encore, que je sache, été publié.

M. M. SÉE partage l'avis du rapporteur. Ou bien l'hydarthrose est aiguë, et alors la ponction est grave; ou l'hydarthrose est chronique et la ponction ne sert à rien. Quant à l'hydarthrose blennorrhagique, il en a traité une à l'hôpital du Midi par cette méthode, sans aucun résultat.

M. LABBÉ. J'ai pratiqué un assez bon nombre de fois la ponction du genou pour des épanchements de sérosité et aussi pour des épanchements de sang, même accompagnés de fracture de rotule. Jamais, jusqu'à présent, je n'ai observé le moindre accident. Je fus, je l'avoue, fortement émotionné par le cas malheureux de M. Dubreuil, mais je ne crois pas qu'il faille en rendre la méthode responsable.

L'opinion exprimée par plusieurs collègues sur la valeur des ponctions aspiratrices me touche beaucoup et cependant je ne puis m'empêcher de rappeler ici la pratique de Jarjavay, rapportée dans une très-bonne thèse de M. Thévenot. J'ai traité par la ponction avec une lancette certains épanchements articulaires en voie de s'enflammer, et j'en ai obtenu de bons résultats.

M. TILLAUX n'a jamais pratiqué et n'oserait pas pratiquer des ponctions simples dans les genoux atteints de fracture de rotule avec épanchement. Cette pratique ne lui paraît pas rationnelle, sans parler de ce qu'elle peut avoir de dangereux.

Quant aux hydarthroses chroniques et aux hydarthroses trauma-

(1) Boinet, *Iodothérapie*, 2e éd. Paris.
(2) Chasssaignac, *Traité des opérations chirurgicales*, t. II.
(3) Gimelle, *Bulletin thérapeutique*, 1837.

tiques du genou, il en a ponctionné un grand nombre sans jamais observer d'accident.

M. Tillaux pense que la ponction dans l'hydarthrose traumatique en particulier, n'a d'autre avantage que de diminuer la durée du traitement; il est donc tout disposé à faire bon marché des ponctions aspiratrices dans les épanchements articulaires.

M. DUBRUEIL rappelle qu'il a été témoin jadis de la pratique de Jarjavay; que ce chirurgien faisait la ponction non avec un trocart, mais avec une lancette. Ce mode d'incision lui paraît préférable. M. Dubrueil rappelle en outre que, pendant de longues années, M. Voillemier a traité de la même façon les fractures de rotule avec épanchement sanguin articulaire, et qu'aucun accident n'a été publié.

M. DESPRÉS fait observer qu'en présence du peu d'efficacité de la méthode des ponctions aspiratrices dans les épanchements sanguins, il suffit qu'un seul accident ait été signalé, et il y en a plusieurs, pour qu'elle doive être absolument proscrite.

M. CAZIN (de Boulogne-sur-Mer) présente, comme guéri, le jeune garçon qu'il a traité d'une varice artérielle du crâne en suivant les conseils donnés par plusieurs membres de la Société.

M. Cazin lit, en outre, une observation de fistule vésico-vaginale chez une enfant de dix ans.

Ces deux communications sont renvoyées à la commission déjà nommée.

M. PÉNARD (de Rochefort) lit une observation d'extrophie de la vessie.

La séance est levée à cinq heures et demie.

Le secrétaire : TILLAUX.

THÈSES

SOUTENUES A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

PENDANT L'ANNÉE 1873.

215. Petitfils. Considérations sur l'atrophie aiguë des cellules motrices (paralysie infantile spinale, paralysie spinale aiguë de l'adulte).
216. Mougin. De l'épididymite caséeuse.
217. Gille. Étude sur les abcès du sein et sur leur traitement.
218. Pénolhac. De l'ergot de seigle contre l'hémoptysie.
219. Passaquay. Tumeurs des amygdales.
220. Louradoux-Ponteil. Étude sur l'étiologie et la pathogénie des hydropisies aiguës *à frigore*, sans albuminurie.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

On mande de Dresde à la *Gazette d'Augsbourg*, le 5 juillet :

« Depuis le 25 juin jusqu'à hier, on a compté dans les villages Nieder-Gorbitz, Wœlfnitz, Lœbtau, etc., 29 nouveaux cas de choléra, dont 19 cas de mort. Le total des cas de maladie qui se sont produits dans l'arrondissement de Dresde est de 56, dont 30 cas de mort. A Dresde, il n'y a eu jusqu'à présent qu'un seul cas de mort. »

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Nouveau dictionnaire de médecine et de chirurgie pratiques, illustré de figures intercalées dans le texte, rédigé par Benj. Anger, Bailly, Barrallier, Bernutz, P. Bert, Bœckel, Buignet, Cusco, Demarquay, Denucé, Desnos, Desormeaux, A. Després, Devilliers, M. Duval Fernet, Alfr. Fournier, Ach. Foville, T. Gallard, H. Gintrac, Gombault, Gosselin, A. Guérin, A. Hardy, Héraud, Heurtaux, Hirtz, Jaccoud, Jaquemet, Kœberlé, Laennec, O. Lannelongue, S. Laugier, Ledentu, P. Lorain, Lunier, Luton, A. Nélaton, A. Ollivier, Oré, Panas, H. Raynaud, Richet, Rigal, Ph. Ricord, J. Rochard (de Brest), Z. Roussin, Saint Germain, Sée, Jules Simon, Siredey, Stoltz, A. Tardieu, S. Tarnier, Valette, Verjon, Aug. Voisin. — Directeur de la rédaction : le docteur JACCOUD, se composera d'environ 30 volumes grand in-8° cavalier de 800 pages, avec fig. intercalées dans le texte.—Prix de chaque volume, 10 fr. — Les tomes I à XVII sont en vente. Le tome XVII comprend 800 pages avec 99 figures. — Les principaux articles du tome XVII sont : *Grossesse*, par Stoltz ; *Hallucinations*, par Motet ; *Hanche*, par Valette ; *Hématémèse*, par Luton ; *Hématocèle*, par Lannelongue et Bernutz ; *Hémoptysie*, par C. Fernet ; *Hémorrhagies*, par Després ; *Hémorrhoïdes*, par Lannelongue ; *Hérédité*, par Aug. Voisin ; *Hermaphrodisme*, par Laugier et Tardieu ; *Hernie*, par Le Dentu ; *Herpès*, par Hardy ; *Histologie*, par Mathais Duval ; *Hôpital*, par Sarazin ; *Huiles*, par Jeannel.— Paris, J.-B. Baillière et fils.

Le Directeur : Dr E. LE SOURD.

Paris.— Typographie A. POUGIN, quai Voltaire, 13.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Bureaux : 57, rue des Saints-Pères, 57
PRÈS L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

Le prix d'abonnement
doit être envoyé en mandat — [illegible] traites sur Paris. — L'abonnement par[illegible] chaque mois.

On s'abonne hors de Paris
dans les bureaux des Messageries et chez les Libraires
Les lettres non affranchies sont refusées.

AU CORPS MÉDICAL. — [illegible]u 10 octobre 1852 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui n'en peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT		POUR L'ÉTRANGER
POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS	Trois mois. . . 8 fr. 50 c.	le port en sus suivant les derniers tarifs des Postes.
	Six mois. . . . 16 —	
	Un an. . . . 30 —	

Paris, le 16 juillet 1873.

SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

Malgré l'urgence, on n'a pu terminer encore la discussion sur le rapport de M. Broca.

Aussi l'Académie doit-elle se réunir en séance extraordinaire jeudi prochain, afin d'essayer d'en venir au vote.

L'opinion de la majorité de la commission est que la tactique des pharmaciens appartenant à l'Académie serait de faire perdre d'une manière ou d'une autre le plus de temps possible, afin que, dans l'intervalle, la loi en question soit votée par l'Assemblée nationale, sans que l'opinion déjà prévue de l'immense majorité des académiciens se soit manifestée et puisse influer sur la décision à intervenir.

De là, cette irritation sourde avec laquelle les médecins jugeaient de l'étendue probable que M. Poggiale comptait donner à son discours d'après les développements de la première partie. De là aussi ces murmures indignés quand M. Poggiale, soutenant qu'il n'y avait aucune urgence, parla contre la fixation d'une séance extraordinaire ; de là les paroles un peu dures que M. Broca et quelques autres membres de la commission lui adressèrent à cette occasion.

On comprend du reste que M. Poggiale, ayant été pendant vingt-deux ans à la tête de la pharmacie militaire comme seul inspecteur, ayant à ce titre siégé dans le conseil de santé à côté des Larrey, des Legouest, etc., comme étant leur égal dans la hiérarchie, on comprend, dis-je, qu'il apporte dans ce débat un certain degré de passion, et ne veuille pas même admettre que les médecins militaires puissent être élevés d'un degré, si les pharmaciens ne le sont pas en même temps.

Toute la question est donc là pour les pharmaciens.

Ayant acquis, comme le dit M. Poggiale, l'égalité par rapport aux médecins, ils ne s'inquiètent pas de savoir si les uns et les autres sont également soumis à l'intendance militaire ; ils défendent le *statu quo*, non par affection pour l'intendance, mais parce que les médecins étant à côté d'eux dans le corps de santé, ils regarderaient l'inégalité par rapport à eux comme une dégradation et une flétrissure.

Jusqu'ici, aucun argument de quelque valeur n'a été opposé aux conclusions de la commission académique. Mais les questions de personne se sont multipliées, la discussion s'est de plus en plus envenimée, le plus grand nombre des pharmaciens membres de l'Académie s'est déjà fait inscrire pour soutenir M. Poggiale, et on ne sait pas jusqu'à quelle heure de nuit il faudra sans doute prolonger la séance extraordinaire.

Dr VICTOR REVILLOUT.

ÉCOLE PRATIQUE. — M. LEGRAND DU SAULLE.

De la folie héréditaire (1).

Étudions maintenant les divers modes de transmission héréditaire.

Le cas le plus simple, c'est celui dans lequel les ascendants transmettent à leurs descendants l'affection dont ils étaient atteints aux mêmes avec tout son appareil symptomatique. Alors le délire éclate chez les enfants avec les mêmes caractères, avec les mêmes nuances qu'il avait présentés chez les parents. Quelquefois l'analogie est plus grande encore : les enfants sont frappés de folie au même âge que leurs parents, et la cause occasionnelle est la même. *Si parentes aliquâ ætate morbum illi ætati congruum insigniter toleraverunt et illo maxime tempore infantem genuerunt, infans ille quando illi ætati pariter appropinquari contigit, affectui illi eodem familiarius atque certius expositus observatur*, dit Stahl. La manie héréditaire, dit Esquirol, se manifeste chez les parents et les enfants aux mêmes époques de la vie ; elle est provoquée par les mêmes causes ; elle affecte le même caractère. Les exemples de ce genre de transmission héréditaire sont nombreux : une dame devient aliénée à la suite d'une couche à l'âge de vingt-cinq ans ; sa fille est enceinte à vingt-cinq ans et devient folle à la suite de ses couches.

Moreau (de Tours) rapporte dans sa *Psychologie morbide* qu'un individu frappé des premiers événements de la Révolution de 1789, devient aliéné. Il s'enferme dans son appartement et pendant dix ans refuse absolument d'en sortir. Sa fille, vers le même âge que lui, tombe dans le même état : elle s'enferme aussi et refuse de sortir sous aucun prétexte.

Lorsque l'hérédité revêt ces caractères, on dit qu'elle est similaire. Elle est rare dans les phénomènes de la pathologie men-

(1) Suite. — Voir le numéro du 15 juillet 1873.

tale ; au contraire, dans les transmissions physiologiques elle joue le principal rôle. La ressemblance si fréquente des enfants aux parents est un fait d'hérédité similaire. Chez les animaux, la transmission similaire est d'observation si vulgaire qu'elle a été consacrée par un proverbe : *bon chien chasse de race.* L'étude de ces lois a conduit à des résultats véritablement surprenants. On peut modifier les variétés et les races presque à volonté, et les grands éleveurs de bestiaux Bakwell, Fowler, Payet et Princeps, etc., ont élevé l'étude de ces transformations à la hauteur d'une science pratique. On a poussé si loin ces études, qu'un éleveur de pigeons, John Sebright, demandait trois ans pour obtenir n'importe quel plumage et six ans pour façonner une tête ou un bec de pigeon !

Chez l'homme, l'hérédité similaire se manifeste d'une façon éclatante. Il y a des familles où la bonté, la charité sont des qualités qui se transmettent de père en fils ; comme il en est d'autres où les enfants semblent hériter de la bassesse des sentiments et de la perversité des instincts de leurs ascendants. Il est des familles dont tous les membres sont doués d'une grande énergie intellectuelle, tandis que, dans d'autres, on ne compte que des faibles d'esprit ou des gens d'une incontestable médiocrité. « Si l'on apportait autant de soin, dit Voltaire, à ne pas mêler les races d'hommes qu'on en montre à ne pas confondre celles des chevaux ou des chiens de chasse, les généalogies seraient écrites sur les visages et se manifesteraient dans les mœurs. » L'histoire confirme à chaque instant l'exactitude de cette pensée.

Il y avait des familles romaines qui portaient les noms de *nasones* ou de *labeones*, selon le développement de telle ou telle partie de leur visage. Les Bourbons ont eu depuis leur origine historique un nez aquilin, et cela d'une façon si constante, que l'on dit aujourd'hui un nez à la Bourbon. Les Juifs ont conservé de tout temps et dans tous les points du globe un type identique et une grande aptitude pour le trafic.

Saint-Simon raconte que Louis XIV était d'une voracité et d'une gloutonnerie extraordinaires : tous ses enfants étaient comme lui gourmands et grands mangeurs.

Toute la lignée des Guise, dit Voltaire, fut téméraire, factieuse, pétrie du plus insolent orgueil et de la politesse la plus séduisante. Depuis François de Guise jusqu'à celui qui, seul et sans être attendu, alla se mettre à la tête du peuple de Naples, tous furent d'une figure, d'un courage et d'un esprit au-dessus du commun des hommes.

Chez presque tous les princes de la famille de Condé, dit Saint-Simon, on note une chaude et naturelle intrépidité, une remarquable entente de l'art militaire, de brillantes facultés de l'intelligence. Mais à côté de ces dons, des travers d'esprit voisins de la folie, des vices odieux du cœur et du caractère, la malignité, la bassesse, la fureur, l'avidité du gain, une avarice sordide, le goût de la rapine et de la tyrannie et cette sorte d'insolence « qui a fait plus détester les tyrans que la tyrannie elle-même. »

Ce sont là des exemples d'hérédité similaire physiologique exerçant son influence sur plusieurs générations successives et imprimant à toutes un cachet identique. On n'observe pas généralement dans les transmissions des maladies mentales une aussi invariable uniformité ; le plus souvent, la maladie qui se transmet se transforme. Il est cependant une espèce de folie qui se transmet des parents aux enfants avec une constante similitude : je veux parler de la folie suicide. Ellis fait la remarque qu'il n'est point d'affection de l'intelligence où l'hérédité ait plus de fidélité dans la répétition. On voit, en effet, des familles entières disparaître et s'éteindre par le suicide de tous leurs membres. Gall raconte l'histoire d'une dame qu'il a connue : sa mère et ses sœurs s'étaient suicidées. Elle avait deux enfants, un fils et une fille : la fille a tenté de se suicider et le fils s'est pendu.

Falret rapporte qu'un père bizarre et taciturne eut six enfants, parmi lesquels quatre se suicidèrent. Le premier se précipita sans motif d'un troisième étage ; le deuxième eut des peines et s'étrangla ; le troisième se précipita d'une fenêtre et le quatrième se tira un coup de pistolet. Un cousin de ces jeunes gens s'était jeté dans la rivière.

Moreau parle d'une famille qui comptait cinq enfants, quatre frères et une sœur, qui se suicidèrent tous successivement.

Autant l'hérédité similaire est ordinaire dans la folie suicide, autant elle est rare dans les autres espèces d'aliénation. Elle peut exister incontestablement, et l'on en trouve çà et là dans les auteurs des exemples indiscutables, mais ces exemples ne sont pas très-fréquents. De plus, on n'a pas jusqu'à présent suffisamment tenu compte d'une série de phénomènes qui peuvent en imposer et faire croire à une hérédité similaire, alors qu'il n'y a qu'une véritable contagion.

J'ai déjà appelé l'attention sur ces faits dans mon livre sur *Le délire des persécutions*, et j'ai démontré que certains persécutés convertissent quelquefois à leur délire les personnes de leur entourage. Lorsqu'une personne, saine d'esprit d'ailleurs, vit continuellement avec un de ces malades, et qu'elle assiste au début de son délire, elle trouve d'abord ses idées étranges, puis il arrive dans certains cas qu'elle excuse les défaillances de sa raison, qu'elle partage une à une et à mesure qu'elles naissent toutes ses aberrations et toutes ses conceptions maladives, de sorte qu'au bout de quelque temps elle a accepté et s'est appropriée une systématisation délirante créée de toutes pièces par le malade !

Dans ces cas, le persécuté qui a communiqué son délire domine celui qui l'a reçu. Celui-ci n'est que l'écho fidèle de celui-là. Il ne fait que reproduire quelquefois, en les atténuant, les conceptions délirantes des premiers. Il y a bien contagion, car si l'on isole ces malades, si on les met en traitement, si on les place dans l'impossibilité de se voir et de s'écrire, le vrai persécuté fera tous les jours un pas vers l'incurabilité, tandis que le persécuté par influence marchera rapidement vers la guérison. Mais (et c'est là un côté de la question que je tiens à spécifier) si ces communications du délire se sont faites du père ou de la mère aux enfants, ou bien encore des frères aux frères, on peut supposer qu'il s'agit là de cas de folies héréditaires similaires, et que l'hérédité a prédisposé également les membres d'une même lignée à une même affection. Pour se faire alors une opinion bien assise, il faudra étudier avec soin l'évolution du délire chez les deux malades et surtout observer la marche de leur maladie après les avoir complétement isolés l'un de l'autre pendant un certain temps.

Donc, dans l'immense majorité des cas, les transmissions héréditaires des maladies mentales ne se font pas d'une façon similaire, et l'on se ferait une idée bien incomplète de l'hérédité si on voulait limiter son action aux cas dans lesquels on a pu reconnaître chez les descendants les mêmes formes morbides, les mêmes états maladifs que chez leurs ascendants. Le plus souvent, au contraire, l'hérédité est essentiellement polymorphe, et la règle générale, c'est que les affections mentales se transforment en se transmettant. Un père épileptique peut engendrer des enfants excentriques, aliénés, idiots, etc. Un aliéné peut engendrer des épileptiques, des extravagants, des faibles d'esprit, etc., etc.

Pour bien comprendre ces transmissions héréditaires poly-

morphes, il faut absolument considérer les affections mentales et les grandes névroses comme des variétés d'une même espèce, en prenant le mot espèce dans le sens que lui ont donné les naturalistes, c'est-à-dire la succession des êtres provenant de parents communs et capables de se reproduire entre eux.

Au premier degré de cette échelle morbide se trouve cet état maladif mal caractérisé, sorte d'intermédiaire entre la maladie et la santé que Lorry appelait la cachexie nerveuse, Pomme la fièvre nerveuse, Brachet la névrospasmie, Cerise la névropathie protéiforme, Sandras l'état nerveux, et qui n'est en effet que l'exagération du tempérament nerveux. Cet état névropathique est comme le début, comme le germe, si vous voulez, des états morbides plus graves que l'hérédité fera apparaître et évoluer si ce germe est fécondé par de nouveaux éléments morbides.

Au dernier degré de l'échelle, se trouvent les agénésies intellectuelles, l'imbécillité, l'idiotie, etc. Entre ces deux extrêmes, se trouvent rangées, d'après leur ordre de gravité, les grandes névroses convulsives et les diverses formes de l'aliénation. Tous ces états morbides ont entre eux des liens intimes de parenté. Leurs produits pathologiques ont entre eux des rapports directs. L'influence de l'hérédité les combine et les transforme, de sorte qu'ils peuvent passer par une série complexe de métamorphoses sans changer de nature, comme l'on voit certains animaux subir également, dans leur évolution, des métamorphoses variées sans pour cela cesser d'être eux-mêmes.

Cette idée vous paraît peut-être un peu bizarre, et cela sans aucun doute, à cause des divisions scolastiques des maladies mentales que vous êtes habitués à considérer comme désignant des espèces morbides distinctes. Mais c'est là une idée fausse que je ne saurais combattre trop vivement. Les classifications des maladies mentales actuellement en usage sont artificielles et conséquemment mauvaises, les groupes qu'elles consacrent ne sont pas des groupes naturels, les mots de manie, monomanie, etc., ne caractérisent que des états morbides symptomatiques. Ils ne correspondent en aucune façon à des maladies distinctes, à des groupes spécifiques naturels. Aussi dans l'évolution d'une même maladie nous voyons ces symptômes se transformer et se succéder les uns aux autres. Tel malade a aujourd'hui un délire partiel qui demain aura un délire général et plus tard sera dément. Un paralysé général passe successivement par les états de monomanie, de manie et de démence et n'en est pas moins resté pour cela un paralysé général.

Ces transformations qui s'opèrent dans la maladie d'un individu s'opèrent aussi dans sa descendance, mais ici les conditions de transmission étant complexes, leurs résultats le sont aussi. Les adversaires de l'influence héréditaire ont puisé un de leurs principaux arguments dans ce fait que la transmission n'est pas constante et inévitable. Heureusement il n'en est pas ainsi, car si cela était, on pourrait compter sur une extinction plus ou moins rapide mais infaillible de l'humanité !

Je dirai même que l'objection n'est pas fondée théoriquement. En effet, le rôle de l'hérédité c'est de mélanger, de combiner les éléments paternel et maternel pour y puiser les éléments du produit. Lorsqu'elle est progressive, accumulée, lorsqu'elle est à facteurs convergents, c'est-à-dire lorsque le père et la mère sont aliénés, l'évolution de l'aliénation mentale dans la descendance suit une marche progressive qui précipite rapidement les produits au dernier degré de la dégénérescence physique et intellectuelle. C'est dans ces conditions que naît l'idiotie, forme terminative qui est relativement à l'évolution des maladies mentales dans l'espèce, ce qu'est la démence dans l'évolution des maladies mentales de l'individu.

Mais lorsque l'hérédité est à facteurs divergents, c'est-à-dire lorsqu'un seul des ascendants est aliéné, il résulte de la fusion de la combinaison des éléments paternel et maternel, des états extrêmement variables selon le degré et la dose de l'imprégnation morbide ; si bien qu'au lieu de progresser toujours davantage dans le sens des dégénérations les enfants peuvent au contraire remonter vers l'intégrité physique et intellectuelle. En d'autres termes l'hérédité agit suivant la puissance des facteurs. Progressive si les facteurs sont convergents, elle peut s'amoindrir et perdre son influence si les facteurs sont divergents. Mais ce qu'il importe bien de savoir c'est que l'hérédité morbide ne reste pas stationnaire. Elle évolue, tantôt vers le mal, tantôt vers le bien. Si son influence est combattue par l'hygiène, par l'infusion d'un sang nouveau, elle tendra à s'éteindre ; si au contraire elle est accumulée, progressive, elle créera des états morbides de plus en plus graves et amènera promptement l'extinction de la famille qu'elle frappe.

C'est pour cela que les unions consanguines, les unions constantes des membres d'une même famille entre eux sont des conditions fâcheuses au point de vue de la descendance. Esquirol fait remarquer que l'aliénation est surtout active en Angleterre, parmi les catholiques qui s'allient toujours entre eux, et en France parmi les grands seigneurs, qui sont presque tous parents. Il en est de même en Amérique pour les quakers. Dans tous ces cas, les croisements de races ne venant plus corriger les vices héréditaires, rien n'arrête l'évolution progressive de l'hérédité.

Les curieuses recherches de Benoiston (de Châteauneuf) ont montré que les familles les plus illustres, malgré toutes leurs précautions, et peut-être à cause de ces précautions même, disparaissent rapidement et ne durent pas plus de trois siècles. Elles s'épuisent et s'éteignent parce que des causes nombreuses de dégénérescence pèsent sur elles et ne sont pas combattues.

(*A suivre.*)

DES VARIÉTÉS DE FORME DU CHANCRE SYPHILITIQUE (1)

Par M. le docteur LANCEREAUX, médecin des hôpitaux,
Professeur agrégé à la Faculté de médecine.

3° *Chancre induré. — Chancre infectant.* — Tous les syphiligraphes sont loin de s'entendre sur les caractères primitifs de cette variété. Après avoir cru pendant longtemps, avec Ricord, que l'ulcération était le premier symptôme et que l'induration ne survenait que plus tard, il y a tendance aujourd'hui à adopter l'opinion de Babington, plus conforme aux faits expérimentaux, et d'après laquelle l'épaississement du tissu précéderait l'ulcération : « Le caractère de l'infection vénérienne primitive, dit le commentateur de Hunter, est essentiellement une induration passant ensuite à l'ulcération. »

La difficulté de l'observation clinique, à laquelle est due sans doute la divergence d'opinions sur ce point, conduit nécessairement à s'en rapporter, en pareil cas, à l'expérimentation sur des individus sains. Or, celle-ci nous apprend, comme dans l'expérience de Waller, de Prague, qu'il se développe au point contaminé, tout d'abord une tache rouge, suivie bientôt d'une élevure ou papule, qui peut acquérir le volume d'une lentille ou d'un pois, et qui est, ainsi que nous le savons, le résultat d'un apport de matériaux, d'une néoplasie du tissu conjonctif. D'un rouge ou d'un jaune sale, arrondie et dure au toucher, cette papule se recouvre d'écailles grisâtres qui s'épaississent peu

(1) Fin. — Voir les numéros des 28 juin et 12 juillet 1873.

à peu, et finissent par former, dans quelques cas, une véritable croûte sous laquelle se creuse rapidement une ulcération en forme de godet et plus ou moins profonde. Le plus souvent indolente et *taillée comme à l'évidoir*, cette ulcération a des bords saillants, arrondis, une surface lisse, irisée, un fond généralement grisâtre et lardacé; elle est baignée par un produit de régression irréinoculable et non par du pus. Enveloppée, selon l'expression de Ricord, d'une sorte de noyau dur, circonscrit, qui lui sert comme de couronne et de lit, elle passe à bon droit pour être la lésion la plus caractéristique de la syphilis à son début. L'induration qui en forme la base et déborde sa circonférence a été comparée par Bell à la moitié d'un pois sec. Elle offre au toucher la sensation d'un tissu élastique, rénitent, chondroïde, sensation particulière, *sui generis*, bien différente de celle qu'accuse au doigt le tissu cicatriciel ou l'œdème phlegmoneux. La forme hémisphérique qu'elle revêt le plus souvent, n'est cependant pas constante; parfois irrégulière, elle devient elliptique, manque au centre, et n'existe que sur les bords (*syphilis annulaire* de Wallace).

Au bout de six semaines environ de durée, le chancre dur entre dans une dernière phase, ses bords s'affaissent et se dégorgent; les particules désorganisées qui en recouvraient le fond, où elles formaient une sorte de fausse membrane, sont éliminées ou résorbées; des bourgeons charnus apparaissent et suppurent; la cicatrisation enfin ne tarde pas à s'opérer; elle procède de la circonférence au centre de l'ulcération. La cicatrice est arrondie, légèrement déprimée; elle est quelquefois le siége d'une induration persistante produite soit par un développement exagéré de la néplasie, soit par l'hypertrophie des glandes suporipores, et signalée par J. L. Petit (1). Dans certains cas, où le chancre occupe une surface cutanée, cette cicatrice présente une coloration foncée, brunâtre, sombre, bronzée, vraiment caractéristique, mais qui, avec le temps, finit en général par s'effacer, laissant à sa suite une teinte blanche qui n'a plus de signification. Cette particularité est importante à connaître au point de vue rétrospectif, et souvent elle peut, comme l'induration dont la survie est de quelques semaines à plusieurs années, faire diagnostiquer l'existence ancienne d'un accident qui, malgré sa longue persistance, peut ne pas être aperçu par le malade, d'autant mieux que le chancre induré, rarement *phagédénique* ou *rongeur*, est à peu près complétement indolent.

La cicatrisation n'est pas le seul mode de terminaison du chancre induré. Dans quelques cas, on voit, à la période terminale de l'ulcère, se développer à sa surface des bourgeons luxuriants, fongueux, végétants, mais qui n'ont rien de syphilitique. D'autres fois, le chancre induré subit une véritable transformation; il se convertit sur place en papule ou plaque muqueuse. Déjà signalé par Ricord, ce dernier mode de terminaison a été l'objet de considérations intéressantes de la part de J. Davasse et Deville (2). Les caractères de la papule muqueuse se substituent à ceux du chancre, et c'en est fait de ce dernier. L'induration enfin, après s'être cicatrisée, peut s'ulcérer de nouveau et constituer une sorte de chancre *redux*, qu'il faut se garder de confondre avec une récidive de l'accident syphilitique primitif.

Il serait sans doute téméraire de soutenir que le chancre syphilitique n'offre d'autre modalité que celles dont il vient d'être parlé. Les formes sous lesquelles se présente cet accident sont tellement nombreuses qu'il serait peut-être difficile de les faire rentrer toutes dans les types précédents. Il importe donc de savoir que, malgré les soins que l'ont donné les syphiligraphes, l'étude de la première manifestation de la syphilis est loin d'être entièrement faite.

Induration de la lésion locale et adénopathie polyganglionnaire concomitante, tels sont, pour Ricord, les signes essentiels du chancre infectant. Personne ne contestera que la réunion d'une induration chancreuse et d'une adénopathie polyganglionnaire ne constitue un caractère important pour le diagnostic de la syphilis à la période d'éruption locale; mais la constatation de ces symptômes est quelquefois difficile, et exiger absolument leur réunion, c'est s'exposer à méconnaître quelquefois la syphilis. D'ailleurs, la valeur diagnostique de l'induration chancreuse nous paraît exagérée, et c'est là une cause d'erreur. Souvent, si elle ne fait défaut, cette induration est si peu accusée qu'elle peut être méconnue ou paraître douteuse. Cette circonstance est, pour les partisans de l'unitéisme, une arme dont ils n'oublient pas de se servir; en effet, se trouvant en présence d'un ulcère peu ou pas induré, ils prétendent avoir affaire à un chancre mou, et lorsque plus tard surviennent les accidents consécutifs, ils ne manquent pas de dire que ce chancre a été le point de départ de la syphilis. Telle est, selon nous, l'une des sources de la persistance du débat entre unitéistes et dualistes. Ce débat, nous en sommes convaincu, est la preuve irréfutable de la difficulté du diagnostic du chancre à l'aide des signes généralement indiqués. Pour s'entendre à cet égard, il importe de s'appliquer à décrire exactement les différentes modalités de l'accident primitif qui, à l'exemple des manifestations secondaires, peuvent être rattachées à un certain nombre de types et de faire connaître ensuite les caractères généraux de ces divers types. Ce sont ces caractères que nous avons à rechercher. Or, un des plus importants signes diagnostiques nous est fourni par la composition même du produit histologique qui varie rarement. Celui-ci, primitivement constitué par des éléments jeunes, embryonnaires, se couvre d'un exsudat séreux, mais rarement ou jamais d'un exsudat purulent. L'ulcère, une fois constitué, se trouve recouvert de détritus organiques, plutôt que de pus, jusqu'au moment où arrive sa réparation. L'absence du suppuration, bien qu'elle soit un caractère négatif, n'en est donc pas moins un signe de chancre infectant, et ce signe a une grande valeur diagnostique par rapport au chancre non infectant, dont l'abondante suppuration est connue. Un autre caractère du chancre syphilitique est sa circonscription bien tranchée, son peu de tendance à s'étendre, soit en profondeur, soit en largeur. Ce chancre se fait remarquer enfin par un début insidieux, une évolution lente et un peu douloureuse, une durée toujours longue, malgré le traitement le mieux approprié. Ajoutons en dernier lieu qu'il n'est pas auto-inoculable, car lorsqu'il s'inocule, c'est uniquement à la suite d'une suppuration artificielle, et le produit d'inoculation ne présente jamais les caractères du chancre initial. En résumé, considérés d'après leur ordre d'importance, les signes du chancre syphilitique sont les suivants; 1° l'irréinoculabilité, qui est en quelque sorte son caractère pathognomonique; 2° la tendance à la plasticité ou le défaut de suppuration; 3° l'induration spécifique, qu'il faut éviter de confondre avec celle qui résulte de l'application de substances caustiques ou astringentes à la surface d'un chancre simple. Enfin, la valeur diagnostique de ces signes est toujours sensiblement accrue par la coexistence d'adénopathies ganglionnaires indolentes et multiples.

(1) *Traité des maladies des os*, chap. XV.
(2) *Archives générales de médecine*, 1845.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 15 juillet 1873. — Présidence de M. Depaul.

CORRESPONDANCE OFFICIELLE

M. le ministre de l'agriculture et du commerce transmet les comptes rendus des maladies épidémiques qui ont régné en 1872 dans les départements de Meurthe-et-Moselle, de l'Ariége, de Saône-et-Loire, du Cantal. (Comm. des épidémies.)

CORRESPONDANCE NON OFFICIELLE

La correspondance non officielle comprend :

1° Une lettre par laquelle M. Cornil pose sa candidature à la place vacante dans la section d'anatomie pathologique ;

2° Une lettre de remercîments de M. le docteur Chantreuil, lauréat de l'Académie ;

3° Une lettre de M. le secrétaire général de la nouvelle Société de médecine et de chirurgie de Bordeaux, prévenant l'Académie de la fusion qui s'est effectuée entre les Sociétés de médecine et médico-chirurgicale des hôpitaux et hospices de Bordeaux, fusion qui a donné naissance à la *Société de médecine et de chirurgie*.

4° Un mémoire sur les thermomètres physiologiques et la thermométrie mathématique applicables à la médecine, à la chirurgie, etc., par M. Ed. Seguin (Comm. : MM. Gavarret et H. Royer) ;

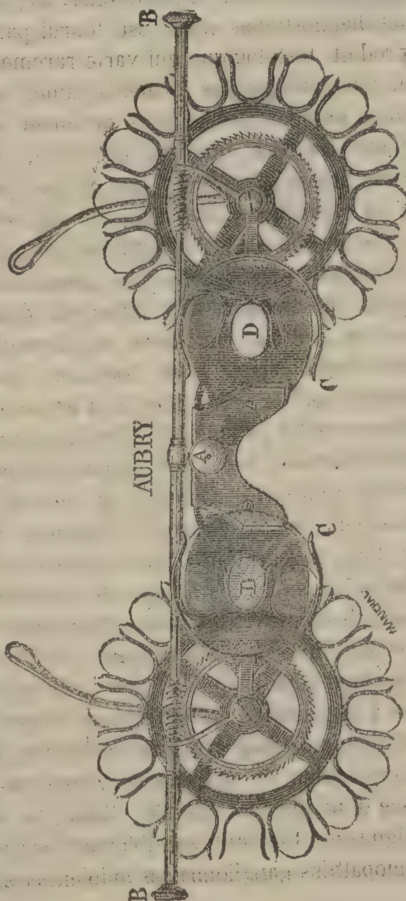
5° Un mémoire manuscrit intitulé : *Recherches sur la phthisie dans les Amériques intertropicales*, par M. le docteur Henri Dumont. (Comm. : MM. Briquet, Bourdon, Hérard.)

M. Larrey présente de la part de M. le docteur Dumont un second mémoire manuscrit intitulé : *Du choléra des Antilles dans ses rapports avec la fièvre jaune et les maladies paludéennes de 1865 à 1867*. (Comm. : MM. Barth, Chauffard, Fauvel.)

M. Béhier dépose sur le bureau le tome II du *Bulletin de la Société de médecine légale*.

M. Fauvel offre en hommage à l'Académie, de la part de M. le docteur Ad. Proust, un ouvrage intitulé : *Essai sur l'hygiène internationale*, *ses applications contre la peste, la fièvre jaune et le choléra asiatique*.

M. Gavarret présente, de la part de M. Aubry, fabricant d'instruments, une lunette double à l'usage des ophthalmologistes.



A. Bouton servant à écarter ou à rapprocher la lunette pour la distance des yeux.

BB. Boutons pour faire tourner les cadrans porte-verres.

CC. Ressort porte-verre se plaçant devant les verres du cadran pour en changer les différents foyers.

DD. Trou ovale devant lequel les verres viennent se placer pour faire regarder le malade.

LECTURE

M. Tholozan, médecin du shah de Perse, lit un mémoire intitulé : *Considérations générales sur le développement des grandes épidémies du choléra*. (Sera publié.)

Discussion sur la réorganisation du corps de santé militaire.

M. Bussy expose les motifs qui l'ont conduit lui et ses collègues, pharmaciens comme lui, à se retirer de la commission académique, « pour ne pas mettre, dit-il, leur signature au bas d'un rapport qui pourrait avoir pour conséquence de déposséder la pharmacie du rang qu'elle occupe dans le service de santé militaire et de la faire descendre d'un grade, c'est-à-dire de lui infliger une dégradation, partielle, il est vrai, mais qui n'en serait pas moins imméritée. » Puis il s'attache à faire ressortir les mérites et les services des pharmaciens militaires, et il conclut ainsi : « C'est pourquoi me bornant strictement à répondre aux questions posées par M. le ministre, je réponds :

« Les pharmaciens militaires doivent-ils être fusionnés avec les médecins ? Non.

« Les pharmaciens militaires doivent-ils être subordonnés aux médecins ? Non.

« Est-il plus avantageux que les choses restent dans l'état actuel ? Oui. »

M. Poggiale divise sa réponse en quatre parties :

« J'examinerai successivement, dit-il, les questions suivantes :

1° La pharmacie militaire doit-elle être fusionnée avec la médecine ?

2° Convient-il de la subordonner à la médecine ?

3° La médecine et la pharmacie doivent-elles continuer à être séparées et indépendantes l'une de l'autre ?

4° Doit-on donner aux médecins militaires la direction des services hospitaliers ? »

Sur la première question, l'orateur conclut en ces termes :

« En résumé, la distinction des études médicales et pharmaceutiques, l'incompétence absolue des médecins militaires dans la pratique de la pharmacie, l'impérieuse nécessité de sauvegarder la santé et la vie de nos malades, l'application journalière des sciences physiques et naturelles aux expertises dans l'armée, les résultats regrettables de la fusion de la médecine et de la chirurgie, l'expérience plus regrettable encore de 1836 à 1852, et enfin les prescriptions formelles de la loi, imposent au Gouvernement l'obligation de maintenir la division actuelle du corps de santé en deux *sections parallèles* et indépendantes l'une de l'autre.

« Je fais des vœux pour que, au lieu de ces rivalités stériles auxquelles nous avons la douleur d'assister, l'amour du bien, l'esprit scientifique et le dévouement au soldat malade les inspirent constamment l'une et l'autre. »

L'orateur passe ensuite à la deuxième question, dont il traite une partie. Mais l'heure avancée et la fatigue l'obligent à interrompre sa lecture, qu'il demande à renvoyer à la prochaine séance.

M. le secrétaire perpétuel, répondant à une allégation de M. Poggiale, déclare qu'il a été admis aux séances de la commission et qu'il a pris part à la discussion non comme membre, mais comme assistant seulement, avec voix consultative. Il ajoute, pour répondre à une autre allégation de M. Poggiale, que l'Académie a été saisie de cette discussion par une demande formelle des ministères de la guerre et de l'instruction publique, qui attachent une grande importance à ce que l'Académie donne son avis avant que la loi sur la réorganisation de l'armée soit votée par l'Assemblée nationale. Or, le rapport de M. le général Chareton a été déposé : la discussion a été commencée hier à l'Assemblée générale, et elle se continue aujourd'hui. Il y a donc urgence de discuter le rapport de M. Broca, et de faire parvenir au plus tôt à l'autorité compétente la réponse de l'Académie.

M. Larrey demande la parole pour faire observer que ni M. Bussy ni M. Poggiale n'ont répondu au magnifique rapport de M. Broca.

Les arguments qu'ils ont fait valoir ont porté sur des points qui n'étaient pas du tout en cause. On a imaginé que les médecins militaires n'avaient été mus que par des vues d'intérêt, de domination et d'ambition, qu'ils étaient animés de sentiments hostiles contre les pharmaciens militaires. M. Larrey proteste contre de pareilles accusations. De tout temps les médecins militaires se sont plu à faire valoir et récompenser les services rendus par les pharmaciens dont ils ont toujours vanté le zèle et la science. Mais là n'est pas la question. Il s'agit aujourd'hui, pour le corps de santé militaire, d'une réorganisation complète qui doit le rendre indépendant de l'intendance, administration souverainement incompétente. Or, si le corps de santé militaire possède son autonomie et ne relève plus que du commandement supérieur, il faut que, dans ce corps, il y ait un chef qui possède la direction et en réponde. Il n'est pas possible que ce soit un pharmacien; il est donc juste que la pharmacie militaire soit subordonnée à la médecine militaire, puisque, dans l'armée comme dans la pratique civile, c'est le médecin qui prescrit et le pharmacien qui exécute, et que la véritable responsabilité incombe au médecin.

MM. BUSSY et **POGGIALE** répondent à M. Larrey que les médecins militaires ne leur paraissent pas faire preuve d'une grande bienveillance envers les pharmaciens, puisqu'ils proposent :

1° De supprimer le titre de pharmacien inspecteur général ;

2° De les subordonner à la médecine militaire.

M. LARREY fait remarquer que chez toutes les nations étrangères, la pharmacie militaire est subordonnée à la médecine. Il en est ainsi dans les armées anglaise, allemande, hollandaise, italienne, belge et turque. Enfin, en Perse, d'après les renseignements que M. le docteur Tholozan a donnés aujourd'hui même à M. Larrey, la pharmacie militaire n'existe pas.

M. POGGIALE. Mieux vaudrait appliquer à la France le système de la Perse que celui de la commission.

M. CHAUFFARD demande que les futurs orateurs qui prendront la parole dans cette discussion s'en tiennent aux questions visées par le rapport de M. Broca afin que la lutte se concentre sur un terrain bien défini, et qu'on ne s'expose pas à combattre des moulins à vent.

M. LEGOUEST cite quelques passages du rapport de M. Bouisson, membre de la sous-commission de la réorganisation de l'armée, dans lequel les pharmaciens conservent leur situation actuelle, non-seulement au point de vue de la hiérarchie, mais encore au point de vue de la liberté de leurs fonctions. Sans doute on n'a pas proposé de pharmacien inspecteur général, parce que, le cas échéant, un pharmacien pourrait devenir le directeur du service de santé pour lequel il serait évidemment incompétent; mais on a conservé le pharmacien inspecteur. Ce sont les médecins qu'on élève d'un grade par la création, au-dessus des inspecteurs que l'on conserve, d'inspecteurs généraux occupant un degré supérieur dans la hiérarchie. Quant aux pharmaciens, on leur conserve tous leurs avantages actuels. Ils pourront devenir inspecteurs comme par le passé.

M. Legouest cite en outre des documents officiels datant de 1810, et d'après lesquels le principe de la subordination de la pharmacie militaire à la médecine militaire était admis par des hommes qui s'appelaient Coste, Larrey, Desgenettes, Percy et Parmentier. Ce principe était également admis par Begin.

M. GAULTIER DE CLAUBRY demande que l'on ne sorte pas de la question et que la discussion porte uniquement sur la lettre du ministre. Le rapport, quelque remarquable qu'il soit, n'est cependant qu'un simple document dans la question.

Sur la proposition de M. Moutard-Martin, appuyée par divers membres, et après quelques observations de MM. Poggiale, Larrey, Broca et de M. le président, l'Académie décide qu'elle se réunira jeudi, à trois heures, en séance supplémentaire, pour la suite de cette discussion.

La séance est levée à six heures.

VARIÉTÉS

Les stations balnéaires et leurs médecins,

Par le docteur COMANDRÉ, médecin consultant aux eaux de Cauterets.

Au moment où la saison des eaux va commencer, il n'est pas sans intérêt de savoir si les médecins qui pratiquent auprès des sources thermales méritent, de la part du public, une égale confiance, qu'ils soient revêtus d'un titre officiel ou qu'ils soient, comme on dit, des médecins libres.

La forte polémique qui agite le monde médical en ce moment au sujet de l'inspectorat a produit, dans l'entraînement de la discussion, des expressions qu'il faudrait se garder de prendre à la lettre.

Certains semblent croire que les inspecteurs sont des praticiens arrivés à la renommée par le fait seul du favoritisme. Les fonctions d'inspecteur, en les désignant à l'attention des clients, et ce, d'autant plus facilement que ces derniers sont toujours des étrangers à la localité, seraient la seule cause de leur vogue, grande généralement.

Les titulaires, de leur côté, prétendraient, par l'organe d'un des leurs, et des plus accrédités, que les médecins libres « ne seraient généralement *que les fruits secs de la profession*, qu'il serait opportun de *discipliner*, etc.

Que faut-il penser de ces deux opinions?

Nous ne croyons mieux faire que de chercher la valeur des uns et des autres dans leurs œuvres mêmes.

Des travaux scientifiques de haute valeur se trouvent dans les deux camps. Quoique le choix pour la nomination à l'inspectorat doive prendre en considération les œuvres des candidats, il est incontestable que, pratiquement, les listes de présentation n'ont pas toujours été dressées, et les choix ministériels n'ont pas non plus été guidés par les œuvres méritantes seules. La faveur, cette plaie de notre organisation sociale, qu'on ne parviendra à éteindre qu'en en détruisant le moyen, a été toujours plus ou moins dans la balance, que le candidat fût d'un grand poids ou d'une petite portée.

N'importe, si la faveur n'exige pas le plus de mérite pour s'y appesantir, elle n'est pas non plus à la recherche du moins méritant. Somme toute, faveur pour faveur, tant vaut que ce soit Pierre comme Guillaume qui en soit retapé; d'autant que le diplôme donne des droits égaux. Il établit entre tous les diplômés la véritable égalité, la seule praticable, l'égalité des mêmes droits.

Certes, dans l'espèce, point n'est besoin, pour remplir ce qu'on nomme encore les fonctions d'inspecteur, de contester cette égalité, pour si théorique qu'elle soit. Un concours, aujourd'hui, pour les fonctions d'inspecteur entre docteurs nous paraîtrait une superfétation aussi grande que celle qui résulterait de l'exigence d'un diplôme de docteur pour l'art du pédicure ! Seul, le concours pourrait mettre un frein léger aux justes récriminations; et encore!...

Ce n'est pas contre les fonctions et ses émoluments lilliputiens que l'on se récrie, mais bien contre l'atteinte portée à la propriété scientifique de la généralité des médecins.

Un médecin inspecteur en vaut donc un autre, mais pas un *iota* de plus. Nous trouvons des travaux scientifiques chez les médecins libres, bien supérieurs souvent à ceux des titulaires, et réciproquement.

Cependant, si l'on en croyait M. Pidoux, médecin inspecteur aux Eaux-Bonnes, les médecins libres seraient *des fruits secs de la profession*.

Cette affirmation de la part d'un homme si haut posé nous a conduit à quelques recherches, et franchement elles sont de nature à nous faire croire que le *privilége* infuse la science.

Voici, en effet, ce qu'écrivait M. Pidoux avant qu'il fût nommé inspecteur, c'est-à-dire médecin libre, et, comme il dit, *fruit sec de la profession*.

Que le lecteur juge si M. Pidoux n'a pas raison :

« ..... Or, nous le demandons de bonne foi, un pareil changement de vie n'est-il pas plus que suffisant pour expliquer bien des miraculeuses guérisons que nous attribuons à la vertu des eaux minérales, et n'avons-nous pas vu bien souvent, dans le cours de notre pratique, un simple voyage amener des résultats identiques à ceux que nos malades obtenaient aux eaux (1) ? »

Au sujet des eaux de Louèche : « ..... Il est bien probable, sinon certain, qu'avec des eaux artificielles nous obtiendrions le même résultat (2). »

Plus loin encore : « Nous sommes loin de penser que l'art puisse imiter parfaitement les eaux naturelles, mais nous sommes intimement convaincu que, malgré l'imperfection de nos procédés, nos eaux artificielles auraient, en définitive, autant de vertus aux Pyrénées si elles y étaient transportées, qu'elles en ont peu à Paris, où nous les fabriquons... Les eaux sulfureuses chaudes ne peuvent jamais être parfaitement imitées; mais celles que nous fabriquons, prises avec certaines précautions et dans une certaine mesure, ont presque autant d'efficacité que les eaux naturelles..... (3). »

Suit une diatribe contre la spécialisation des sources, etc. Puis : « ..... En résumé, nous sommes convaincu que les eaux minérales artificielles sont autant et quelquefois plus efficaces que les eaux naturelles, lorsque les malades s'y soumettent de la même manière..... (4). »

Au sujet des affirmations des praticiens près les sources sur la plus grande efficacité de ces dernières prises sur les lieux, le même auteur s'écrie : « ..... Mensonge grossier, dont l'expérience fait tous les jours justice! mais que les malades ne peuvent et ne pourront jamais juger parce qu'ils ne voient que les eaux sans pouvoir tenir compte des conditions différentes dans lesquelles ils les prennent..... (1). »

(1) *Traité de thérapeutique et matière médicale*, par MM. Trousseau et Pidoux, 1839.
(2) *Ibidem.*
(3) *Ibidem.*
(4) Ouvrage cité.

Eh bien, lecteur, que vous en semble?

M. Pidoux n'a-t-il pas raison de dire que les médecins libres sont les *fruits secs de la profession?* Pourriez-vous trouver un plus fort argument que celui que nous fournit l'auteur lui-même?

Voilà la science hydrologique de M. Pidoux, médecin libre. Mais le privilége de l'inspectorat l'a tout à fait changé. Ses convictions hydrologiques sont d'autant plus sincères que son scepticisme était plus profond.

O puissance du privilége! tu infuses la science et donnes la foi!

M. Pidoux, par son discours académique (?)... Non... à l'Académie, n'a guère servi sa cause, mais il nous a dicté cet article, dont la conclusion nous a été fournie par le poëte J.-B. Rousseau.

. . . .
Le masque tombe, l'homme reste,
Et le héros s'évanouit.

Du traitement, par l'acide phénique, des maladies à ferments, (croup, fièvre typhoïde, variole, péritonite, etc.), par le docteur Déclat. — Prix : 2 francs. — Delahaye, éditeur.

(1) *Ibidem.*

Le Directeur : Dr E. Le Sourd.

Paris. — Typographie A. Pougin, quai Voltaire, 13.

N° 83. — SAMEDI 19 JUILLET 1873. 46e ANNEE. SAMEDI 19 JUILLET 1873. — N° 83.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

Le prix d'abonnement
doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

La Lancette française

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Bureaux : 57, rue des Saints-Pères, 57,
PRÈS L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

On s'abonne hors de Paris
dans les bureaux des Messageries et chez les Libraires.
Les lettres non affranchies sont refusées.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui n'en peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT		
POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS	Trois mois. . 8 fr. 50 c.	POUR L'ÉTRANGER le port en sus suivant les derniers tarifs des Postes.
	Six mois. . . 16 —	
	Un an. . . . . 30 —	

Paris, le 18 juillet 1873.

SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance extraordinaire.

—

La discussion s'est continuée très-orageuse, et n'a pas encore abouti.

De nombreux incidents ont eu lieu, mais un seul nous a paru avoir trop de portée pour être passé sous silence.

En effet, quand M. Poggiale a voulu produire à la tribune des ordonnances médicales pour prouver que ces ordonnances auraient eu besoin d'un contrôle pharmaceutique, il ne s'agissait pas seulement de personnes accusées d'erreur ou de faute, soit à bon droit, soit peut-être à tort et à travers; ce n'était pas même seulement, bien que c'en fût assez déjà pour soulever les protestations et les murmures de l'Académie, une situation anormale qui se révélait, des pharmaciens prenant les ordonnances qu'ils avaient reçues pour s'en faire une arme contre le corps des médecins; de la part de M. Poggiale il y avait plus : l'expression naïve et convaincue d'une théorie scientifique aussi erronée que possible, aussi féconde en résultats désastreux qu'elle est erronée.

Ce sont même, il faut le dire, des théories semblables qui ont rendu si déplorable pour la pratique médicale l'influence prépondérante que des savants de cabinet ont prise à certaines époques.

Ceux qui ne sont praticiens dans aucune mesure se figurent souvent qu'un remède, pour être utile, doit être donné aux mêmes doses chez tous ceux qui présentent une même maladie, que chez tous ils deviennent toxiques aux mêmes doses, qu'une fois le diagnostic posé, il ne reste plus qu'à recourir au formulaire pour rédiger une prescription salutaire.

Le formulaire, c'est ce qu'ils nomment la *posologie scientifique*. Ce mot *scientifique* paraît indiquer que ceux qui se bornent à transcrire ces ordonnances toutes faites procèdent autrement que les femmes du peuple avec leurs recettes, transmises par tradition. Mais il n'y a pas plus à attendre de ces savants que de ces ignorantes un avis vraiment médical, un contrôle sérieux du traitement suivi.

Devant une maladie grave, les posologues de profession avec leurs prescriptions débitées de mémoire, deviennent un très-grand danger.

Ils ne savent pas s'abstenir et ils ne savent pas oser quand il le faut.

Ils ont la conscience tranquille, cela est certain; n'ont-ils pas suivi à la lettre les indications de leurs manuels? « C'ÉTAIT ÉCRIT » et si le malade succombe, c'est à l'auteur du formulaire ou au destin qu'il convient de s'en prendre.

Autre est la situation du praticien.

Il sait combien le problème est complexe et difficile.

Il sait que, suivant la constitution, les habitudes, l'âge et la force du malade, suivant les lésions antérieures, les affections concomitantes qu'il peut avoir, etc., suivant la maladie principale elle-même, son degré, la période qu'elle a déjà atteinte, son étendue, souvent son caractère épidémique, suivant mille autres conditions qu'il serait trop long à énumérer, telle médication ou telle dose pourra tuer, tandis que telle autre est indiquée et guérira.

Il sait qu'un peu d'inattention, une inadvertance, un recours malencontreux à la mémoire, alors qu'il doit se décider par l'étude de l'individu, des symptômes et le coup d'œil, un peu de *terre à terre*, un innocent défaut d'initiative pourraient avoir pour résultat d'enlever au malade toutes ses chances de vie.

C'est comme une bataille à gagner ou à perdre.

Il est responsable à ses yeux plus qu'aux yeux de tous; et le poids de sa responsabilité est d'autant plus lourd qu'il ne peut la partager avec personne.

Seul juge des indications, il est seul juge de ses actes.

C'est alors que parfois viennent ces inspirations par lesquelles surtout progresse la médecine proprement dite, la science des indications et du traitement : inspirations qui ressemblent à celles du général ou de l'artiste en ce que les connaissances antérieurement acquises par de longues études, concourent à éclairer subitement d'un jour nouveau.

Alors, s'il est besoin, on aborde des doses qui, en dehors de la maladie et des circonstances données, seraient certainement toxiques; et on le fait pour le grand avantage du malade, qui trouve ainsi la guérison où il aurait dû trouver la mort suivant les livres et les formules des *posologues scientifiques*.

Ceci, du reste, n'a rien de vague, tout en étant peut-être difficile à comprendre pour qui n'a jamais pratiqué.

C'est ce que les médecins ont appelé la loi *de la tolérance*, loi à laquelle correspond une loi inverse, qui la complète. En effet, un médicament, suivant les circonstances morbides, etc., pourra

cesser d'être toxique à des doses où il le serait chez la plupart des individus, ou il pourra le devenir à des doses bien inférieures à celles qui d'ordinaire seraient fort innocentes.

Si M. Poggiale, au lieu d'être un pharmacien ou un chimiste, avait été médecin pratiquant, il aurait su sans doute tout cela, et il n'eût point dit ce qui a excité les murmures de l'Académie.

Quant à la prétention émise par M. Poggiale de subordonner, dans un hôpital, le médecin en chef au pharmacien en chef, si celui-ci est plus ancien de grade, elle n'est sans doute pas sérieuse, et nous ne nous y arrêterons pas.

Quelle est, en effet, la mission fondamentale d'un pharmacien, militaire ou autre? Exécuter les prescriptions des médecins traitants.

Il n'a jamais le droit d'y rien changer. S'il remplaçait, comme j'ai appris que quelques-uns osaient le faire, une substance par une autre, qu'il regarde comme analogue ou préférable, il commettrait une des fautes les plus graves dont il pût se rendre coupable.

En effet, il n'est pas de remède qui soit pour tous les cas l'équivalent exact d'un congénère.

Et le pharmacien qui place une arme pour une autre dans la main du médecin est d'autant plus inexcusable qu'il commet cet abus de confiance à l'aveugle.

Mais, dit-on, le pharmacien n'a-t-il pas comme chimiste un autre rôle? Ne fait-il pas des analyses d'urines, de sang, etc.?

Quand il les fait, ces analyses ne peuvent encore être utiles qu'au médecin.

Demandées et reçues par lui, elles servent au diagnostic; mais le diagnostic est un prélude.

C'est une reconnaissance avant la bataille. Après comme avant, le général, c'est-à-dire le médecin, conserve son rôle et dirige.

Reste la découverte de nouvelles substances.

Les pharmaciens peuvent la faire en tant que chimistes, mais non pas en tant que pharmaciens, militaires ou civils.

C'est plus qu'on ne leur demande en vertu de leur titre; c'est autre chose.

Quand Parmentier, inspecteur de la pharmacie militaire, a su faire entrer la pomme de terre dans la nourriture de nos paysans, il a rendu un grand service à l'humanité; mais je doute que M. Poggiale lui-même, quand il invoque si haut le nom de Parmentier pour défendre la hiérarchie à laquelle il appartenait, veuille prétendre que tout pharmacien militaire inspecteur sera tenu de propager la culture d'un nouveau légume.

Laissons donc à l'individu ce qui est à l'individu, à la profession ce qui touche à la profession; et ne croyons pas devoir songer à faire apprendre l'art de manier un balais à tous les chimistes, parce qu'un d'eux, célèbre, avait commencé sa carrière comme garçon de laboratoire.

Dr Victor Revillout.

CLINIQUE OPHTHALMOLOGIQUE. — M. Sichel.

Note sur un cas de cysticerque sous-conjonctival. Extraction. — Guérison.

Par M. Léon Brière, chef de clinique.

Émilie G..., âgée de quatorze ans, demeurant à Marolles-en-Brie, se présente à la clinique du docteur Sichel, le 1er juillet 1873.

Cette jeune personne, bien développée pour son âge, dont l'extérieur et la physionomie indiquent un état de santé excellent, vient consulter pour une tumeur oculaire qui a débuté il y a cinq semaines.

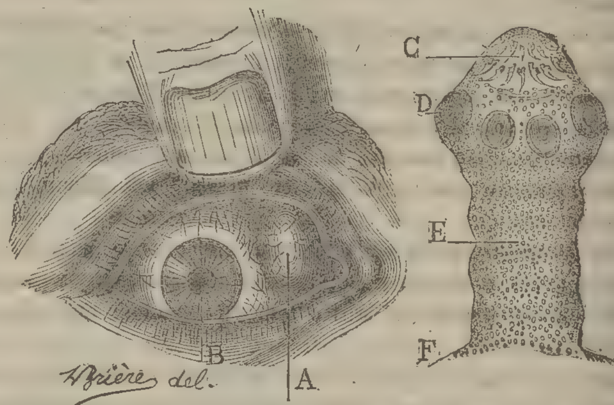
Le 25 mai, elle remarqua une petite rougeur dans le grand angle de l'œil droit, vers le bord externe de la caroncule. Les personnes qui l'entouraient, et elle-même, attachèrent d'abord peu d'importance à cette légère injection conjonctivale, qu'elles prirent pour un *coup d'air*. Cette inflammation circonscrite produisit tout au plus un peu de larmoiement, et, comme elle n'était pas douloureuse, on n'y fit plus attention. Pas d'autres antécédents, sauf une légère piqûre de l'œil par un brin d'herbe, deux mois auparavant, laquelle n'eut aucune conséquence, mais qu'il est utile néanmoins de relater. Les affections oculaires étaient inconnues dans la famille, et les prévisions parurent se réaliser quatre ou cinq jours après, car la rougeur disparut du jour au lendemain et l'œil revint à l'état normal.

Mais, à huit jours de distance et sans que cette nouvelle atteinte fût annoncée par de la douleur, par la moindre gêne, au point même qui naguère avait été le siége de cette rougeur, apparut une petite saillie. Celle-ci avait, lorsqu'on la vit pour la première fois, le volume d'une tête de grosse épingle. Elle était rosée, lisse, et formait comme une seconde saillie caronculaire. Bientôt ses dimensions augmentèrent, et, en quinze jours, elle avait atteint la grosseur d'un pois.

Pendant son développement comme à son début, elle ne provoqua pas la moindre douleur. Aussi, la laissa-t-on s'accroître sans y opposer le moindre traitement.

Puis elle s'opposa peu à peu aux mouvements d'adduction de l'œil, et, bien que les fonctions de celui-ci restassent intactes, un travail soutenu devint impossible par la gêne qui se trouvait apportée à la vision binoculaire. L'œil était larmoyant, très-rouge dans sa moitié interne. Le mal, loin de diminuer, augmentait de jour en jour, Émilie G... se décida à faire le voyage de Paris.

État actuel. — Au premier examen, on est frappé de l'existence d'une tumeur dans l'angle interne de l'œil droit, siégeant sur le globe oculaire et n'offrant aucune adhérence avec les paupières. Elle est unie, et soulève la paupière supérieure sous laquelle elle se trouve cachée en grande partie. Disons de suite que la pupille est manifestement déviée en bas et en dehors.



A. Tumeur contenant le cysticerque. — B. Pupille déviée en bas et en dehors. — C. Crochets du cysticerque. — D. Ventouses ou oscula. — E. Cou. — F. Commencement de la vésicule caudale.

Si maintenant on soulève la paupière supérieure, dans sa moitié interne surtout, on découvre toute la grosseur, laquelle s'étend depuis la caroncule lacrymale, qui est normale, jusqu'à 3 millimètres de la cornée, et du cul-de-sac conjonctival inférieur au cul-de-sac conjonctival supérieur, mesurant 9 millimètres dans son diamètre horizontal et 13 millimètres dans son diamètre vertical. On peut comparer sa saillie à celle que ferait un petit haricot placé sous la conjonctive. Elle est uniformément globuleuse, ovale, à grand diamètre vertical. Sa coloration est essentiellement différente, suivant que l'on étudie le centre ou la périphérie. Dans sa partie moyenne existe un *point jaunâtre*, arrondi, légèrement brillant, dont la nuance se fond sur les bords et fait place à une coloration rose, qui s'ac-

centue de plus en plus à mesure que l'on s'approche des limites de la tumeur.

Celles-ci sont, en effet, marquées par une teinte rouge vif, résultat d'un réseau vasculaire conjonctival très-développé. Cette hyperémie s'étend jusqu'au bord interne de la cornée qu'elle dépasse au-dessus et au-dessous. Le repli semi-lunaire est complétement effacé et refoulé en dedans dans sa partie moyenne, mais il existe en bas et en haut, et recouvre un peu la tumeur en ces points.

La palpation indique que nous avons affaire à une tumeur fluctuante, mais rénitente, d'une consistance qui rappelle celle des lipomes, adhérente au globe oculaire, dont elle suit tous les mouvements spontanés ou provoqués. La pression ne réveille pas de douleur exagérée. Les bords de la tumeur peuvent être légèrement déplacés latéralement, mais le milieu est très-adhérent par sa face postérieure. On trouve que la conjonctive jouit d'une certaine mobilité sur la tumeur, surtout dans la partie qui avoisine la cornée. L'œil a conservé tous ses mouvements, mais l'adduction est un peu limitée, la tumeur faisant office de coin entre la paroi interne de l'orbite et le globe oculaire.

Si nous résumons brièvement ces caractères, nous voyons : 1° que la tumeur s'est développée chez un jeune sujet, indemne de toute affection oculaire antérieure, d'une santé excellente ; 2° qu'elle a débuté il y a cinq semaines, que sa marche a donc été rapide ; 3° que les symptômes physiques sont ceux d'une tumeur sous-conjonctivale, fluctuante, rénitente, développée entre la caroncule et la cornée, sur le diamètre horizontal de l'œil.

Le diagnostic du siége étant établi, il reste à préciser la nature de cette tumeur.

Diagnostic. — Plusieurs hypothèses peuvent se présenter :

Avons-nous affaire à un encanthis, tumeur hypertrophique de la caroncule ? Peut-on songer à un lipome ? Sommes-nous devant un kyste séreux, devant une tumeur fibreuse ? ou enfin doit-on penser à un cysticerque enkysté sous la conjonctive bulbaire ?

L'idée d'un encanthis doit être écartée, bien que ce soit celle qui se présente de suite à l'esprit au premier coup d'œil jeté sur la tumeur. Car si l'examen est fait avec plus d'attention, il permet de voir que la caroncule, siége de l'encanthis, est intacte. Il existe un sillon entre la tumeur et la caroncule, et l'on ne peut admettre que celle-ci soit le point de départ de la tumeur.

La seconde hypothèse, celle d'une tumeur lipomateuse, doit également être mise de côté. D'abord, les lipomes de la conjonctive sont extrêmement rares, on n'en connaît que quelques observations bien authentiques. De plus, le lieu d'élection de ces lipomes est dans la moitié externe du globe oculaire, dans l'espace compris entre les muscles droit supérieur et droit externe. A ces raisons, nous ajouterons cette autre considération plus importante encore, que la tumeur de notre jeune fille s'est développée en un mois, tandis que les lipomes ont le plus souvent une marche lente ; ceux de la conjonctive étaient même congénitaux pour la plupart. Nous pouvons donc en conclure que nous ne sommes point en présence d'une tumeur de cette nature.

Nous devons également ne pas nous arrêter à l'idée d'un kyste séreux de la conjonctive. Depuis les travaux de Sichel (1), on sait que ces kystes séreux ont pour principal caractère d'être placés *transversalement* dans les replis palpébro-oculaires soit supérieur, soit inférieur. On a cité, il est vrai, quelques observations de kystes séreux situés ailleurs ; notamment celle de Sœmmering, de Francfort-sur-le-Mein, en 1836, où il est fait mention d'une tumeur siégeant immédiatement sous la cornée gauche. Mais Sichel déclare que, sans contester leur nature, il n'en a pas observé par lui-même qui fussent ailleurs que dans les replis conjonctivaux. Le cas de Warton Jones relaté dans Mackenzie n'est pas à l'abri de toute critique. Bien des caractères importants de la tumeur y sont omis, le siége est celui des tumeurs parasitaires, et en relisant cette observation, on ne peut se défendre de l'idée que telle pouvait être sa nature. D'ailleurs, nous avons ici une tumeur beaucoup trop rénitente, trop dure et trop adhérente par sa base pour admettre une simple poche liquide sous-conjonctivale ; en outre, la fluctuation n'est pas assez nette.

Les tumeurs fibreuses de la conjonctive sont extrêmement rares, et comme les lipomes, elles ont une marche essentiellement lente. Leur surface est parfois recouverte de poils et souvent inégale. Ici, ces deux caractères manquent. Le seul fait de la rapidité du développement permet d'écarter l'hypothèse d'un fibrome ; ou alors il faudrait admettre une tumeur maligne, mais tous les caractères physiques et l'âge de la malade seraient contraires à cette supposition.

Pourrait-on avoir affaire ici à une végétation sous-conjonctivale résultant de l'enkystement d'un corps étranger, et faudrait-il voir une relation de cause à effet entre la piqûre avec un brin d'herbe, qui eut lieu en mars, et la tumeur que nous trouvons aujourd'hui ?

On sait qu'il n'est pas rare d'observer des végétations de la conjonctive consécutives à l'enkystement d'une aile de coléoptère ou de tout autre corps étranger. A ce sujet, M. Sichel appela l'attention de ses auditeurs sur le cas d'une jeune fille qui se présenta à lui, le 25 juin 1872, avec des excroissances charnues énormes sous la paupière supérieure gauche, dans le cul-de-sac conjonctival, datant de sept semaines, et dont il trouva bientôt la cause en excisant la plus grosse de ces végétations, ce qui fit découvrir un poil de brosse à dents implanté au milieu de ce tissu fongueux.

Chez notre malade, l'indolence de la tumeur, l'absence de réaction dans le reste de la conjonctive, faisaient également rejeter cette dernière hypothèse.

Si, au contraire, on examine les probabilités d'un cysticerque sous-conjonctival, on voit que tout concorde pour admettre ce dernier diagnostic.

La tumeur siége à l'un des angles de l'œil, à l'extrémité du diamètre transversal, sous la conjonctive, au niveau de l'insertion du muscle droit interne.

Elle est ovale, ce qui cadre assez bien avec la forme de la vésicule caudale du cysticerque, car si des dimensions de la tumeur nous déduisons celles de cette vésicule, telles qu'elles nous sont données par Davaine, 10 millimètres sur 6 millimètres, nous voyons qu'il nous reste 1 millimètre et demi pour l'épaisseur de l'enveloppe. Sa coloration jaunâtre au centre et très-rouge sur les bords est également un bon symptôme.

En outre, la résistance de la tumeur, qui est manifestement composée d'une enveloppe solide contenant un liquide, plaide en faveur d'un kyste parasitaire.

A ce propos, le professeur rappela brièvement les particularités anatomiques qui se sont présentées à son observation dans le cas de cysticerque de la région du sourcil relaté le 5 octobre 1871, dans la *Gazette des Hôpitaux*, par mon prédécesseur, le docteur Gros, de Boulogne-sur-Mer. Dans ce fait, la

(1) *Archiv. gén. de méd.*, 1846, p. 430, et *Iconog.*, p. 687.

tumeur était extrêmement dure, à tel point qu'on avait discuté la possibilité d'un kyste pierreux ou d'un névrome, et lors de l'extraction, on constata autour de l'entozoaire un kyste à parois fibreuses, épaisses de 1 millimètre et demi environ.

Se basant sur les données précédentes, M. le docteur Sichel nous fit observer que les caractères énumérés plus haut sont précisément ceux qui ont été désignés par son père (1) comme pathognomoniques des kystes sous-conjonctivaux dus à la présence du cysticerque ladrique. Il fit passer sous les yeux de ses auditeurs la planche LXXII de cet ouvrage et appela l'attention sur les figures 1 et 2 représentant deux cas de cysticerque sous-conjonctival.

Dans l'un de ces dessins, le cysticerque est à l'angle interne de l'œil, dans l'autre à l'angle externe. Sur la figure 1, la tumeur offre le même aspect que chez notre jeune fille. Dans l'autre cas, au contraire, la tumeur se trouve à l'angle externe; elle est moins volumineuse. Dans tous les deux, on observe le même réseau vasculaire très-développé sur les bords de la tumeur, et au point culminant de celle-ci, un reflet jaunâtre identique à la teinte indiquée dans le courant de notre observation, et que nous regrettons de ne pouvoir reproduire ici.

Pour toutes ces raisons, M. Sichel se rattacha à l'idée d'un cysticerque sous-conjonctival, mais il crut devoir faire une réserve à cause de l'absence de douleurs, particularité qui ne se rencontre pas d'ordinaire dans les cas de ce genre. La femme qui avait dans le corps vitré de l'œil gauche un cysticerque, lequel fut extrait, et dont l'observation a été lue à la Société de chirurgie par M. Giraud-Teulon (séance du 27 décembre 1871), cette femme, dis-je, éprouvait des douleurs intolérables et presque incessantes.

De même, ce sont des souffrances ayant résisté à tout traitement médical, qui décidèrent à réclamer le secours du chirurgien, dans le cas de cysticerque du sourcil publié par le docteur Gros.

Au contraire, notre jeune fille n'a jamais souffert. Elle ne vient nous trouver que déterminée par l'aspect choquant de sa tumeur et par la crainte d'avoir affaire à quelque chose de grave. Cette indolence des cysticerques sous la conjonctive a, du reste, été notée dans plusieurs des faits connus, et elle ne doit pas ébranler l'opinion qui a été émise.

(A suivre.)

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance extraordinaire du jeudi 17 juillet 1873. — Présidence de M. Depaul.

Suite de la discussion sur la réorganisation du corps de santé militaire.

M. POGGIALE, continuant le discours qu'il a commencé à la séance précédente, examine successivement ces deux questions :

1° Les pharmaciens militaires doivent-ils être subordonnés aux médecins;

2° Le corps de santé militaire doit-il constituer un corps autonome, dont la direction serait confiée à des médecins.

Sur le premier point, il se résume en ces termes :

« La subordination des pharmaciens militaires aux médecins infligerait à la profession pharmaceutique une sorte de dégradation qui entraverait fatalement le recrutement, abaisserait le niveau intellectuel, moral et scientifique des pharmaciens, et compromettrait en même temps la sécurité des malades et les intérêts du Trésor. Peut-on croire que des jeunes gens intelligents, laborieux, bien élevés, consentiraient à entrer, après de longues études, dans une carrière où ils ne trouveraient que fatigues, dépendance et très-peu de considération?

« Je dirai, en terminant, que la subordination des pharmaciens militaires aux médecins paraît absolument impossible, parce qu'elle est en opposition formelle avec les principes fondamentaux de la loi militaire. En effet, les officiers et les assimilés sont soumis au principe de la subordination du grade inférieur au grade supérieur, et à grade égal l'autorité appartient à l'officier le plus ancien du grade. Or, voici quelles seraient les conséquences du système de la subordination : supposez que dans un hôpital, à Lille, à Lyon ou à Marseille, le médecin en chef soit médecin-major de première classe, qui est assimilé au grade de chef de bataillon, et que le pharmacien en chef ait le grade de principal de deuxième classe assimilé au grade de lieutenant-colonel. Placerez-vous le lieutenant-colonel sous les ordres du commandant? La loi s'y oppose formellement. Que ferez-vous donc? Déplacerez-vous le pharmacien en chef, qui sera peut-être un ancien et honorable serviteur, chargé de campagnes et père de famille? Ce serait monstrueux.

« Il résulte des considérations que je viens de soumettre à l'Académie que, contrairement aux propositions de la commission, la pharmacie militaire ne doit pas être subordonnée à la médecine, et que les deux sections du corps de santé doivent continuer à être *séparées et indépendantes l'une de l'autre.* »

M. Poggiale en vient ensuite à la troisième partie de son discours. Pour établir que le corps de santé ne doit pas être autonome, il déclare que les médecins ne sauraient se passer du contrôle scientifique du pharmacien lorsqu'ils formulent leurs ordonnances; que sans l'intervention active des pharmaciens, plus instruits en posologie, ils pourraient journellement commettre des erreurs capables d'entraîner la mort de leurs malades. « Je vais, dit-il, en donner un exemple.....

Murmures nombreux.

M. CHAUFFARD. Ceci est de la dénonciation, et je m'étonne que M. Poggiale se serve de tels arguments.

M. LARREY. Ne voulant pas suivre M. Poggiale sur un terrain pareil, je m'abstiendrai de lui citer, comme je le pourrais à l'instant, des faits bien plus probants et bien plus déplorables d'erreurs pharmaceutiques.

M. BÉHIER. Il n'existe aucun corps dont tous les membres soient impeccables, mais si parfois des médecins ont commis quelque erreur de posologie, nous connaissons tous, nous avons tous ici eu l'occasion de constater des erreurs et des fautes pharmaceutiques, dont les conséquences ont été terribles et que nous pourrions rappeler si nous le voulions.

M. CHAUFFARD. Mais ce sont là des dénonciations qui ne devraient pas se produire dans le sein de l'Académie.

M. POGGIALE. Je renonce donc à insister sur ce point.

Après cet incident, M. Poggiale continue la lecture de la dernière partie de son discours, qu'il conclut ainsi :

« En résumé, les études longues et pénibles des pharmaciens militaires, les nombreuses organisations du service de santé depuis 1792, les services distingués que les pharmaciens ont rendus à l'armée depuis quatre-vingts ans, le contrôle scientifique indispensable des pharmaciens sur les prescriptions médicales, les accidents qui se produiraient si ce contrôle n'était pas exercé, les dangers, l'illégalité et l'injustice de la subordination, les avantages incontestables de l'organisation actuelle au point de vue du service et des malades; l'incompétence médicale dans les questions administratives et dans toutes celles qui sont relatives à l'approvisionnement, à la conservation et à l'emploi des médicaments, enfin, les difficultés du recrutement, tout démontre qu'il serait contraire à l'intérêt du service de donner aux médecins la direction des hôpitaux, et que les deux sections du corps de santé militaire doivent être séparées, parallèles et indépendantes l'une de l'autre sous l'autorité des officiers du commandement et le contrôle de l'intendance militaire. »

(1) *Iconog. ophthalm.*, § 808, p. 703.

M. FAUVEL demande la parole pour parler dans un sens contraire.

M. LE PRÉSIDENT. M. Boudet et d'autres sont inscrits.

M. FAUVEL. Il est probable que M. Boudet va représenter exactement les opinions de M. Poggiale. Il serait donc bon d'alterner et de me donner la parole, puisque je suis d'un avis contraire.

M. LE PRÉSIDENT. Je ne puis renverser l'ordre des inscriptions, d'autant plus qu'il y a encore, après M. Boudet, des orateurs inscrits pour parler dans le sens du rapport.

M. BOUDET développe à son tour les arguments déjà présentés par MM. Bussy et Poggiale, notamment en ce qui touche la difficulté qu'on éprouverait à recruter convenablement le corps des pharmaciens militaires si on leur infligeait une sorte de dégradation morale en les subordonnant aux médecins. Il se plaint qu'on aille chercher des modèles en Allemagne, en Prusse, alors que la France, pays d'initiative par excellence, doit rester le modèle de tous les autres pays.

M. LE PRÉSIDENT. M. le rapporteur a la parole.

M. FAUVEL. Je demande à être entendu avant M. le rapporteur, car j'ai quelques observations à faire sur le rapport.

M. LE PRÉSIDENT. Vous parlez donc contre le rapport?

M. FAUVEL. Ni *contre*, ni *pour*, mais *sur* le rapport.

M. LE PRÉSIDENT. M. Broca nous ayant averti qu'il devait s'absenter après cette séance, et l'heure étant déjà très-avancée...

Plusieurs voix. Il faut suivre l'ordre des inscriptions.

M. LE PRÉSIDENT. Le sentiment de l'Académie est qu'il convient de suivre l'ordre des inscriptions. Je donne donc la parole à M. Broca.

M. BROCA, passant en revue les arguments de MM. Bussy, Poggiale et Boudet, en trouve bien peu qui s'adressent aux conclusions de son rapport. Les pharmaciens se plaignent que nous voulions suivre l'exemple de la Prusse. Mais ce n'est pas la Prusse qui a créé le modèle qu'il s'agit pour nous d'imiter à notre tour. L'autonomie du corps de santé existait déjà depuis longtemps en Amérique et en Angleterre, lorsque la Prusse, en 1866, et l'Allemagne, en 1870, se rattachèrent à ce système. Bien d'autres pays, du reste, le firent comme eux, et plusieurs avant eux. L'Autriche, ainsi que le prouve une lettre du ministre de la guerre, lettre reçue après l'impression du rapport de la commission, avait organisé déjà, avant la Prusse, l'autonomie du corps de santé militaire, de telle sorte que maintenant toutes les nations avec lesquelles nos armées pourraient se trouver en contact ont fait exactement ce que la commission propose de faire aujourd'hui. L'Angleterre, la Belgique, la Hollande, l'Allemagne, l'Autriche, l'Italie, la Russie, la Turquie, ont, comme l'Amérique, organisé l'indépendance du corps des médecins militaires, sous les ordres desquels il a fallu placer, pour atteindre ce but, les pharmaciens chargés d'exécuter leurs prescriptions. Dans beaucoup de pays, les pharmaciens militaires sont si loin de posséder l'équivalence de grade qu'ils sont rejetés au quatrième ou cinquième rang.

La commission de l'Académie n'a rien proposé de semblable. Elle a, au contraire, émis le vœu que les pharmaciens militaires gardent leur hiérarchie actuelle, jusques et y compris le titre d'inspecteur, avec les assimilations correspondantes. En effet, le but de la commission n'est nullement d'abaisser le corps pharmaceutique, mais d'arriver à l'autonomie du corps de santé. Cette autonomie est une nécessité d'intérêt public; sans elle, les médecins militaires, paralysés, assistent, sans pouvoir les prévenir ou y porter remède, à de véritables désastres, comme en Crimée, lors du typhus. Les intérêts particuliers, les petites questions d'amour-propre doivent donc disparaître devant ce grand intérêt, qui est d'un ordre infiniment plus élevé. Voilà pourquoi la commission n'hésite pas à proposer de subordonner les pharmaciens aux médecins, puisque ceux-ci sont nécessairement appelés à recevoir la direction d'un corps de santé autonome.

M. LEGOUEST cède son tour de parole à M. Larrey.

M. LARREY. Au point où en est arrivée la question, je crois que l'Académie est suffisamment éclairée et que l'on peut procéder au vote. En effet, tous les arguments des pharmaciens sont inspirés par une préoccupation personnelle que nous aurions voulu écarter du débat. Comme l'a dit M. Broca, il ne s'agit pas d'abaisser les pharmaciens, mais d'assurer aux corps médical des armées une autonomie nécessaire. Les services médicinaux doivent être dirigés par des médecins, parce qu'eux seuls sont compétents. Les pharmaciens ont pour objet d'exécuter les ordonnances médicinales, mais non pas de les contrôler ou de les corriger en rien. Je n'insiste pas sur l'étrange prétention de M. Poggiale qui tendrait à donner aux pharmaciens le contrôle et peut-être la direction des traitements médicinaux. Je ne m'arrêterai pas non plus à faire le parallèle des services rendus sur les champs de bataille par les médecins et les pharmaciens, de ce que représentent comme danger, comme fatigue, etc., les campagnes des uns et des autres. Il faut sortir des questions de personne pour en revenir au principe. Or, le principe quel est-il? C'est que l'intervention médicale, pour être pleinement efficace, doit être dirigée par des gens compétents. Tous les chirurgiens militaires savent combien souvent ils ont été gênés, paralysés, par des ordres venus d'officiers distingués sans doute, mais souverainement incompétents dans la question de médecine ou d'hygiène; ce que l'expérience a enseigné aux nations étrangères, comprenons-le nous mêmes. Ne restons pas à ce point de vue dans de vieux errements qui nous placent dans un état d'infériorité vraiment déplorable par rapport aux peuples qui nous entourent. Le rapport rend pleine justice aux mérites des pharmaciens, il conclut à ce que leurs grades leur soient conservés, il proclame seulement un principe qui domine tout. Votons donc les conclusions de ce rapport.

M. FAUVEL. Je voudrais parler sur cette question, mais attendu que l'heure est très-avancée, je demande à ne parler que dans la prochaine séance.

M. BÉHIER. Je demande la clôture de la discussion.

Plusieurs voix. Appuyé! appuyé!

M. FAUVEL. Alors je demande la parole contre la clôture.

M. LE PRÉSIDENT. Vous avez la parole contre la clôture.

M. FAUVEL. Messieurs, j'ai à dire des choses très-importantes, des choses que personne n'a dites. La question n'a pas jusqu'ici été considérée sous son véritable point de vue. D'ailleurs, il n'y a pas d'urgence, car le principe de l'autonomie des médecins peut être proclamé sans qu'on en arrive aux moyens d'exécution. Je n'ai pas l'habitude d'improviser; les considérations dans lesquelles je voudrais entrer gagneront à être écrites. L'Académie n'aura pas à se repentir de ce retard. Je la conjure de ne pas prononcer la clôture aujourd'hui.

A une majorité de 13 voix contre 12, l'Académie décide que la discussion continuera dans la séance ordinaire de mardi prochain.

La séance est levée à cinq heures quarante-cinq minutes.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 11 juillet 1873. — Présidence de M. BERNUTZ.

Discussion sur l'expectoration albumineuse.

M. HÉRARD, après les argumentations de MM. Moutard-Martin et Dujardin-Beaumetz en réponse à la communication de M. Féréol, et la leçon faite à l'Hôtel-Dieu par M. Béhier sur le même sujet, croyait la question jugée et n'aurait pas pris part à la discussion, si M. Woillez n'était venu soutenir de son autorité la théorie proposée par M. Féréol. Il se propose donc de combattre de nouveau cette théorie, de prouver qu'elle ne répond nullement à l'observation des faits et de démontrer l'existence de la congestion sanguine du poumon après la thoracentèse.

La physiologie, dit-il, a montré que, si l'on coupe le nerf pneumo-gastrique on détermine un œdème pulmonaire pouvant s'accompagner d'une expectoration albumineuse. Si, d'autre part, on interroge la Clinique, on voit qu'à la suite de certaines conges-

tions pulmonaires, dans le cours d'un asthme, par exemple, il peut survenir un œdème s'accompagnant d'exsudations ou de transsudations séro-albumineuses. Tout récemment encore, M. Revillout, dans la *Gazette des Hôpitaux*, en a rapporté un exemple très-probant.

D'autre part, depuis que l'on pratique la thoracentèse, ajoute M. Hérard, on se trouve dans des conditions nouvelles. Que se passe-t-il, en effet? Avant cette opération, le poumon, surtout si l'épanchement est considérable, se trouve très-réduit et est refoulé contre la colonne vertébrale; on ponctionne, on évacue le liquide épanché dans la plèvre; pendant que se fait cette évacuation, le poumon reprend son volume normal et vient de nouveau occuper l'espace qu'il remplissait avant la formation de l'épanchement; en même temps, l'air rentre précipitamment dans les bronches, le sang afflue de son côté et il en résulte une véritable congestion, à la suite de laquelle on a vu se produire des hémoptysies; Legroux en a rapporté des exemples. Mais sans même aller jusqu'à produire une hémoptysie, ne comprend-on pas que cette congestion puisse déterminer une exsudation de la partie séreuse du sang? car ce serait une profonde erreur de croire qu'il n'y a que les séreuses qui puissent sécréter du sérum ou de la sérosité. Ce fait d'ailleurs ne saurait plus être mis en doute, si on démontrait la parfaite identité de ce sérum ainsi exsudé ou transsudé avec le sérum du sang. Toutefois, il y a des différences considérables dans la quantité d'albumine que contient le liquide expectoré, et M. Hérard s'explique jusqu'à un certain point l'idée d'ailleurs très-ingénieuse conçue par M. Féréol, mais il ne comprend pas que devant cette explication rationnelle fournie par la congestion, M. Féréol n'abandonne pas aussitôt cette idée. Il paraît incontestable, en effet, que les choses se passent ainsi, et, pour s'en convaincre, ajoute M. Hérard, il suffit d'ausculter aussitôt après que l'on a pratiqué la thoracentèse; non-seulement on entend l'air circuler dans toute l'étendue du poumon, mais on perçoit aussi tous les signes de la congestion.

M. Hérard en déduit, en passant, cette conclusion, qu'il est indiqué de pratiquer la thoracentèse en plusieurs fois et de ne jamais évacuer complétement le liquide dans une seule séance, afin d'éviter autant que possible ces congestions.

La congestion sanguine du poumon consécutive à la thoracentèse est donc, suivant M. Hérard, un fait indéniable, démontré d'ailleurs non-seulement par l'observation clinique, mais aussi par le microscope.

Enfin, on en trouve une nouvelle preuve dans ce fait que les signes de la congestion disparaissent quand le liquide de l'épanchement se reproduit. C'est donc là la seule explication possible de l'expectoration albumineuse, et l'on ne saurait admettre « que les épanchements séreux peuvent s'ouvrir spontanément dans les bronches par une sorte de filtration des liquides, par une sorte de feutrage, etc.... »

Personne ici, ajoute M. Hérard, ne peut dire qu'il a vu une pleurésie séreuse, même très-abondante, s'ouvrir dans les bronches. En supposant que le fait fût possible, il faudrait admettre qu'il est au moins tout à fait exceptionnel. D'autre part, on voudrait donc que cette perforation se produisît plusieurs fois sur le même individu, alors même qu'il n'y aurait plus de pression, et par conséquent plus de motif d'ulcération, de destruction.

M. Hérard n'admet pas davantage que la perforation puisse avoir lieu sans déterminer de l'hydro-pneumo-thorax. Enfin, dans l'observation rapportée par M. Dujardin-Beaumetz, où il y avait eu perforation suivie d'hydro-pneumo-thorax, l'examen des liquides a montré que le liquide expectoré n'était pas le même que le liquide extrait de la plèvre par la ponction.

Quant aux autres observations qui ont été produites, dans toutes il y avait une bien trop grande quantité de liquide pour que le poumon pût être blessé. En outre, tous les médecins s'accordent à reconnaître que, pendant une heure et plus après la thoracentèse, les malades ressentent un calme qui ne serait pas admissible dans le cas où il y aurait une perforation. Devant de pareilles preuves, il paraît impossible à M. Hérard que M. Féréol n'abandonne pas sa théorie. Quant à M. Woillez, dit-il en terminant, il est bien près de revenir parmi nous, car il semble difficile qu'après ses beaux travaux sur la congestion pulmonaire, il n'accepte pas l'explication que nous donnons de l'expectoration albumineuse.

M. DESNOS, dans une lettre dont M. le secrétaire général donne lecture à la Société, reconnaît, avec M. Woillez, qu'il est souvent impossible de trouver sur le cadavre les traces d'une piqûre du poumon. Il ne conteste pas la possibilité d'atteindre le poumon dans une opération, mais cela ne saurait justifier, selon lui, la théorie de l'existence d'une perforation pulmonaire par le trocart, en rapport avec l'expectoration albumineuse consécutive à la thoracentèse.

M. Desnos explique la présence de gaz dans les liquides extraits de la plèvre, au moyen des appareils aspirateurs, par l'action du vide sur les gaz maintenus en dissolution dans le sang ou dans le sérum de la plèvre, par la pression intra-vasculaire ou intra-pleurale, et la présence de la mousse dans la thoracentèse avec aspiration ne présente rien que de fort ordinaire et ne prouve nullement le traumatisme du poumon. Si, faisant le vide avec une seringue aspiratrice dans une bouteille d'eau, on n'obtient pas toujours de bulles d'air à la surface du liquide, cela tient à ce que le sang ou le sérum de l'épanchement contiennent beaucoup plus de gaz apportés du dehors par l'appareil respiratoire et du dedans par les échanges chimiques qui se font dans la trame des tissus que n'en contient l'eau commune contenue dans la bouteille. La généralisation de ce phénomène pendant l'évacuation de cavités closes éloignées du poumon paraît aujourd'hui un fait accompli, et M. Desnos en donne un exemple dans lequel il s'agit de la ponction d'un kyste hydatique du foie non suppuré, ne communiquant ni avec le poumon, ni avec l'intestin.

En outre, fait observer M. Desnos, quand on a blessé le poumon, le malade crache du sang, ce qui n'a rien de commun avec l'expectoration sanguinolente qui accompagne parfois quelques quintes de toux et qui s'explique par le raptus sanguin se produisant en même temps que la toux dans un poumon très-vascularisé.

Quand le poumon a été blessé, il y a une véritable hémoptysie, qui est loin d'être toujours favorable, comme on l'a prétendu, et qui, au contraire, s'accompagne parfois d'accidents terribles. Or, dans aucune observation d'expectoration n'a été signalée cette hémoptysie du fait de l'opération.

Enfin, dit M. Desnos, M. Woillez invoque la différence de composition, au point de vue de la quantité d'albumine, entre le liquide expectoré par le fait d'une simple congestion pulmonaire qui en renfermerait fort peu et le liquide beaucoup plus riche de cette matière protéique que rendent quelques malades à la suite de la ponction et croit trouver là la démonstration que l'expectoration albumineuse a sa source dans le liquide pleural faisant irruption dans les bronches à travers une perforation traumatique du poumon. Aujourd'hui, M. Woillez ne saurait plus revenir à cet argument, et M. Desnos n'en veut pour preuve que l'observation publiée par M. Revillout (voir *Gazette des Hôpitaux*, numéro du 5 juillet 1873), où il s'agit d'un asthmatique expectorant par accès un liquide très-chargé d'albumine; d'autre part, dans une observation de la clinique médicale de Bordeaux, le liquide expectoré à la suite de la thoracentèse contenait deux fois plus d'albumine que le liquide pleural, ce qui d'ailleurs s'explique facilement par le fait de la simple congestion.

M. Desnos conclut que si on ne peut nier la blessure du poumon dans la thoracentèse, rien ne démontre qu'elle soit la source de l'expectoration albumineuse. Celle-ci, dit-il en terminant, est le résultat d'une congestion pulmonaire dont il est facile de saisir le mécanisme.

(*A suivre.*)

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Par décret du Président de la République, rendu le 15 juillet 1873, sur la proposition du vice-amiral ministre de la marine et des

colonies, ont été promus et nommés dans l'ordre national de la Légion d'honneur les médecins et pharmaciens de marine dont les noms suivent, savoir :

Au grade d'officier : Lacroix (Augustin-Armand), médecin principal de la marine.

Au grade de chevalier : Foucaud (Alfred), médecin de 1re classe de la marine.

Chaze (Ernest-Jean-Baptiste), pharmacien de 1re classe de la marine.

Forné (Fortuné-Jacques-Michel), médecin de 1re classe de la marine.

Audouit (Paul-Edmond-Volcy), médecin de 1re classe de la marine.

Quétand (Alfred-Antoine-Ernest), médecin de 1re classe de la marine.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Malice, rudesse, dureté de quelques hommes de l'art envers leurs malades, par le docteur Charles Ravel, médecin de l'hôtel-dieu de Cavaillon. Broch. gr. in-8° de 52 pages. Tarascon, 1873, impr. A. Aubanel.

Du traitement, par l'acide phénique, des maladies à ferments, (croup, fièvre typhoïde, variole, péritonite, etc.), par le docteur Déclat. — Prix : 2 francs. — Delahaye, éditeur.

Le Directeur : Dr E. Le Sourd.

Paris. — Typographie A. Pougin, quai Voltaire, 13.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Bureaux : 57, rue des Saints-Pères, 57
PRÈS L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix d'abonnement doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois

On s'abonne hors de Paris dans les bureaux des Messageries et chez les Libraires
Les lettres non affranchies sont refusées.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui n'en peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS		POUR L'ÉTRANGER
Trois mois	8 fr. 50 c.	le port en sus suivant les derniers tarifs des Postes.
Six mois	16 —	
Un an	30 —	

REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE

Médecine pratique. — Les névralgies intercostales dans l'embarras gastrique.

L'association de phénomènes sur laquelle je viens aujourd'hui appeler l'attention des médecins praticiens s'est présentée à mon examen comme une règle très-générale pendant le cours de cette année dans ma pratique personnelle, et je l'ai récemment retrouvée et montrée à la Charité dans les services de MM. Bouchard et Cornil sur les seuls malades qui, à ce moment, y fussent atteints d'embarras gastrique.

Le premier fait qui m'amena à étudier ce point de pratique remonte à l'automne dernier.

Dans un grand établissement dont je suis le médecin, je fus consulté par un jeune homme, qui se plaignait d'une douleur vive un peu au-dessous du mamelon droit et se croyait atteint sans doute de quelque affection pulmonaire.

Je commençai par ausculter avec le plus grand soin. La poitrine, partout sonore à la percussion, n'offrait nulle part la moindre modification des bruits respiratoires. Le murmure vésiculaire s'entendait aussi bien d'un côté que de l'autre, la voix avait le même timbre, les vibrations thoraciques n'étaient ni diminuées, ni exagérées. Il n'y avait pas de toux. En un mot, rien ne pouvait faire supposer la moindre atteinte du poumon, même à l'état de congestion réelle, pas plus que la moindre pleurésie.

Mais la langue était blanche, chargée, et j'appris que depuis deux jours, il y avait défaut absolu d'appétit avec tendance à la nausée; la constipation était absolue. Le malade se plaignait, en outre, de mal de tête et disait avoir eu la veille de la fièvre, surtout l'après-midi. Le pouls était à peine accéléré et la peau très-peu chaude lors de mon examen, qui avait lieu le matin.

J'en reviens au point douloureux, qui rendait les grands mouvements respiratoires assez pénibles.

Le foyer principal de douleur spontanée était situé dans le septième espace intercostal du côté gauche, un peu en dedans d'une ligne verticale tirée depuis le mamelon, mais en outre, tout le long de ce septième espace intercostal et vers le creux épigastrique, suivant la même direction, il existait à la pression une sensibilité assez accusée, qui devenait une douleur vive lorsque l'on pressait à ce niveau près des apophyses épineuses, dans la gouttière vertébrale.

Le diagnostic me parut donc très-clair : embarras gastrique compliqué de névralgie intercostale du côté gauche, sans qu'il y eût lieu d'admettre une congestion pulmonaire, comme M. Woillez l'aurait fait en pareil cas.

En conséquence, je traitai l'embarras gastrique par les vomitifs, et, pour combattre la névralgie intercostale, je me bornai à faire appliquer, tout le long de l'espace intercostal, un morceau de sparadrap préparé comme il suit :

Oliban	3 grammes.
Benjoin.	50 centigr.
Succinate d'ammoniaque. . . .	25 —

Réduisez en poudre impalpable et incorporez dans un morceau de sparadrap de 35 centimètres de long, en étendant une mince couche de cette poudre sur la surface du sparadrap, chauffant légèrement, étendant une nouvelle couche, chauffant de nouveau, et ainsi de suite, de manière à conserver une surface parfaitement unie.

Ce moyen me réussit souvent contre des névralgies qui ne sont pas très-tenaces, et il en fut ainsi chez le malade en question.

J'avais donc traité isolément l'embarras gastrique et la névralgie intercostale ; mais je commençais à me demander s'il n'y avait entre eux qu'une simple coïncidence de hasard lorsque toute une série de faits du même genre qui se présentèrent à moi dans l'espace de quelques semaines et dans la même infirmerie me prouva que, cette année du moins, la coïncidence était de règle et par conséquent ne pouvait être considérée comme fortuite.

Les jeunes gens qui vinrent depuis lors sous mon observation pour des troubles gastriques furent, dans cette maison seulement, au nombre de quarante-trois. Plusieurs, comme le premier, étaient surtout préoccupés de la douleur intercostale ; d'autres s'en plaignaient beaucoup moins ou s'en rendaient moins compte et en souffraient fort peu en l'absence de toute pression, car cette névralgie variait d'intensité de l'une à l'autre, ainsi du reste que l'embarras gastrique qui, chez plusieurs d'entre eux, était complétement apyrétique et répondait certainement mieux au mot de gastralgie qu'à celui de *gastrite*, même *catarrhale*.

Il y eut donc des degrés divers dans les phénomènes gastriques et dans la névralgie concomitante ; mais dans tous les cas sans exception, chez ces jeunes gens, je constatai à la pression,

dans un des espaces intercostaux, rarement à la fois dans deux espaces voisins, une névralgie accompagnant les phénomènes gastriques.

Quarante et une fois cette névralgie siégeait à gauche et deux fois à droite.

Le plus souvent elle occupait le septième espace intercostal, plus rarement le huitième, le neuvième, ou le sixième.

Les cas de ce genre s'étaient succédé assez rapidement à une certaine époque, ce qui tenait surtout au régime alimentaire. Aussi les infirmiers en étaient-ils venus à savoir où chercher les points particulièrement sensibles : en arrière dans la gouttière vertébrale, puis plus en dehors, vers l'angle des côtes, et enfin en avant, non loin de l'insertion chondrocostale.

En dehors de cette maison, j'observai dans ma clientèle un assez grand nombre de cas semblables, tant sur des femmes que sur des hommes, et à divers âges.

Chez les femmes, on pouvait toujours se demander s'il ne s'agissait pas d'une de ces névralgies si fréquentes de l'hystéricisme, d'autant plus que ces névralgies siégent aussi le plus souvent à gauche.

Mais chez ce nombre considérable de jeunes gens et d'hommes de tout âge, chez les malades du service de M. Bouchard, etc., l'hystéricisme ne peut plus être mis en cause.

Il faut donc faire entrer dans la nosologie cette notion que, sous une même influence les fonctions digestives peuvent être troublées et certains nerfs intercostaux devenir le siége de névralgies.

Ceci doit-il étonner ? Nullement.

Chacun sait combien sont fréquentes les névralgies lombo-abdominales dans les maladies de l'utérus ; combien aussi, ce que l'on nomme les *maux de reins* dans les affections un peu étendues des organes génitaux chez l'homme, au début d'une blennorrhagie, par exemple.

Ces faits ne sont pas isolés.

A chaque maladie interne, surtout quand elle est d'un caractère aigu, vient parfois correspondre une névralgie extérieure d'une région spéciale.

Nous aurons, du reste, à revenir sur ce sujet.

Mais, avant de terminer, je dois dire que je crois aux constitutions épidémiques, à la fréquence plus grande telle année que telle autre de certaines associations de phénomènes pathologiques, à l'accentuation prédominante de certains symptômes sous des influences encore mal déterminées, mais qui se font sentir d'une manière générale.

Je me borne donc à constater qu'à Paris, cette année, sous mon observation, dans un nombre de cas déjà considérable, les embarras gastriques se sont toujours accompagnés de névralgies intercostales.

Maintenant, il faudrait observer dans un autre milieu et dans un autre temps.

Dr Victor Revillout.

Le sulfate de quinine est-il doué de propriétés abortives ?

Par M. César Bazin (de Corbeille-en-Gâtinais).

I. D'après de récents travaux publiés dans les recueils américains, le sulfate de quinine serait doué d'une puissance excito-motrice agissant sur l'utérus, et, à ce titre, son administration chez les femmes enceintes ne serait pas sans danger.

Le docteur Montiverdi (*in Nuova Liguria medica*), et bien avant lui, le docteur Petitjean (*in Revue médicale*, octobre 1845), avaient remarqué que le sulfate de quinine, prescrit contre les fièvres intermittentes, amenait fréquemment l'avortement. Il en serait d'ailleurs ainsi de toutes les préparations de quinquina et notamment du vin.

Le docteur Watelle père, membre de la Société médicale de Douai, relève ces faits dans un article publié par l'*Union médicale* (1872, nº 143. *Du traitement de la pneumonie pendant la grossesse*), et il conclut « qu'il y aura prudence à éviter dorénavant autant que possible, et si quelque correctif n'est trouvé, l'usage des médicaments quiniques pendant la durée de l'état de grossesse. »

En raison des indications parfois si pressantes qui peuvent, même dans l'état de grossesse, imposer l'administration du sulfate de quinine, il importe extrêmement d'être fixé à l'égard de la nocuité ou de l'innocuité de cette substance donnée dans ces conditions spéciales.

II. Pratiquant la médecine dans des localités où les fièvres paludéennes sont endémiques (marais de Sceaux et les environs), j'ai été souvent à même de traiter des fièvres intermittentes chez des femmes enceintes ; j'ai toujours recouru au sulfate de quinine, et voici un tableau résumant quelques cas sur lesquels je possède des renseignements précis :

1er cas. — Fièvres intermittentes au premier mois de la grossesse. Traitement : sulfate de quinine, 50 centigrammes pendant trois jours.

2e cas. — Fièvres intermittentes au premier mois, récidivant au deuxième, et traitées chaque fois comme dans le cas précédent.

3e cas. — Céphalalgie tierce, au deuxième mois, traitée comme plus haut.

4e cas. — Fièvres intermittentes au deuxième mois; même traitement.

5e cas. — Semblable au quatrième.

6e cas. — Migraine périodique au deuxième mois; sulfate de quinine, 1 gramme en deux jours.

7e cas. — Fièvres intermittentes récidivant au bout de douze jours, au deuxième mois; même traitement chaque fois que dans le premier cas.

8e cas. — Fièvres intermittentes au quatrième mois. — Même traitement.

9e cas. — Semblable au précédent.

10e cas. — Fièvres intermittentes au cinquième mois. — Même traitement.

11e cas. — Pleurésie aiguë avec épanchement considérable, compliquée de fièvres d'accès, au sixième mois; sulfate de quinine, 50 centigrammes pendant quatre jours. — Récidives des accès de fièvre au huitième et au neuvième mois, cinq ou six jours avant l'accouchement; même traitement à chaque récidive.

12e cas. — Fièvres intermittentes au septième mois; sulfate de quinine, comme dans le premier cas.

13e cas. — Attaque subite d'aphasie au septième mois. Craignant un accès de fièvre pernicieuse revêtant ce caractère insolite, j'administrai 1 gramme de sulfate de quinine dans les vingt-quatre heures.

14e cas. — Fièvres intermittentes au septième mois, récidivant au huitième. Traitement du premier cas.

15e cas. — Névralgie faciale intermittente, très-douloureuse au huitième mois. — Trois doses de 50 centigrammes de sulfate de quinine.

16e cas. — Fièvres intermittentes au huitième mois. — Même traitement.

Dans tous ces cas, les malades ont guéri.

On voit par ce tableau que j'ai employé le sulfate de quinine à toutes les époques de la gestation, tout à fait à son début (Obs. 1re, 2e, 3e, 4e) et tout près de son terme (Obs. 11e). L'accouchement n'a jamais été avancé par le fait du traitement. Ces seize observations ne représentent qu'une partie des cas que j'ai traités. N'ayant pas conservé des notes sur les autres, je n'ai pas voulu les introduire dans ce travail; je dirai seulement, d'une manière générale, que, dans ces cas non plus, je n'ai constaté d'accidents attribuables au sulfate de quinine.

Quant au vin de quinquina, je l'ai prescrit maintes fois dans les mêmes circonstances, sans avoir rien eu à relever à sa charge.

III. Je ne prétends pas nier que le sulfate de quinine possède une puissance excito-motrice sur l'utérus. S'il est vrai que cette puissance soit démontrée par l'observation et l'expérimentation, le fait n'est pas contradictoire avec ce que nous savons du mode d'action du sulfate de quinine. Je ferai observer seulement que, chez la femme, les contractions provoquées par cette substance me semblent assez difficiles à constater, si, comme l'avancent les auteurs qui ont traité cette question, *ces contractions sont indolores*.

Si l'on cherche un point de comparaison dans ce que nous savons de l'ergot de seigle, substance très-étudiée, on sera tenté d'être encore plus réservé dans un semblable jugement. « L'influence de l'ergot n'est pas douteuse quand on se propose de rendre plus énergiques des contractions faibles et languissantes; mais *rien ne prouve d'une manière décisive qu'il soit propre à faire naître des contractions qui n'existaient pas.* » (Cazeaux.)

Mais ces contractions que l'ergot, et plus encore le sulfate de quinine, sont incapables de provoquer, certains états pathologiques les déterminent fréquemment. On sait que le choléra, les fièvres éruptives, la pneumonie, les *fièvres intermittentes* peuvent amener l'accouchement prématuré et l'avortement.

Or, comme c'est surtout dans les cas de fièvres intermittentes que le sulfate de quinine et les préparations de quinine trouvent leur indication la plus fréquente, on voit immédiatement l'erreur à laquelle cette coïncidence peut donner lieu. Par une de ces applications si communes du *post hoc ergo propter hoc*, on charge le remède de ce qui doit être imputé au mal. Pour qu'on fût en droit d'incriminer le sel quinique, il faudrait qu'il eût produit des accidents abortifs ne pouvant être attribués dûment à une autre cause, autrement l'accusation est sans fondement. Il est sous-entendu d'ailleurs qu'on se tiendra, pour l'administration des préparations quiniques aux femmes enceintes, dans les limites des doses modérées vraiment thérapeutiques. Je ne sais ce que pourraient, dans l'état de gestation, produire des doses exagérées et quasi-toxiques.

IV. On ne doit qu'à bon escient se résoudre à l'abandon d'un moyen aussi précieux que l'est le sulfate de quinine. Il sauve la vie des malades dans les cas de fièvres pernicieuses, et, dans d'autres cas, les névralgies périodiques, par exemple, il procure un soulagement inestimable, et nul autre moyen ne peut lui suppléer.

Il n'est pas sage de faire naître, par des assertions insuffisamment justifiées dans l'esprit du praticien, des scrupules qui le rendront inquiet, indécis, hésitant.

Cazeaux, s'appuyant sur sa pratique et celle de quelques médecins ayant exercé dans des localités paludéennes, exprimait ainsi son opinion : « C'est à la maladie elle-même et non au médicament qu'il faut attribuer les fausses couches reprochées au sulfate de quinine; non seulement c'est un médicament innocent, mais c'est le moyen préventif le plus sûr quand l'avortement est rendu imminent par le fait de la fièvre. » (Cazeaux, 5e édition, p. 366.)

Cette conclusion est la seule qui me paraisse justifiée par les faits.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 21 mai 1873. — Présidence de M. MAURICE PERRIN, vice-président.

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

CORRESPONDANCE

La correspondance comprend :

La *Gazette des Hôpitaux*; — l'*Union médicale*; — la *Gazette hebdomadaire*; — la *Gazette obstétricale*; — le *Mouvement médical*; — la *France médicale*; — la *Tribune médicale*; — le *Bulletin de thérapeutique*; — le *Montpellier médical*; — le *Bulletin médical du nord*; — le *Compte rendu médical des ambulances de Savoie*.

M. DUPLAY offre à la Société un mémoire imprimé *sur l'ulcère perforant du pied*, par MM. Duplay et Morat.

M. BITOT (de Bordeaux), candidat au titre de membre correspondant national, adresse les travaux suivants : *Des tubercules du cervelet.* — *Note sur un nouveau moyen de contention de la luxation sus-acromiale de la clavicule.* — *Lésion conjonctivale non encore décrite.* — *Deux observations de plaies des doigts.* — *Décollement traumatique de l'épiphyse supérieure de l'humérus.* — *Désarticulation médio-tarsienne avec conservation du scaphoïde et section du tendon d'Achille.* — *De l'emploi du perchlorure de fer contre l'affection cancéreuse.* — *Essai sur l'aplasie lamineuse progressive*, par M. Louis Lande.

M. PHILIPPE (de Saint-Mandé), candidat au titre de membre correspondant national, adresse les travaux imprimés suivants : *Considérations sur la téno-myotomie.* — *D'un nouvel emploi des serres-fines comme moyen de diérèse.* — *D'un nouveau procédé de l'opération de l'ectropion cicatriciel.*

M. RIPOLL (de Toulouse), candidat au titre de membre correspondant, adresse un travail imprimé intitulé : *Infection purulente. Guérison par le sulfate de quinine.*

M. DUPLAY rappelle un cas de mort à la suite d'une ponction du genou pour une hydarthrose chronique, faite avec l'appareil de M. Dieulafoy. La mort survint le huitième jour, causée par une arthrite suppurée. Ce fait a été publié dans *Medical Record* de janvier 1873 et reproduit dans la *Gazette hebdomadaire* du mois d'avril suivant.

M. CHASSAIGNAC fait la lecture suivante sur les divers modes d'extraction de la cataracte :

Toute opération d'extraction qui n'a pas pour effet d'amener la sortie du cristallin, au maximum de facilité, est une mauvaise méthode d'opération de la cataracte.

Toute méthode qui néglige les moyens de traitement propres à protéger l'organe opéré, et à combattre énergiquement les phlegmasies consécutives ou à les prévenir, est une méthode incomplète, qui compromet volontairement le succès de l'opération. Les moyens les plus rationnels, à ce point de vue, sont la cuirasse emplastique, la glace, et plus tard l'hydrothérapie oculaire.

Les deux grandes indications se résument en ceci : issue facile du cristallin; extinction préventive et soutenue des phlegmasies oculaires.

Puis, comme indications opératoires dans leur détail, prévenir les difficultés qui peuvent se trouver à l'ouverture de la cornée, prévenir les difficultés pupillaires, celles qui se trouvent à la sortie à travers l'iris.

Les deux genres d'écueils contre lesquels peut se heurter l'effort chirurgical sont :

1° Les difficultés cornéales; 2° les difficultés iridiennes.

Les difficultés cornéales sont vaincues par une incision suffisamment larges.

Les difficultés iridiennes sont écartées quand on obtient le passage facile du cristallin à travers la pupille, ce qui a lieu quand la capsule cristalline est ouverte *en même temps* que la cornée, ou *préalablement* à l'ouverture de la cornée.

La méthode de Daviel est supérieure à toutes celles qui ont été proposées jusqu'ici; elle donne satisfaction complète à l'indication cornéale; n'est nullement incompatible avec la section simultanée de la cornée et de la cristalloïde antérieure, ce qui, pour nous, est le dernier terme de la perfection opératoire en pareil sujet, et donne des résultats toujours certains.

Ce serait toutefois exagérer la valeur de la méthode de Daviel, que de méconnaître que, quand elle n'atteint pas au degré de perfection d'exécution qui vient d'être indiqué, elle laisse un desideratum très-sérieux, car elle ne fait rien contre les difficultés iridiennes, autrement dit, contre le resserrement pupillaire, qui a pour conséquence : 1° une ouverture qui se fait mal à la capsule cristalline; 2° une sortie difficile du cristallin à travers la pupille contractée.

Tant qu'a duré mon enseignement à l'École pratique et dans le

hôpitaux, j'ai constamment protesté, par mes actes et mes paroles, en faveur de la méthode de Daviel, et quand je suis à même de fournir les témoignages écrits de ma conviction et de mes efforts, je ne comprends pas pourquoi on voudrait les tenir comme non avenus.

A cette opération si bien conçue, si nette, si franche, satisfaisant au plus haut degré l'indication, ou si l'on veut le désidératum chirurgical, on voulut substituer quelque chose de nouveau, le procédé linéaire. Mais que de déceptions! On s'est bien vite aperçu qu'avec une incision scléroticale, on fait une opération d'extraction qui n'extrait pas, ou comme on l'a dit d'une manière humoristique, qui extrait tout, excepté le cristallin.

Tel a été le résultat de cette habitude singulière d'aller en toute chose chercher son mot d'ordre à Berlin.

A peine l'incision sans lambeau entrait-elle dans la pratique, qu'on reconnut très-promptement qu'elle avait besoin d'un correctif obligatoire, l'iridectomie.

Comprenez-vous qu'on fasse une opération pour lui infliger, séance tenante, un redressement par emploi d'une deuxième opération.

Je n'admets pas, pour mon compte, les chiffres qui ont été donnés comme établissant le bilan de la méthode de Daviel, et je demande, avant tout, qu'on fasse connaître le chirurgien dont la pratique a servi de base à ces chiffres. Plusieurs de ceux qui ont jugé défavorablement la méthode de Daviel ne l'ont pratiquée que d'une manière très-défectueuse. Dans l'impossibilité reconnue de faire quelque fond sur ces statistiques suspectes, ou tout au moins très-discutables, je déclare que la méthode de Daviel n'a aucune infériorité à l'égard de la méthode allemande avec ses innombrables dérivés, et qu'aidée de quelques perfectionnements décrits et publiés, elle lui est réellement supérieure.

Si les démonstrations chiffrées ont été rendues sans valeur par le mauvais usage qu'on en a fait, ce n'est pas notre faute; la tradition rationnelle devient notre guide et nous la préférons.

La méthode que je mets en pratique depuis longtemps déjà pour le traitement opératoire de la cataracte, peut se résumer en un certain nombre de propositions, dans le développement desquelles je n'entrerai que si cela devient nécessaire pour les besoins directs de l'exposition et de la discussion.

I. Dans tous les procédés d'opération de la cataracte par le procédé de l'extraction, l'emploi du chloroforme est général et sans exception.

Le chloroforme ne réalise sa complète et salutaire utilité qu'autant qu'on établit par son secours l'état qui a été désigné et décrit sous le nom de *tolérance anesthésique* (*Moniteur des hôpitaux* et *Traité des opérations*, t. Ier, p. 3).

Quelques personnes se sont méprises sur le but qu'on doit se proposer dans l'emploi du chloroforme, pendant l'extraction. Elles ont pensé qu'on avait en vue le désir d'éviter aux malades la douleur qui, pour certains sujets exceptionnels, peut, en effet, être très-vive et provoquer quelques manifestations spasmodiques; mais le véritable but n'est pas là.

La pratique de l'extraction est avant tout une question de sûreté opératoire, une question d'exactitude en quelque sorte mathématique et rigoureuse; il n'en faut pas exclure l'habileté manuelle, mais s'en servir surtout comme instrument de précision.

N'est-ce pas aller à l'encontre de toute bonne médecine opératoire, que de ne pas comprendre que l'immobilisation d'un organe sur lequel on pratique une opération délicate est une condition absolue et forcée du manuel de l'opération?

Toutes les fois que j'ai opéré dans ces conditions, j'ai fait nettement et correctement ce que je voulais faire.

II. Dans toutes les opérations de cataracte, l'emploi du dilatateur de Snowden a été adopté par nous comme constituant le moyen à préférer pour la mise à découvert de la portion du globe qui doit rester en permanence sous les yeux du chirurgien. Tout ophthalmostat exerçant une pression sur le globe de l'œil doit être rejeté d'une manière absolue.

III. L'ophthalmite phlegmoneuse et le défaut de coaptation du lambeau cornéal, qu'on a imputés à tort à la méthode de Daviel, sont presque toujours prévenus par l'emploi d'un bon mode de pansement, qui, d'après notre manière de voir, constitue un des points essentiels du traitement.

Il ne faudrait pas prendre à la lettre le dicton plus ou moins textuel du grand et bon A. Paré : *je t'ai opéré, Dieu te guérisse!* Les soins attentifs du chirurgien doivent, dans cette affaire, être la première providence du malade. Les accidents signalés par M. Notta, et connus du reste de tous les chirurgiens, viennent prouver la haute utilité d'un pansement efficacement protecteur.

Le pansement auquel nous avons eu constamment recours, est constitué par l'occlusion des paupières au moyen d'une cuirasse de sparadrap, recouverte elle-même de sacs de baudruche remplis de glace.

Autre chose est la blessure d'un iris débridé, autre chose la blessure d'un iris muni de toute son irritabilité contractile et spéciale.

Chaque jour, cette cuirasse est enlevée pendant quelques instants, pour laver avec un linge fin la surface et le bord libre des paupières, en couchant les cils vers la tempe.

On a singulièrement exagéré l'influence fâcheuse que pouvait avoir l'accès des rayons lumineux sur un œil récemment opéré de la cataracte. Ce n'est pas là qu'il faut chercher la cause de ces phlegmasies violentes, de ces iritis qui viennent compromettre le résultat de l'opération.

L'iritis est bien plutôt la conséquence des violences opératoires dont le diaphragme oculaire a été l'objet dans l'exécution du procédé.

Mais alors même qu'il y aurait quelques inconvénients à mettre ainsi chaque fois à découvert l'œil opéré, ces inconvénients ne sont rien auprès de ceux qui peuvent résulter de l'ignorance fâcheuse dans laquelle reste le chirurgien à l'égard de certaines circonstances, qui succèdent parfois à l'opération, et dont il est, pour lui, de la plus haute importance d'être averti à temps.

Ainsi, par cette mise à découvert de l'œil à un jour très-doux, il peut :

1° Apprécier le degré d'intensité de l'inflammation oculaire, ce qui lui donne la mesure du degré d'énergie avec lequel il doit la combattre;

2° Savoir si les paupières agglutinées à leur bord libre ne causent pas une rétention de mucosités, purulentes et non purulentes, à l'intérieur de la conjonctive, ce qui peut avoir une mauvaise influence sur le lambeau de la cornée;

3° S'assurer si quelques cils renversés, à la manière de l'entropion, ne viennent pas irriter la surface de la cornée et de la conjonctive;

4° Reconnaître, enfin, si le bord de la paupière inférieure ne vient pas s'insinuer entre les lèvres de la plaie cornéale.

Tout cela, en effet, peut compromettre le résultat de l'opération la mieux faite, et il est d'autant plus important d'être averti à temps de ces complications, qu'il n'en est pas une à laquelle on ne puisse efficacement remédier.

Les moyens d'obtenir une grande dilatation de la pupille, avant l'opération, doivent être de la part du chirurgien l'objet d'une attention particulière; il doit les connaître dans leur valeur relative, dans leur degré de puissance mydriatique, et jusque dans leurs dangers.

Ce qui manque encore dans la pratique, c'est l'usage d'un dilatateur pupillaire à effet stable et continu, non-seulement avant l'opération, là-dessus on n'a rien à désirer, mais au moment où la cornée étant ouverte, l'humeur aqueuse vient de s'écouler.

J'ai publié le résultat de mes recherches sur ce sujet (*Gaz. des hôpit.*, 15 septembre 1853; *Recherches sur l'anesthésie oculaire*, publiées, en 1853, dans le *Moniteur des hôpit.*, et dans une brochure portant pour titre : *Recherches cliniques sur le chloroforme*, chap. IV; Société de chirurgie, séance du 17 mars 1845, publiée dans la *Gazette des hôpitaux*, numéro du 1er avril 1845; *Traité des opérations*, t. II, p. 423 et 424).

IV. Dans toutes les opérations de cataracte, il y a un avantage réel à placer le malade dans le décubitus horizontal, sur une table solide, non recouverte de matelas ou de substances rebondissantes, mais revêtue d'une simple couverture de laine, pliée en quatre, ou d'un drap.

V. L'extraction de la cataracte, à travers une incision de la cornée, serait sans aucun doute préférée à tous les autres modes opératoires, si l'on parvenait à réaliser deux conditions qui, malheureusement, font trop souvent défaut dans la pratique générale. Ces conditions sont :

1° Une exécution irréprochable dans le manuel opératoire ;

2° Un avortement constant des phénomènes inflammatoires qui succèdent à l'opération.

VI. Si l'on arrive un jour à faire entrer dans le domaine usuel et accessible à tous les chirurgiens cette double condition, on aura réalisé l'un des plus difficiles problèmes de la chirurgie oculaire ; on aura réglé d'une façon définitive la grande question de la valeur comparative de l'abaissement et de l'extraction ; on aura singulièrement accru la puissance du chirurgien dans le traitement opératoire de la cataracte.

VII. Il faut donc :

1° Opérer avec une sûreté telle qu'il ne soit jamais dérogé en rien, sans maladresse notoire, aux règles prescrites pour le manuel opératoire ;

2° Prévenir sûrement l'inflammation consécutive ;

3° Assurer au plus haut degré possible la rapide cicatrisation de la plaie cornéale.

VIII. Je n'hésite pas à déclarer que pourvu qu'il n'y ait pas eu, dans l'opération, blessure de l'iris, on peut, grâce à des moyens depuis longtemps employés par nous, avoir la certitude de conjurer toute phlegmasie consécutive à l'opération. Ces moyens sont :

1° L'application d'une cuirasse emplastique immédiatement après l'opération ;

2° L'application continue de la glace, d'après le procédé du sac de baudruche ;

3° Les douches oculaires comme complément.

IX. Pour la bonne exécution de la section cornéale, l'instrument que je crois le meilleur est un couteau à lame triangulaire, analogue au couteau de Richter, dont la construction est entièrement métallique et d'une seule pièce, afin d'éviter tout épaulement capable de gêner le mouvement de progression de la lame, après la ponction de la cornée.

Une chose de première importance pour la bonne confection du lambeau étant de prévenir l'échappement de l'humeur aqueuse avant que la section soit arrivée près de son terme, l'usage du couteau à manche métallique, à progression toujours croissante dans sa marche, et s'exécutant sans aucune déviation de l'axe du couteau, permet la réalisation de ce desideratum.

Quand la lame du couteau offre une progression absolument continue dans sa largeur et dans son épaisseur, il suffit de faire marcher la pointe de l'instrument par un mouvement *à tergo*, pour que la section cornéale s'opère sans aucun mouvement de translation du poignet et sans aucun tiraillement, tandis qu'avec le couteau de Wenzel, on est forcé, pour achever la section du lambeau cornéal, de faire agir l'instrument à plein tranchant, par le bord inférieur ou antérieur de la lame, et d'exercer un mouvement de traction sur le globe de l'œil.

La lame du couteau triangulaire à manche métallique, croissant sans interruption d'épaisseur et de largeur, et agissant d'une manière tout à fait différente de celle qui est propre aux couteaux à lame elliptique, il arrive que le corps de la lame triangulaire suffit, depuis le commencement de la section, pour l'occlusion de la plaie cornéale, ce qui prévient, au grand avantage de la bonne section du lambeau, l'issue prématurée de l'humeur aqueuse.

Pour l'exécution du procédé, le couteau doit être tenu entre le pouce, d'un côté, et les troisième et quatrième doigts, placés en face du pouce du côté opposé ; l'indicateur, placé à côté des deux autres doigts, soutient un peu l'instrument, mais ce n'est pas lui qui fait pince avec le pouce ; il est en réserve pour le mouvement de progression.

Quand on n'y prend pas garde, il arrive que, même en plaçant trois doigts sur l'un des côtés du manche du couteau, on fait prendre une trop grande part à l'action de l'index, en sorte que quand on détache ce doigt pour l'appliquer sur le talon de l'instrument, le couteau se trouve mal tenu.

X. Le mouvement de progression de la lame pour tailler le lambeau cornéal n'a jamais lieu par un mouvement de totalité du poignet, mais par un simple glissement, une propulsion dans le même axe et dans le même plan, exécutée par glissement du couteau à manche métallique, cheminant par vis *à tergo* au moyen de l'indicateur.

XI. Après la section du lambeau cornéal, qui, au lieu d'être taillé suivant l'axe horizontal du globe, est coupé un peu obliquement, dans un sens intermédiaire, entre la direction horizontale et la direction verticale, on arrive au moment le plus compromettant peut-être, celui où l'on incise la capsule cristalline ; c'est celui où l'on commet le plus souvent des fautes et les fautes les plus graves. Ces fautes sont : la blessure de l'iris et toutes ses conséquences ; l'ouverture insuffisante de la capsule, qui, en rendant laborieuse l'extraction du cristallin, peut amener l'évacuation plus ou moins complète du corps vitré ; l'incision de la membrane hyaloïde.

XII. La principale cause des fautes opératoires auxquelles on est exposé, quand on veut inciser la capsule cristalline, c'est le resserrement de la pupille. Comment a lieu ce resserrement ? *Aussitôt que par la section du lambeau cornéal*, l'humeur aqueuse s'est écoulée, quel que soit à ce moment le degré de dilatation de la pupille, le resserrement *pupillaire a lieu sur-le-champ*. (Leçon clinique à l'hôpital Saint-Antoine, *Gaz. des hôp.*, numéro du 15 septembre 1853, et *Monit. des hôp.*, numéro du 22 juin 1856 ; travail lu à la Société de chirurgie, dans la séance du 7 juillet 1852, et publié dans les *Mémoires de la Société de chirurgie*, t. III, p. 403.)

XIII. Le resserrement pupillaire n'a pas lieu que dans l'extraction, et l'on peut dire, comme cela a été avancé tome III des *Mémoires de la Société de chirurgie*, sur des sujets cataractés, opérés dans l'état d'anesthésie complète, il y a toujours, quel que soit le degré de dilatation de la pupille par la belladone, l'atropine et le chloroforme, un moment où elle se resserre brusquement : c'est, chez les opérés par abaissement, à l'instant où le cristallin est mis de côté et où la *pupille devient noire* ; chez ceux opérés par extraction, à l'instant où *l'humeur aqueuse vient de s'écouler* par l'incision cornéale.

Il est donc évident que si les dilatateurs plus ou moins puissants de la pupille conservent leur action sur elle, tant que le globe de l'œil est intact, ils la perdent aussitôt que l'humeur aqueuse s'est écoulée dans l'opération de la cataracte par extraction.

On voit d'après la description que j'ai donnée du procédé qui consiste à ouvrir la capsule cristalline par piqûre de la cornée, avant de tailler le lambeau cornéal, que ce procédé date de 1853, car c'est en 1853 (*Gaz. des hôp.*, numéro du 15 septembre) que j'ai fait connaître, il y a juste vingt ans, le procédé opératoire dont il vient d'être question. Aussi, ce n'est pas d'une manière sérieuse qu'un certain M. Lœwenhardt est venu en 1859 (*Gaz. hebd.*, numéro du 18 février) donner, comme une nouveauté de son invention, une description copiée sur la mienne, avec cette différence qu'il n'a pas fait connaître, comme j'ai eu soin de l'indiquer, que la piqûre de la cornée, même par une aiguille très-fine, est immédiatement suivie d'un plissement de la cornée, plissement qui rend presque impossible la section régulière du lambeau cornéal, jusqu'à la réplétion et à la tension à nouveau de la chambre antérieure. (*Traité des opérations*, t. II, p. 425.)

XIV. Dans l'impossibilité de compter sur les dilatateurs pupillaires les plus puissants, après l'écoulement de l'humeur aqueuse,

j'ai proposé et mis en pratique (ainsi qu'il appert des textes que j'ai cités) les trois modes opératoires suivants :

1° La division de la cristalloïde antérieure au moyen d'une aiguille très-fine, introduite par la cornée à travers la chambre antérieure. Dans une des opérations faites par ce procédé, il y a eu plissement de la cornée, impossibilité, dès lors, de tailler correctement le lambeau cornéal, ce qui a obligé, dans le cas particulier, à changer sur-le-champ le plan d'opération et à terminer par broiement ce qu'on s'était proposé de faire par extraction. Mais toutes les fois qu'avant de procéder à la section du lambeau cornéal on a attendu le nombre d'heures nécessaires à une réplétion nouvelle de la chambre antérieure, avant de tailler le lambeau cornéal, les choses ont réussi au gré de l'opérateur. L'opération se fait alors en deux temps, séparés l'un de l'autre par un intervalle qui est variable et qui se mesure au degré de tension qu'a repris la cornée par la reproduction de l'humeur aqueuse.

2° Le second mode opératoire consiste à introduire par la sclérotique un kystitome très-fin, comme si on allait pratiquer l'opération par abaissement, à passer au-dessus du bord supérieur du cristallin, à faire la section transversale de la cristalloïde antérieure et à retirer l'instrument, pour tailler sur-le-champ le lambeau cornéal.

L'opération a lieu en une seule séance, mais en deux temps tout à fait distincts.

3° Le troisième mode est une opération déjà connue depuis longtemps : c'est celui qui consiste à tailler du même coup le lambeau de la cornée et celui que doit nécessairement faire le couteau, quand on le conduit d'emblée à travers le feuillet antérieur de la capsule cristalline. Toutes les fois qu'il m'a été possible d'exécuter ce procédé, j'ai obtenu un succès complet, et j'en ai rapporté des exemples dans mes écrits, notamment dans la *Gazette des hôpitaux* (15 septembre 1853) et dans le *Moniteur des hôpitaux* (21 juin 1856).

On a fait de cette opération en un seul temps une sorte d'épouvantail, qui a fait croire à un certain nombre de chirurgiens qu'il s'agissait d'accomplir une manière de tour de maître où l'on ne pouvait compter que sur un bonheur d'exécution tout à fait exceptionnel. C'est une erreur.

Quand on prétend exécuter cette manière de tour de force chez un sujet qui n'est pas endormi, la réussite est, en effet, quelque chose de particulièrement heureux. Mais quand on opère sur le sujet, conduit à l'état d'une tolérance anesthésique de bon aloi, et dans la condition du *perindè ac cadaver*, suivant la maxime d'une Société célèbre, j'ose affirmer qu'il s'agit d'une action chirurgicale qui ne doit être nullement placée, pour la difficulté, au-dessus de celles qu'accomplissent journellement les chirurgiens cliniciens dans les opérations de hernie étranglée, de ligatures d'artères et d'ablations de tumeurs dans les régions dangereuses. En pareille circonstance, se citer soi-même semble approcher beaucoup d'un acte d'immodestie. Mais moi, qui ne me suis jamais posé comme virtuose en matière de dextérité chirurgicale, et qui n'ai jamais entretenu de prôneurs pour me décerner de pareilles aptitudes, je fais appel aux souvenirs de ceux qui ont bien voulu assister à mes cliniques du lundi à l'hôpital Lariboisière. J'invoque des publications sérieusement faites, pendant que les malades étaient encore sous le contrôle de chacun, et j'ose dire que, chez un opéré convenablement endormi, il n'y a aucun prodige d'habileté à ouvrir par une seule incision la capsule cristalline, au centre d'une pupille bien dilatée, en même temps qu'on taille le lambeau cornéal de Daviel.

J'appelle de tous mes efforts la jeune chirurgie à tenter cette épreuve.

Si l'on a le malheur de ne pas savoir manier avec sûreté le chloroforme, qu'on s'entoure des gens qui ont à cet égard une pratique certaine, et qu'on opère dans les conditions voulues.

En conclusion :

La méthode de Daviel est supérieure, dans ses résultats, à toutes celles qui ont été proposées jusqu'ici.

Les deux difficultés à vaincre sont la difficulté cornéale et la difficulté iridienne.

La première est annihilée par une section cornéale irréprochablement faite.

La seconde, par l'un ou l'autre des trois modes opératoires suivants : 1° l'opération faite en un seul temps avec section simultanée du lambeau cornéal et du lambeau capsulaire ;

2° la section préalable de la capsule antérieure au moyen d'une aiguille introduite par la cornée ;

3° La section préalable de la cristalloïde antérieure au moyen d'un kystitome pénétrant à travers la sclérotique.

Pour les conclusions sur l'application :

1° Obtenir avant l'opération la plus grande dilatation possible de la pupille par l'usage prudent de l'atropine en instillations ;

2° Obtenir l'absence de mobilité spasmodique de l'œil par l'emploi du chloroforme conduit à la période de *tolérance anesthésique* ;

3° Ouvrir la cristalloïde antérieure, soit par la section simultanée du lambeau cornéal et du lambeau capsulaire, soit en divisant la capsule pendant un état de dilatation soutenue de la pupille, et pour cela ouvrir préalablement la capsule au moyen d'une aiguille très-fine pénétrant par la cornée, et, dans ce cas, le lambeau cornéal ne sera taillé qu'après réplétion à nouveau de la chambre antérieure ;

Soit enfin en pratiquant la section préalable de la capsule au moyen d'un très-petit kystitome introduit d'après le procédé de Scarpa dans l'opération par abaissement ;

4° Tailler le lambeau cornéal au moyen d'un couteau complétement dépourvu d'épaulement et poussé *à tergo* par simple glissement entre les doigts ;

5° Appliquer sur l'œil, immédiatement après l'opération, une cuirasse croisée et imbriquée, faite avec les bandelettes de sparadrap et recouverte de sachets de baudruche remplis de glace.

J'ai démontré, ou je crois avoir démontré, qu'il n'y a, en thérapeutique, de réellement sérieux, en fait de statistiques, que les statistiques intégrales. Toutes les autres ne sont que des trompe-l'œil, sans aucune valeur, et sans aller aussi loin que M. Warlomont (*Dict. encycl.*, article CATARACTE), qui renonce *à publier les diverses statistiques des oculistes et considère ces publications comme des réclames mal déguisées où la sincérité fait trop souvent défaut*, je dirai qu'il faut exiger des documents sérieux et complets avec tout ce qui peut permettre le contrôle des observations, en un mot des statistiques intégrales. J'ai introduit en thérapeutique cette expression, ainsi que le desideratum qu'elle représente, et, sans me contenter du mot, j'ai mis la chose en pratique. (*Travail sur les tumeurs enkystées*, 1851. — *Leçons sur les tumeurs hémorrhoïdales*, 1858. — *Traité des opérations*, Préface, 1861.)

Il est de notoriété aujourd'hui que toutes les statistiques sur l'extraction de la cataracte, je dis toutes ou presque toutes, car je ne voudrais pas m'exposer à refermer la porte sur un innocent, ont volontairement négligé une série entière comprenant un nombre plus ou moins considérable de numéros au commencement de la série et suivant le caprice du rédacteur de telle ou telle statistique. Si ces numéros, à l'égard desquels on a imité de Conrad le silence prudent, avaient été relevés, on saurait aujourd'hui ce qu'a causé de désastres opératoires l'abandon de la méthode de Daviel, et à quel prix ont été achetés les prétendus triomphes d'une méthode qu'on déserte tous les jours, soit par un désaveu timide, par des atténuations qui comportent déjà de nombreuses variantes, soit, comme je l'espère, bientôt, par une renonciation dont la discussion actuelle deviendra peut-être le signal, toujours est-il que toutes ces statistiques ne prouvent absolument rien.

Quand, ainsi qu'on devrait toujours le faire, on indique les âges, professions, noms et demeures des malades, on met chacun à même de vérifier l'exactitude des résultats indiqués, la moralité de la science y trouve grand profit, et ce qu'on avance ne peut être imputé à des illusions qui se comprennent, mais qui ne sauraient être excusées.

Avez-vous remarqué le progrès immense des succès de statistique; on commence modestement par 85 succès sur 100 opérations, on arrive peu à peu à 90 et 91 ; plus tard on atteint 95; des opéra-

teurs plus brillants atteignent ou accusent 97 sur 100; et si cela continue (la chose est même peut-être déjà réalisée), on verra quelqu'un qui viendra vous dire qu'il a obtenu 100 pour 100 de succès.

Il ne faut pas tolérer, du moins sans protestation, qu'on vienne dire à des gens qui, sans être spécialistes de profession, exécutent tous les jours des opérations les plus délicates et les plus périlleuses de la haute chirurgie, qu'ils ne sont pas en état d'ouvrir une cornée correctement et de mener à bien toutes les opérations de la chirurgie oculaire.

Ainsi que l'a excellemment dit notre collègue M. Duplay, si le chirurgien à qui ses devoirs hospitaliers imposent des opérations qui relèvent de l'assistance publique, et pour lesquelles existent des lits dans des salles à lui confiés, doute de la sûreté de sa main, qu'il se livre à des exercices assidus et il obtiendra en peu de temps toute l'habileté nécessaire.

Que nos jeunes et laborieux chirurgiens, après avoir adopté la méthode que leur bon esprit et leurs consciencieuses études historiques leur auront fait considérer comme la meilleure, viennent faire vérifier scrupuleusement dans cette enceinte les résultats obtenus, comme l'a fait M. Notta, afin qu'on puisse s'assurer s'il y a ou s'il n'y a pas de synéchie ou tout autre accident post-opératoire, et vous verrez s'évanouir toute cette fantasmagorie des statistiques hyperboliques. Vous prouverez, en dépit de ce qu'on appelle la vogue, la mise en scène et l'accaparement, que la chirurgie oculaire rentre pleinement dans la chirurgie clinique générale et ne s'en trouve que mieux (1). (*A suivre.*)

(1) *Indication des travaux cités dans la communication de M. Chassaignac.*

1845. — Construction de l'aiguille à cataracte (Société de chirurgie, séance du 19 novembre 1845 (*Gaz. des Hôp.*, n° du 13 décembre 1845).

1851. — Suites des opérations de cataracte (Société de chirurgie, séance du 26 avril 1851). — Avantages de l'application de la glace dans les traumatismes de l'œil (*Gaz. des Hôp.*, 18 septembre 1851). — Cataracte traumatique (Société de chirurgie, séance des 10 et 17 décembre. (*Gaz. des Hôp.*, 1851).

1852. — *Bulletin général de thérapeutique* (n° du 15 mai 1852). — Rapport sur l'ophthalmoscope (Société de chirurgie, séance du 7 juillet 1852, et *Mémoires de la Société de chirurgie*).

1853. — Applications contre les phlegmasies traumatiques de l'œil (*Gaz. des Hôp.*, n° du 24 février 1853). — Clinique ophthalmologique de l'hôpital Saint-Antoine (*Gaz. des Hôp.*, n° du 15 septembre 1852).

1854. — Société de chirurgie, séance du 20 avril 1854 (*Gaz. des Hôp.*, n° du 9 mai 1854).

1856. — Trois opérations de cataracte. — Choix des méthodes. — Anesthésie oculaire. — Cataracte opérée par abaissement (*Monit. des hôp.*, 15 mai 1856). — Extraction de la cataracte en un seul temps (*Monit. des Hôp.*, 22 juin 1856).

1861. — *Traité des opérations* (t. II, p. 403). — Hydrothérapie oculaire (*Traité des opér.*, t. II). — Anesthésie oculaire (même traité, t. II).

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Leçons cliniques sur les maladies du cœur, professées à l'Hôtel-Dieu de Paris par J. Bucquoy, agrégé à la Faculté de médecine de Paris, médecin de l'hôpital Cochin. — 1 vol in-8°. Prix : 4 francs. — Paris, Adrien Delahaye.

De la circoncision. Description d'un nouveau procédé opératoire, par le docteur Aïssa Hamdy. — 1 vol. in-8° avec planches. Prix : 3 francs. — Paris, P. Asselin.

Étude historique et nosologique sur quelques épidémies du moyen âge, par le docteur Ernest Marchand. — In-8°. Prix : 2 fr. 50. — Paris, Adrien Delahaye.

Le Directeur : Dr E. Le Sourd.

Paris.— Typographie A. Pougin, quai Voltaire, 13.

N° 85. — JEUDI 24 JUILLET 1873. 46e ANNÉE. JEUDI 24 JUILLET 1873. — N° 85.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Bureaux : 57, rue des Saints-Pères, 57
PRÈS L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix d'abonnement
doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonn... part du 1er de chaque mois.

On s'abonne hors de Paris
dans les bureaux des Messageries et chez les Libraires
Les lettres non affranchies sont refusées.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui n'en peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS
Trois mois. . 8 fr. 50 c.
Six mois. . . 16 —
Un an. . . . 30 —

POUR L'ÉTRANGER le port en sus suivant les derniers tarifs des Postes.

Paris, le 23 juillet 1873.

SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

On sait enfin pourquoi M. Fauvel s'était opposé à la prompte adoption du projet de M. Broca.

Ce n'était nullement pour venir en aide à M. Poggiale ; au contraire.

M. Fauvel avait vu de trop près, durant les campagnes de Crimée, les déplorables résultats de la direction administrative appliquée au corps de santé, pour ne pas se prononcer, et même énergiquement, contre le *statu quo*.

Ce qu'il reprochait au rapport, c'était de n'être pas allé assez avant.

Il ne suffisait pas de répondre au ministre sur les questions de principe, il fallait entrer dans le détail des applications, lui envoyer un projet de loi complet, où tout ce qui concerne le service médical militaire fût réglementé.

Peut-être, en effet, cela vaudrait-il mieux. Mais dans tous les cas, un pareil projet ne pourrait être élaboré dans une discussion publique.

Chacun a donc hâte d'en finir avec un débat qui devient souvent trop personnel et qui tourne toujours dans un même cercle.

Déjà le magnifique discours de M. Legouest a suffisamment répondu aux argumentations passionnées de MM. Poggiale, Boudet et Bussy, contre l'autonomie du corps de santé militaire.

Il ne reste vraiment plus rien à ajouter de part ou d'autre sur le fond même de la question.

Pourtant on n'a pas, cette fois, aussi vivement insisté pour la clôture, d'abord par suite d'un sentiment de considération légitime pour M. Dumas, qui désirait parler dans la prochaine séance, puis un peu aussi pour entendre M. Chauffard répondre aux étranges prétentions de M. Poggiale, et montrer ce qu'il faut penser de ceux qui, sans rien connaître en médecine, songent à s'ériger en juges des ordonnances médicales.

Dr VICTOR REVILLOUT.

ÉCOLE PRATIQUE. — M. LEGRAND DU SAULLE.

De la folie héréditaire (1).

Les dégénérescences sont des déviations maladives du type primitif. Elles sont le résultat d'une influence pathologique soit morale soit physique. Un de leurs caractères les plus importants, c'est qu'elles se transmettent par hérédité et dans des conditions exceptionnellement graves, car les produits des êtres dégénérés sont ordinairement plus sérieusement atteints que leurs ascendants, jusqu'à ce que, frappés de stérilité, ils deviennent par l'exagération même de leur mal, incapables de transmettre le type de leur propre dégénérescence.

Si simple qu'on la suppose au début, dit Morel, cette déviation renferme néanmoins des éléments de transmissibilité d'une telle nature, que celui qui en porte le germe devient de plus en plus incapable de remplir sa fonction dans l'humanité et que le progrès intellectuel, déjà enrayé dans sa personne, se trouve encore menacé dans celle de ses descendants. Ces caractères distinguent les races et les variétés animales des dégénérescences. Les premières, soustraites à l'influence qui leur a donné naissance, tendent à retourner vers le type primitif. Les dégénérescences, au contraire, une fois créées, tendent à se perpétuer en s'aggravant, à moins que leur influence ne soit victorieusement contre-balancée par certaines conditions déterminées.

D'après ce que je vous ai déjà dit, vous pouvez voir que les différentes variétés de l'aliénation mentale présentent, dans leur transmissibilité, des caractères qui les placent à côté des dégénérescences. Et de fait, Morel arrive à conclure que, dans l'immense majorité des cas, la folie est la conséquence d'un état de dégénérescence. Incontestablement, elle peut éclater chez un individu placé en dehors des causes dégénératives. C'est alors la folie acquise. Mais une fois créée, une fois fixée par l'hérédité, elle devient le point de départ de phénomènes nouveaux, de transformations successives dans les descendants.

Vous voyez alors comment doit être compris le rôle de l'hérédité. Ce n'est pas une force qui crée de toutes pièces les affections mentales. Elle les transmet en les modifiant. A l'origine de la dégénérescence, il faut une cause productrice, un *nisus formativus*, comme disent quelques physiologistes allemands, tout à fait indépendant des transmissions héréditaires. Mais une fois la dégénérescence créée dans l'individu, l'hérédité la fixe dans la descendance. Quelquefois l'ascendant peut guérir,

---

(1) Suite. — Voir les numéros des 15 et 17 juillet 1873.

mais peu importe, il a imprimé à son descendant un cachet, un stigmate ineffaçable. La maladie qu'il a acquise est fixée dans sa descendance : ce qui n'était qu'un accident parfois transitoire chez le père, fait partie inhérente de la constitution du fils.

Les remarquables expériences de Brown-Séquard sur la production expérimentale de l'épilepsie, nous fournissent un exemple de ce mode de fixation d'une maladie par le fait de la transmission héréditaire. Rien n'est plus facile qne de produire l'épilepsie chez le cochon d'Inde. Quand on a pratiqué sur un de ces animaux certaines lésions nerveuses, et particulièrement une hémisection latérale de la moelle ou une section du nerf sciatique, indépendamment des troubles bien connus qui sont le résultat immédiat de la section de ces parties, on voit survenir une série d'altérations organiques et de troubles fonctionnels sur lesquels Brown-Séquard a attiré l'attention.

Du côté de la face et du cou correspondant à la lésion, la sensibilité cutanée diminue, et il se produit quelques petits troubles trophiques peu importants. Si alors on excite cette zone de peau, l'animal a un accès convulsif absolument semblable à ceux qui chez l'homme caractérisent l'accès épileptique. En outre, l'animal a des accès épileptiques spontanés, qui surviennent périodiquement en dehors de toute excitation de la zone épileptogène.

Ces accidents sont susceptibles de guérison. Au bout de quelque temps, les attaques spontanées disparaissent, puis les poils qui étaient tombés sous la peau de la région épileptogène repoussent, la sensibilité recouvre son intégrité et l'excitation de la zone épileptogène ne détermine plus l'explosion d'accès convulsifs : l'animal est guéri. Mais si pendant le temps qu'il avait des accès épileptiques, cet animal a engendré des petits, ces petits peuvent être épileptiques. En outre, chez eux, l'épilepsie n'a pas les mêmes caractères que chez les ascendants. En effet, il n'y a plus de zone épileptogène, on ne peut plus provoquer des attaques à volonté, il n'y a que des accès spontanés : c'est une véritable épilepsie idiopathique. Ces faits ont d'autant plus de valeur que je ne sache pas qu'en dehors de ces cas de transmissions héréditaires on ait jamais observé l'épilepsie spontanée chez les cochons d'Inde.

Ainsi, voilà une lésion expérimentale qui, chez les ascendants, produit une épilepsie temporaire : c'est un accident passager qui guérira au bout d'un certain temps. Chez les descendants, au contraire, l'épilepsie s'est établie d'une façon définitive, avec des caractères d'incurabilité qu'elle n'avait pas chez les ascendants : elle s'est fixée par sa transmission héréditaire.

L'ivresse alcoolique produit des troubles transitoires du système nerveux. Or, il paraît démontré que les enfants conçus pendant un accès aigu d'ivresse, en dehors bien entendu des altérations permanentes que détermine l'alcoolisme chronique, sont souvent épileptiques, aliénés ou idiots. Ces faits avaient été pressentis depuis bien longtemps. Une loi de Carthage défendait toute autre boisson que l'eau le jour de la cohabitation maritale, et Amyot dit, dans un langage pittoresque et fort expressif, que « l'ivrogne n'engendre rien qui vaille » ; mais ils n'ont été scientifiquement démontrés que dans ces dernières années, où MM. Demeaux, Dehaut et Vousgier (de Strasbourg), ont communiqué à l'Académie des sciences des observations bien nettes de cette transformation d'un symptôme transitoire en une maladie confirmée et durable. Ils ont montré que l'enfant engendré dans un accès de délire toxique transitoire, peut être épileptique, aliéné, idiot, etc., et porter les stigmates indélébiles d'une dégénérescence plus ou moins avancée.

Dans l'alcoolisme chronique, nous voyons également un individu antérieurement sain devenir, par le fait de son avilissante passion, la source d'une série de dégénérescences, qui ne compromettent pas seulement sa propre existence physique et intellectuelle, mais qui se transmettent aussi à ses descendants d'après les lois qui régissent les transmissions dégénératives, c'est-à-dire en se transformant et en suivant une évolution progressive ou régressive, selon les cas. Vous le voyez, l'hérédité ne joue aucun rôle au début, à l'origine des dégénérescences ; elle ne fait que les fixer dans l'espèce, qui les perpétue en les aggravant.

De ces faits, résulte cette conséquence pratique que les enfants nés avant l'explosion de la folie de leurs parents sont moins fréquemment frappés d'aliénation que ceux qui naissent après. Si la folie est accidentelle, en effet, si elle est acquise de toutes pièces, l'enfant sera certainement indemne. Mais néanmoins il faut être prudent dans les pronostics de ce genre, il faut se rappeler que si la folie est souvent acquise de toutes pièces, plus souvent encore la cause qui a paru la déterminer n'a été qu'une occasion propice au développement d'un germe morbide caché, que l'étincelle qui met le feu aux poudres. Cette même cause occasionnelle agissant sur un sujet parfaitement sain, n'eût amené aucun trouble de l'intelligence ; mais agissant sur un sujet prédisposé à la folie, trouvant le terrain merveilleusement préparé à la recevoir, elle s'est développée avec une intensité en rapport direct avec le degré de la prédisposition. Lorsque l'enfant a été conçu, ses parents étaient déjà en puissance de la maladie qui les a frappés plus tard, et dès lors la transmission est possible.

Dans l'état actuel de nos connaissances, il est absolument impossible de déterminer exactement quelle sera la forme de la dégénérescence qui frappera les enfants d'un dégénéré. Parmi les enfants d'un ascendant épileptique ou aliéné, on peut voir des types de tous les degrés de dégénérescences, de toutes les formes de la folie. Morel a donné ses soins aux quatre frères d'une même famille. Le grand-père de ces enfants était mort aliéné ; leur père n'avait jamais pu se fixer à rien d'utile ; leur oncle, doué d'une grande intelligence et médecin célèbre, était fort connu par ses bizarreries et ses excentricités. Eh bien, ces quatre enfants, produits d'une même souche, présentaient des formes différentes de troubles psychiques : l'un était maniaque à accès périodiques et désordonnés ; le second, mélancolique, était réduit par sa stupeur à un état purement automatique ; le troisième se signalait par une extrême irascibilité et des tendances au suicide ; le quatrième se faisait remarquer par de grandes dispositions artistiques, mais il était d'une nature craintive et soupçonneuse.

M. G. Doutrebente, dans un très-bon travail sur *les aliénés héréditaires*, dresse plusieurs tableaux généalogiques. Il est facile de constater en étudiant ces tableaux combien sont variables les formes de dégénérescences que présentent les enfants d'une même souche. Mme L. S... (Obs. VII), fille d'une mère bizarre et d'un père épileptique, est elle-même atteinte du délire des persécutions. Elle a eu trois enfants : un fils intelligent, mort jeune d'une fièvre cérébrale, un fils semi-imbécile et une fille hystéropathe.

Dans une autre observation (Obs. XV), je trouve que d'un père hypochondriaque et persécuté et d'une mère nerveuse et émotive, naquirent dix enfants, dont trois moururent en bas âge. Parmi les survivants, il y a une fille hypochondriaque, émotive, en proie à des scrupules religieux ; une autre fille

aliénée, une troisième faible d'esprit, une quatrième persécutée suicide, un garçon faible d'esprit, un autre hypochondriaque, enfin le dernier semi-imbécile.

Le diversité est si grande dans ces cas et dans beaucoup d'autres, que je pourrais vous citer, qu'elle ne peut être soumise à aucune loi. Actuellement, tout ce que l'on peut faire, c'est d'établir les liens de parenté de l'état névropathique, des névroses et de l'aliénation, et pour me résumer dans une conclusion pratique, je vous dirai que la folie, l'épilepsie, l'idiotie et les troubles moins graves de l'intelligence et des sentiments sont à redouter chez les descendants lorsqu'on a pu observer chez les ascendants :

1° Des névropathes;

2° Des gens bizarres, originaux, exaltés, violents, passionnés, instinctifs ;

3° Des hystériques, des épileptiques, etc.;

4° Des suicidés ;

5° Des alcoolisés ;

6° Des aliénés véritables.

A cette énumération je devrais encore, si j'adoptais pleinement les idées de Moreau, ajouter le génie; mais, jusqu'à plus ample informé, je ne crois pas que le génie soit une névrose. Pour moi, le génie est une raison supérieure.

Je ne place pas non plus parmi les conditions de santé des ascendants qui peuvent donner lieu à la folie chez les descendants, l'apoplexie cérébrale. Les conditions anatomiques de l'apoplexie cérébrale ont été bien étudiées dans ces dernières années : ce sont, dans l'immense majorité des cas, le ramollissement ou l'hémorrhagie encéphalique, et les causes les plus fréquentes de ces lésions sont des altérations chroniques des artères (athérome, anévrysmes miliaires). Que ces lésions soient dans beaucoup de cas la conséquence de l'alcoolisme chronique, cela est incontestable : mais alors c'est l'alcoolisme qui crée la dégénérescence, et l'apoplexie, qui n'est elle-même qu'un de ses effets, ne doit pas être comptée parmi les conditions originelles de la folie héréditaire.

A plus forte raison, j'élimine les diathèses cancéreuse, tuberculeuse, rhumatismale, etc., que quelques auteurs placent parmi les causes qui, modifiées par l'hérédité, peuvent engendrer les affections nerveuses. Ces diathèses n'ont avec la folie aucun rapport. On a dit qu'elles pouvaient favoriser indirectement son apparition en créant des tempéraments faibles, débilités, plus facilement impressionnés par les causes morbides. Je ne pense pas que cette manière d'envisager la question soit exacte. Il faudrait démontrer, pour assurer la légitimité de cette conclusion, que les individus affaiblis sont plus facilement atteints d'aliénation mentale, et je ne crois pas que personne ait pu l'établir.

(A suivre.)

ÉTUDE SUR LES SELS ARSENICO-FERRIQUES

DE LA DOMINIQUE (1)

Par M. le docteur M. Durand.

PHTHISIE PULMONAIRE. — SCROFULE.

Bretonneau, Garin, Massart, Sandras ont fréquemment employé les sels arsenicaux dans le traitement de la phthisie pulmonaire.

Tous ces célèbres praticiens ont constaté que les premiers effets de cette médication sont : « le retour de l'appétit, des forces et d'un embonpoint relatif; la dyspnée est moins considérable, la toux moins fatigante, et l'expulsion des crachats plus facile. En un mot, la nutrition se faisant mieux, l'état général devient meilleur, le teint paraît plus clair et perd cet aspect terreux si fréquent chez les phthisiques (1). » (J. Lolliot.)

De leur côté, MM. Trousseau et Pidoux disent, dans leur *Traité de thérapeutique* : « Chez les phthisiques, nous avons obtenu, non pas la guérison, mais tout au moins une suspension fort extraordinaire dans une maladie dont rien ne retarde la marche fatale. Nous avons vu la diarrhée se modérer, la fièvre sembler diminuer, la toux devenir moins fréquente, l'expectoration prendre un meilleur caractère, mais nous n'avons pas guéri (2).

Depuis l'époque où MM. Trousseau et Pidoux écrivaient ces lignes, de nouvelles tentatives, de nouveaux essais ont été faits par M. Moutard-Martin, un des médecins les plus distingués des hôpitaux de Paris. Dans un mémoire adressé, au mois de janvier 1868, à l'Académie de médecine, ce savant praticien conclut de ses recherches :

« Que la médication arsenicale a une action positive sur la phthisie pulmonaire ; que dans un grand nombre de cas, même de phthisie avancée avec fièvre, l'état des malades s'est favorablement modifié...; enfin, qn'un certain nombre de guérisons doit être attribué à cette médication, qui serait plus riche en succès si les malades ne se croyaient pas trop tôt guéris et avaient plus de persévérance (3). »

Reste à examiner ce que deviennent et la diathèse et l'état local, le tubercule.

L'action favorable de la médication arsenicale ne nous paraît pas devoir être contestée. N'est-il pas permis, en effet, de croire que cette diathèse produite, ainsi que le dit M. le professeur Bouchardat, par une disproportion entre la dépense et l'économie, sera heureusement influencée par ce médicament (4) ?

On a bien dit, et le professeur Trousseau est du nombre de ceux qui ont émis cette opinion, que le fer pouvait, dans certains cas de tuberculose, avoir des inconvénients; mais ici le sel ferrique combiné avec l'arsenic ne semble pas agir comme s'il agissait seul. C'est du moins ce que les faits paraissent démontrer.

Les docteurs Jaccoud (5), Piogey (6) et Vigla (7), sans y comprendre M. Moutard-Martin, ont rapporté de nombreux exemples de guérison de tuberculose par la médication arsenicale.

Dans une thèse soutenue au mois de mars de cette année, sous la présidence de M. Bouchardat, M. le docteur Macescu publie sur le même sujet plusieurs observations, qu'en raison de leur étendue nous regrettons de ne pouvoir reproduire (8).

Si donc la médication arsenicale produit de si heureux effets dans les cas de phthisie confirmée, à plus forte raison quand l'affection ne s'est pas encore déclarée et qu'il n'y a qu'une simple prédisposition à la tuberculose.

A ce sujet, je citerai l'opinion de M. Bouchardat :

« Si nous admettons, dit ce savant professeur, l'efficacité des préparations arsenicales pour combattre la cause de la phthisie

(1) Suite. — Voir le numéro du 21 juin.

(1) *Étude physiologique de l'arsenic.* Paris, 1868.
(2) *Traité de thérapeutique*, par Trousseau et Pidoux.
(3) *Bulletin de l'Académie de médecine*, 1868.
(4) Bouchardat, *Matière médicale*, 1846.
(5) *Traité de pathologie*, 1871. Paris, t. II.
(6) *Loco citato.*
(7) Académie de médecine.
(8) *De l'arsenic et de ses emplois en médecine*, n° 101. 1872.

pulmonaire ; si, d'un autre côté, nous pensons à la toute-puissance de l'arsenic dans les fièvres intermittentes, ne serons-nous pas en droit de conclure que ces préparations, déterminant dans l'économie une altération des plus analogues à celle qu'occasionnent les miasmes paludéens ; que ces préparations, qui guérissent les fièvres d'accès par une véritable substitution, s'opposent aussi au développement de la phthisie, parce que cette maladie ne peut avoir de prise sur un individu dont l'économie est modifiée par l'agent arsenical (1). »

(*A suivre.*)

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 22 juillet 1873. — Présidence de M. DEPAUL.

CORRESPONDANCE OFFICIELLE

M. le ministre de la guerre adresse à l'Académie un exemplaire de la 24e livraison de la carte de France dressée par l'état-major.

CORRESPONDANCE NON OFFICIELLE

La correspondance non officielle comprend :

1° Une lettre de M. le docteur Vibert, médecin au Puy (Haute-Loire), accompagnant l'envoi d'un pli cacheté, dont le dépôt est accepté ;

2° Une lettre de M. E. Bareg, pharmacien à Évreux, également relative au dépôt d'un pli cacheté (Accepté);

3° Une lettre de M. C. Husson fils, pharmacien à Toul, sur les *propriétés cliniques de l'hémato-globuline iodée* (comm.: MM. Béclard, Hérard et Chatin) ;

4° Une observation de *portion d'intestin recueillie dans une selle*, adressée par M. le docteur Demarquette, médecin à Henier-Liétard (Pas-de-Calais).

5° Des lettres de remercîments adressées par divers lauréats de l'Académie ;

6° Une lettre du département militaire fédéral suisse qui, en réponse à une lettre de M. le président de l'Académie de médecine de Paris, transmet la teneur des règlements et ordonnances régissant en Suisse le service de santé de l'armée.

M. GUBLER présente, de la part de M. le docteur Rabuteau, le premier fascicule d'un ouvrage intitulé : *Éléments de toxicologie et de médecine légale appliqués à l'empoisonnement*.

M. GUÉNEAU DE MUSSY présente : 1° de la part de M. le docteur Chaussy, une *Étude médicale sur l'eau de la Bourboule;* 2° de la part de M. le docteur Labadie-Lagrave, une brochure intitulée : *Des complications cardiaques du croup et de la diphthérie*.

Suite de la discussion sur la réorganisation du corps de santé militaire.

M. LEGOUEST, répondant aux objections qui ont été présentées par les adversaires du projet de loi pour la réorganisation du service de santé de l'armée, dit que la dignité de la pharmacie n'est pas atteinte par ce projet. Rien n'est changé dans l'état militaire des pharmaciens. Les articles 4 et 6 garantissent aux pharmaciens l'assimilation actuellement existante de leur propre hiérarchie à la hiérarchie militaire, et en échelonnement identique de leurs grades avec ceux des médecins, jusqu'à celui d'inspecteur général inclusivement. Si ce grade n'a pas été donné à la pharmacie militaire, c'est parce que le conseil de santé de l'armée devant être composé de quatre médecins, d'un pharmacien et d'un économe, et devant être présidé par le plus ancien de ses membres, il eût pu se faire que la présidence échût au pharmacien ou à l'officier comptable, contrairement à l'économie du projet, qui attribue à la médecine la direction générale du service.

Si, depuis 1792, un parallélisme complet de grades et de situation a toujours existé entre les médecins et les pharmaciens d'armée, il n'est pas moins vrai que, depuis cette époque, toutes les fois qu'il a été question d'apporter quelque changement à l'organisation du corps de santé militaire, le parallélisme a été attaqué.

L'orateur énumère les divers projets de loi qui ont été proposés depuis 1810 jusqu'en 1852 pour l'organisation du service de santé militaire, et montre que, tous hostiles à l'assimilation des pharmaciens aux médecins, ils viennent se fondre dans le projet actuel, lequel, encore une fois, ne lèse en aucune manière la dignité ni les intérêts de la pharmacie. Au contraire, ce projet maintient la pharmacie en possession de ses grades, de ses prestations en argent et en nature, il lui donne la direction et l'exécution de son service.

Personne, parmi les médecins militaires ne songe à méconnaître les services rendus par les pharmaciens, et, en particulier, par M. Poggiale.

On dit que si la pharmacie est subordonnée à la médecine, il n'y aura plus de chimistes ! Et pourquoi donc ? La médecine étoufferait-elle les germes scientifiques, et l'intendance, au contraire, aurait-elle le privilége de les vivifier ?

On n'aurait plus même de pharmaciens, dit on encore. Cela n'est point à craindre. Un grand nombre d'élèves en pharmacie préféreront au stage qui les met à peine au-dessus des garçons de laboratoire dans une officine civile, les appointements et la situation que leur offre la pharmacie militaire. D'ailleurs, la loi du recrutement aura pour effet d'augmenter encore le nombre des compétiteurs en y ajoutant ceux qui préféreront le service du laboratoire à celui des armes.

Ce n'est pas pour satisfaire un vain amour-propre que la médecine militaire demande son autonomie, mais au nom des intérêts de l'armée compromis par le système actuel.

La guerre de la sécession, en Amérique, a montré l'excellence de l'autonomie du service de santé militaire. Les campagnes de 1854, 1856, en Orient, de 1855, en Italie, nos désastres de 1870 ont prouvé surabondamment l'insuffisance du service de santé militaire dirigé par l'administration. Sans cesse nous voyons, en Orient, en Italie, partout l'intendance paralyser les efforts des médecins en chef, tels que Michel Lévy, Baudens, M. Larrey, etc., qui s'épuisaient en vain pour assurer la bonne exécution du service.

Les règlements administratifs que M Poggiale présente comme un modèle, sont, aux yeux de M. Legouest, une œuvre pharisaïque sous prétexte de ménager au médecin tout autre souci que celui de la science, ils le réduisent à l'impuissance la plus absolue. Personnel médical, pharmaceutique et administratif, infirmiers, bâtiments et locaux, matériel, traitement des malades, visites et prescriptions, salubrité et propreté, chauffage et éclairage, régime alimentaire, régime curatif, tout est sous la direction, sous la police et sous la surveillance des officiers de l'intendance. Le rôle des médecins consiste à traiter les malades qui leur sont confiés dans des conditions que l'intendance seule sait, doit et peut régler.

L'orateur prouve son dire en citant des extraits de l'instruction ministérielle du 12 août 1862 et de celle du 14 juin 1873 sur les inspections administratives.

L'inspection divisionnaire (faite chaque année par l'intendant divisionnaire) a pour objet « tout ce qui se rattache aux soins à donner aux malades, au service intérieur des salles, au *régime curatif* et au *régime alimentaire*, à *la salubrité*, à la propreté. L'intendant rappelle aux médecins militaires les dispositions réglementaires qui doivent les diriger dans le traitement des maladies.

Il recommande qu'on se conforme aux dispositions relatives à la vaccine des militaires et aux mesures ordonnées pour arrêter les progrès des maladies syphilitiques ou psoriques... Il s'assure que *les diverses catégories de malades ne sont pas confondues dans des salles communes*... que les *hommes atteints de maladies contagieuses* ou de plaies purulentes sont isolés... qu'il y a dans chaque hôpital

(1) *Matière médicale* (*loco citato*).

une salle spéciale pour les ophthalmies, et *qu'elle est convenablement disposée, par l'obscurité de la couleur des murs et des rideaux, pour le traitement de cette maladie...*

« L'intendant visite la pharmacie et s'y livre à des investigations analogues à celles auxquelles il s'est livré dans les salles de malades. »

Dans les infirmeries régimentaires, l'intendant inspecteur se fait produire le registre tenu par le médecin du corps (conservation des médicaments)... Il en vérifie minutieusement les inscriptions en les comparant au nombre des malades reçus dans l'infirmerie des corps, et *au besoin à la nature des affections dont ils sont atteints*. (Circulaire de 1873.)

Si l'on ajoute que l'intendance tient en grande partie dans sa main l'avancement et la position des médecins et des pharmaciens, on a le tableau complet de l'état actuel des choses. Il y a là une cause de démoralisation du corps de santé militaire, l'énervement de sa hiérarchie par une autorité collatérale, l'entrave du service, le soupçon planant sur tout et sur tous, le déplacement des responsabilités, l'incompétence érigée en institution, au grand détriment des malades et des blessés.

M. Legouest répond aux deux arguments de M. Poggiale, savoir : 1° Que les médecins sont incapables d'administrer; 2° qu'ils veulent administrer sans encourir de responsabilité. Il pense que les médecins ayant l'initiative acquerront les aptitudes qui leur font défaut aujourd'hui, comme on l'a vu dans les armées américaines pendant la guerre de la sécession, et en Orient dans l'armée anglaise. Le corps médical français montre dans les directions administratives des aptitudes comparables à celles de n'importe quel corps médical étranger. Les médecins, d'ailleurs administreront avec un conseil d'administration et encourront naturellement la responsabilité qui incombe à tous les membres d'un pareil conseil.

L'orateur combat le système de la double autonomie médicale et pharmaceutique, qui reproduirait le parallélisme existant aujourd'hui sous l'autorité de l'intendance, avec cette aggravation que l'indépendance l'une de l'autre des deux sections du corps de santé étant plus complète encore, créerait nécessairement des difficultés de service, éveillerait des susceptibilités, susciterait des conflits que seule l'unité de direction peut conjurer. Si le corps de santé militaire doit être mis en possession de son autonomie, il faut nécessairement que l'une des deux sections qui le composent soit supérieure à l'autre, dût la médecine être subordonnée à la pharmacie.

Le principe de la subordination de la pharmacie à la médecine existe dans notre marine militaire, il fonctionne sans froissements d'amour-propre, sans conflits, avec toute la régularité désirable. Pourquoi s'étonner qu'il en fût de même dans l'armée de terre? N'est-il pas étonnant, au contraire, que l'on n'ait pas encore appliqué à l'une le système dont l'autre n'a qu'à se louer?

En résumé, depuis près d'un siècle le parallélisme de la médecine et de la pharmacie a toujours été mis en question quand l'organisation du service de santé militaire a été remaniée, alors même que les projets officiels d'organisation n'impliquaient pas l'autonomie du service.

Le projet d'organisation élaboré par la 3e sous-commission de l'Assemblée nationale établit l'autonomie du service de santé. Il est fondé sur l'expérience des dernières guerres contemporaines, qui ont fait ressortir l'infériorité du système actuellement en vigueur dans notre armée et la supériorité du système adopté par les armées étrangères.

Les principes généraux de discipline et de subordination militaires exigeant l'unité d'autorité et de commandement, ce projet n'admet pas le parallélisme et l'indépendance l'une de l'autre des deux sections du corps de santé, non plus que leur double autonomie.

L'une des deux sections devant être supérieure à l'autre, c'est à la médecine que le projet attribue la supériorité, tout en conservant à la pharmacie sa hiérarchie, son assimilation, ses conditions d'avancement, ses prétentions de toute nature et ses diverses attributions dans son propre service. Il n'y a pas lieu de croire que cette mesure, dont l'analogue existe dans la marine de l'État, compromette ni le recrutement, ni la valeur du personnel, ni l'exécution du service pharmaceutique de l'armée. Enfin, la pharmacie militaire ne peut avoir raison contre tout le monde. (Applaudissements.)

M. FAUVEL commence par déclarer qu'il est aussi convaincu que l'est la commission de la nécessité de donner au service de santé de l'armée une constitution autonomique, sous la responsabilité d'un chef pris dans son sein; c'est-à-dire que ce service doit être constitué en corps spécial, ayant une compétence exclusive dans toutes les questions qui touchent à la santé de l'armée.

Il raconte que cette conviction remonte chez lui à la guerre d'Orient, où, pendant plus de deux ans, il lui a été donné d'observer de près le fonctionnement du service de santé, dirigé, alors comme aujourd'hui, par l'intendance militaire, et d'en signaler, pour ainsi dire, jour par jour, les funestes conséquences.

Rappelant ses rapports personnels avec Michel Lévy, il dit qu'il a vu ce puissant esprit, bien qu'investi du titre exceptionnel de directeur du service de santé, titre qui lui donnait le droit de correspondre sans intermédiaire avec le général en chef et le ministre, s'épuiser en luttes incessantes pour obtenir de l'administration ce qu'il jugeait nécessaire, et, malgré l'autorité de sa personne, la crainte qu'inspiraient les éclats de son indignation, rester souvent impuissant contre des obstacles qui paraissaient dérisoires.

Après son départ, l'intendance reprit la direction du service de santé, au grand préjudice de l'armée, qui fut ravagée par le typhus.

M. Fauvel craint qu'il en soit de même encore cette fois. Il reproche au rapport de la commission de n'avoir pas précisé ce qu'il faut entendre par l'autonomie du corps de santé militaire; il craint que la commission, séduite par ce mot, ne laisse échapper la chose; il faudrait donc préciser ce que l'on veut, quelles sont les attributions nouvelles que réclame le corps de santé, sans quoi l'intendance, qui ne souffle mot aujourd'hui, ne manquera pas de reprendre, suivant son habitude, l'influence qu'elle a perdue.

A ce point de vue, M. Fauvel regrette la scission qui s'est opérée entre les médecins et les pharmaciens militaires. Cette question de rivalité entre eux est le plus grand *impedimentum* à la solution favorable de la question, qui intéresse les deux sections du corps de santé. Il pense qu'il y a lieu de concilier les intérêts des deux parties. Il pense que la subordination de la pharmacie à la médecine n'est pas nécessaire, et que si cette subordination doit avoir lieu, elle n'a pas besoin d'être inscrite dans un projet de loi, mais qu'elle se fera naturellement par la force même des choses, le pharmacien ne pouvant faire autre chose que d'exécuter les prescriptions médicales. C'est le service qui est subordonné, et non pas nécessairement la spécialité ni l'homme.

Comme conséquence de toutes les considérations auxquelles il s'est livré, M. Fauvel demande à l'Académie de décider que la commission tout entière, telle qu'elle était composée primitivement, se réunisse de nouveau à l'effet de combler, si elle le juge convenable, par un rapport complémentaire, ces importantes lacunes qu'il a signalées dans le travail soumis présentement à la discussion.

Cette demande est d'autant mieux fondée, que la commission aura tout le temps nécessaire pour un tel travail, puisque la loi qui doit régler les attributions du service de santé, ne peut pas être soumise à l'Assemblée avant la fin de cette année.

Au nom du bien public, M. Fauvel supplie ses honorables collègues de la pharmacie de vouloir bien adhérer à cette œuvre de conciliation pratique.

M. BÉHIER déplore, comme M. Fauvel, la malencontreuse scission qui s'est produite entre les médecins et les pharmaciens militaires, qui devraient, au contraire, se liguer contre l'intendance, pour lui porter un coup décisif dont elle ne se relève plus. M. Béhier déclare, en terminant, qu'il se range à l'avis de M. Legouest; il pense que l'Académie ne pourra rien faire de mieux que de s'en tenir au discours si judicieux et si péremptoire de cet orateur.

M. LARREY trouve que le discours de M. Fauvel, tout intéressant qu'il soit, contient des parties qui ne rentrent pas directement

dans la question, et d'autres qui, malheureusement, venant après le discours de M. Legouest, avaient perdu une grande partie de leur intérêt, car les mêmes considérations avaient été développées déjà par M. Legouest, et les *desiderata* signalés par M. Fauvel n'existaient plus quand est venu son tour de parole.

M. Larrey pense que l'Académie est suffisamment éclairée et que la clôture de la discussion pourrait être prononcée dès maintenant.

M. LE PRÉSIDENT fait observer qu'il y a encore neuf orateurs inscrits, et à leur tête M. Dumas. Il pense donc qu'il conviendrait de renvoyer la discussion à mardi prochain. (Assentiment.)

La séance est levée à cinq heures et quart.

VARIÉTÉS

Éléments de chirurgie clinique.

Par M. le docteur J.-C. Félix GUYON (1).

Le volume que M. Guyon vient de faire paraître n'est que la première partie d'un *Traité élémentaire de Pathologie externe*. Il forme cependant à lui seul un tout complet répondant bien au titre que lui a donné l'auteur : *Éléments de chirurgie clinique*. M. Guyon, suivant en cela un ordre éminemment naturel, a voulu, avant d'aborder l'étude théorique de la chirurgie, réunir dans un premier volume et exposer, dans tous leurs détails, les connaissances multiples indispensables à l'élève qui veut suivre avec fruit une clinique chirurgicale. Un coup d'œil rapide jeté sur les très-nombreuses matières contenues dans ce livre montrera d'ailleurs que ce n'est pas aux élèves seulement qu'il s'adresse, mais que tous ceux qui s'occupent de pratique chirurgicale auront profit à le consulter.

L'ouvrage est divisé en trois parties :

La première est, dans un cadre relativement restreint, un véritable *Traité de diagnostic chirurgical*. Tracer la meilleure marche à suivre dans l'interrogatoire du malade, montrer l'attention du chirurgien se portant successivement et sur les circonstances extérieures à la maladie et sur les signes actuels anatomiques ou fonctionnels qu'elle offre à l'étude; faire ressortir le rôle capital que jouent, dans la recherche de ces signes, l'inspection et la palpation, les notions fournies par la vue et le toucher; faire voir comment, à l'aide d'instruments appropriés, le chirurgien peut, à sa guise, augmenter le pouvoir de ces deux sens (stylets, sondes, cathéters, laryngoscope, spéculums, ophthamoscope, etc.); indiquer les moyens à l'aide desquels il peut contrôler et éclairer d'une lumière nouvelle les renseignements qu'il aura obtenus par la vue et le toucher (exploration, mensuration, thermomètre, sphygmographe, etc.); signaler l'importance que peut, au même titre, l'analyse microscopique ou chimique des produits pathologiques; résumer enfin ces diverses données, en établissant d'une façon générale la méthode à suivre pour établir le diagnostic, tout en faisant connaître d'autre part les principales causes des difficultés, des incertitudes et des erreurs parfois inévitables, telle est la tâche considérable que M. Guyon s'est imposée. La brève énumération qui précède ne peut évidemment donner qu'une imparfaite idée de l'original. C'est le livre en main seulement que l'on pourra se rendre compte, nous ne dirons pas de la minutie, mais du luxe de détails avec lequel chacun des points que nous avons indiqués est traité par l'auteur. Grâce à une rigoureuse méthode d'exposition, cette abondance précieuse pour l'élève désireux de s'instruire et de mettre ces préceptes en pratique, ne nuit nulle part à la clarté. C'est là une des qualités spéciales de l'œuvre de M. Guyon. On en est frappé dès les premières pages. On la retrouvera au même degré dans les deux autres parties du livre.

La seconde traite de l'anesthésie chirurgicale, des règles et principes généraux des opérations usuelles et de la petite chirurgie. Cet énoncé seul indique déjà le contenu de cet important chapitre. On remarquera, en le lisant, que M. Guyon n'a pas oublié à quelle classe de lecteurs il s'adressait de préférence.

Examinant en effet, après une étude fort complète de l'anesthésie chirurgicale en général, les indications et contre-indications opératoires, l'auteur passe successivement en revue les diverses questions que le chirurgien doit résoudre avant de se décider à opérer. L'élève pourra se les poser à son tour avant l'opération à laquelle il doit assister; il en aura ainsi prévu les principales difficultés, et il lui semblera, grâce à cette étude préliminaire, qu'il prend part, en quelque sorte, lui-même à l'acte opératoire. On comprend, sans que nous insistions davantage, tout ce que son éducation chirurgicale gagnera à une pareille recherche. Nous ferons une remarque analogue au sujet des chapitres suivants, où sont exposées les règles des opérations, le rôle respectif des aides et du chirurgien, avant, pendant et après l'opération, les diverses méthodes opératoires qui peuvent être mises en usage. Ce n'est qu'en se mettant au courant de ces diverses questions que l'élève retirera vraiment profit de son séjour à l'hôpital. Quelques-unes des discussions abordées par l'auteur seront sans doute au-dessus de la portée de la majorité des étudiants; mais leur attention sera du moins mise en éveil, et leur esprit porté à des observations qu'ils n'ont pas même songé à faire.

Les opérations usuelles et la petite chirurgie forment le dernier chapitre de cette seconde partie. On sait ce que l'on étudie en général sous le nom de *petite chirurgie* (saignée, ventouses, sétons, cautères, vaccination, tamponnement, vésicatoires, cathétérisme). Cette dernière opération est décrite dans deux parties différentes de l'ouvrage; dans l'une, à propos du diagnostic chirurgical, l'auteur expose les règles et les usages du cathétérisme *explorateur*. Dans l'autre, celle que nous analysons en ce moment, le cathétérisme *évacuateur*, trouve naturellement sa place. Le lecteur rapprochera les unes des autres ces pages, où il trouvera, de la façon la plus complète, à un point de vue véritablement pratique, tous les préceptes relatifs à cette opération souvent difficile, toujours délicate et qui appartient cependant à la pratique journalière de la chirurgie. A la description de ces opérations courantes, M. Guyon a joint celle de quelques autres plus rares et plus sérieuses (transfusion du sang, trachéotomie, thoracentèse), parce que tout médecin peut, dans un cas urgent, être appelé à les pratiquer, et doit être en mesure de les tenter lorsque la vie du malade dépend de son intervention.

(*A suivre.*)

(1) 1 vol. in-8° de 672 pages, avec 63 fig. intercalées dans le texte. — Prix : 12 fr. — Paris, J.-B. Baillière.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

La Société protectrice de l'enfance de Lyon met au concours la question suivante :

« Des moyens que peuvent employer les sociétés protectrices de l'enfance pour atteindre le but qu'elles se proposent. Serait-il possible d'organiser partout une surveillance médicale efficace pour les enfants assistés, et par quels moyens pratiques ce résultat pourrait-il être obtenu ? »

Les candidats devront étudier le mode de fonctionnement des sociétés protectrices existantes; indiquer les différences et les analogies que ces sociétés présentent entre elles sous ce rapport; faire ressortir ce que chaque mode peut avoir d'avantagenx, et rechercher si d'autres moyens plus efficaces ne pourraient pas être mis en usage; examiner, enfin, si la surveillance des nourrissons porterait une atteinte quelconque à la liberté individuelle ou aux droits des familles.

Un prix de la valeur de *cinq cents francs* sera décerné dans la séance de janvier ou février 1874 au meilleur mémoire sur ce sujet.

Les mémoires devront être adressés *franco* avant le 1er décembre prochain à M. le docteur Fonterel, secrétaire général, place des Cé-

lestins, 7. Ils porteront en tête une épigraphe qui sera répétée sous un pli cacheté renfermant le nom et l'adresse de l'auteur.

— La Société de médecine de Paris tiendra sa prochaine séance le samedi 26 juillet, 3, rue de l'Abbaye, à trois heures et demie très-précises.

Ordre du jour : 1° Lecture du procès-verbal de la précédente séance; — 2° De l'uréthrotomie externe sans conducteur, par le docteur Reliquet; — 3° Communications de M. de Ranse sur les procédés opératoires de la trachéotomie; — 4° Vote sur la candidature de M. Blondel au titre de membre correspondant.

— A céder, à douze minutes de Paris, une position médicale. Rapport, susceptible d'augmentation : 8,000 francs. — S'adresser à M. Leclerc, libraire, place de l'École-de-Médecine, 14, Paris.

— Clientèle médicale à céder à quelques lieues de Paris ; — station de chemin de fer. — Revenu moyen, 10 à 11,000 francs. — S'adresser à M. Thévenot, pharmacien, 96, avenue de Clichy, Paris.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Considérations sur l'atrophie aiguë des cellules motrices (paralysie infantile spinale; paralysie spinale aiguë de l'adulte, par le docteur ALFRED PETITFILS. — In-8°. — Prix : 2 fr. 50. — Paris, Adrien Delahaye.

Étude clinique et physiologique sur la propylamine et la triméthylamine, par AÏSSA HAMDY, docteur en médecine de la Faculté de Paris et de l'École de médecine du Caire.— Gr. in-8°. Prix : 2 fr. 50. — Paris, P. Asselin.

Expériences sur la circulation du sang dans les organes isolés. — Introduction à une étude sur les effets des substances toxiques par la méthode des circulations artificielles, par le docteur Paul HÉGER. — Broch. gr. in-8° de 72 pages. Bruxelles, 1873. — Henri Manceaux, éditeur.

Traitement de la pleurésie purulente chez les enfants, par le docteur JOUGLA. — Paris, 1873. Gr. in-8° de 68 pages avec tableau. — Prix : 2 francs. — F. Savy.

L'Étudiant micrographe, traité pratique du microscope et des préparations, par ARTHUR CHEVALIER, O. ✻, 1 vol. de 600 pages, 600 figures : 7 fr. 50. — Delahaye, place de l'École-de-Médecine. — Catalogue illustré des microscopes, gratis, chez Arthur Chevalier, Palais-Royal.

De l'influence des traumatismes sur la grossesse, par le docteur JOSEPH MASSOT. — In-8°. Prix : 2 fr. 50. — Paris, Adrien Delahaye.

Le Directeur : Dr E. LE SOURD.

Paris. — Typographie A. POUGIN, quai Voltaire, 13.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Bureaux : 57, rue des Saints-Pères, 57
PRÈS L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX
CIVILS ET MILITAIRES

Le prix d'abonnement
doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

On s'abonne hors de Paris
dans les bureaux des Messageries et chez les Libraires
Les lettres non affranchies sont refusées.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui n'en peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS: Trois mois. . 8 fr. 50 c. Six mois. . . 16 — Un an. . . . 30 —

POUR L'ÉTRANGER le port en sus suivant les derniers tarifs des Postes.

REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE

Lésions nerveuses produisant des œdèmes, des congestions, des hémorrhagies et des phlegmasies pulmonaires ou autres.

Avant d'en revenir à ces formes de névralgie qui accompagnent certaines lésions fonctionnelles, certaines affections congestives ou inflammatoires des viscères, il est bon de rappeler en quelques mots un ordre de faits inverses, et par cela même connexes, qui préoccupe vivement les physiologistes et les cliniciens.

L'année dernière, dans le concours pour l'agrégation de médecine à la Faculté de Paris, M. Rathery avait reçu pour sujet de thèse l'étude de *l'œdème*, et M. Duguet, de *l'Apoplexie pulmonaire* : tous deux ont dû, en s'occupant de l'étiologie, consacrer un chapitre relativement long à l'influence du système nerveux.

En effet, comment méconnaître cette influence dans des cas où il s'agit d'une lésion expérimentale ?

En ce qui touche, par exemple, l'œdème des membres inférieurs, M. Ranvier a montré que, chez les animaux, la compression et la ligature des veines ne suffisaient pas pour le provoquer, mais que si, de plus, on coupait le nerf sciatique, cet œdème ne tardait pas à se produire dans le membre que ce nerf avait animé.

En ce qui touche l'œdème du poumon, ou l'hémorrhagie pulmonaire, plusieurs observateurs avaient noté d'abord que la lésion expérimentale des pneumogastriques avait souvent de telles conséquences, surtout chez les jeunes animaux. Puis en 1871, M. Brown-Séquard publia dans *la Lancette* le résultat d'expériences, que M. Duguet résume ainsi dans sa thèse de concours :

« Dernièrement, M. Brown-Séquard est arrivé à déterminer des lésions pulmonaires analogues à celles que l'on produit par la section des deux pneumogastriques et dans l'espace de quelques secondes. Frappé de la fréquence de la mort par le poumon dans les affections cérébrales (d'après M. Calmeil, la proportion serait d'un tiers), M. Brown-Séquard fut amené à pratiquer un grand nombre d'expériences destinées à établir les effets immédiats des lésions du cerveau sur le poumon. En produisant une plaie du pont de Varole par écrasement ou par section, il provoqua la formation d'ecchymoses dans les poumons. Ces organes furent quelquefois tout entiers distendus par du sang épanché, et il existait, dit M. Brown-Séquard, une véritable apoplexie pulmonaire. Dans quelques cas cependant, on avait produit une hémorrhagie bronchique.

« En poursuivant ces expériences, il reconnut que les lésions des autres points de la base du cerveau, en particulier celles des pédoncules cérébraux et cerébelleux s'accompagnent des mêmes effets. Il est probable, ajoute-t-il, qu'une simple pression sur la protubérance par un épanchement sanguin suffirait pour les produire.

« En descendant vers l'axe médullaire, il trouva que les lésions de la moelle allongée et du nerf spinal causaient également un épanchement de sang dans les poumons, mais beaucoup plus rarement (trois ou quatre fois sur un grand nombre d'expériences).

« Le même expérimentateur est allé plus loin en démontrant que les hémorrhagies se produisent dans les poumons, quel que soit leur état de flaccidité ou de distension, que la respiration ait lieu ou qu'elle soit suspendue. Il ajoute que les blessures portant sur l'une des deux moitiés de la protubérance agissent, en général, d'une façon plus prononcée sur le poumon du côté opposé à la lésion. »

Dans une des dernières séances de la Société de biologie, il a été question de lésions analogues survenant après la section intracrânienne de la cinquième paire.

Ainsi, il est bien établi que diverses lésions, soit des nerfs pulmonaires, soit des centres nerveux ou de certains troncs nerveux à leur point d'origine, peuvent avoir pour résultat la production de phénomènes congestifs ou même phlegmasiques dans les poumons.

Chez les vieillards, M. Charcot a souvent rencontré, à la suite d'hémorrhagies cérébrales, des pneumonies lobulaires, qui lui semblaient être causées par une influence névro-paralytique.

Et quant à ces cas d'expectoration albumineuse survenant d'une manière subite, par accès, se calmant sous l'influence d'une révulsion énergique à la partie antérieure du cou, n'est-ce pas là encore un puissant argument pour l'opinion de ceux

qui croient à une origine parfois nerveuse de la congestion pulmonaire ?

Même à la suite de la thoracentèse, les accès de suffocation se sont parfois reproduits par accès.

Dans les épreuves d'un ouvrage fort intéressant, fort bien rédigé qui va paraître prochainement à la librairie Asselin, les *Leçons cliniques professées à l'hôpital de la Charité, par M. Michel Peter*, nous trouvons la mention d'un fait de ce genre, communiqué par M. le professeur Richet.

« Un enfant de dix ans était atteint de pleurésie aiguë datant de douze jours environ. Le docteur B... (de Montmorency), fait appeler M. Richet pour voir cet enfant, qui suffoquait : matité absolue dans tout le côté droit, jusque sous la clavicule ; absence du murmure respiratoire ; abaissement du foie constaté par la palpation et la percussion; déviation du cœur, rejeté fortement sous l'aisselle gauche ; peu ou point de fièvre ; trente-quatre à quarante respirations par minute, selon que le petit malade s'agite plus ou moins. Peu ou point de toux ; expectoration nulle.

« Dans ces conditions, l'opération de la thoracentèse est décidée, et elle est pratiquée avec le trocart plat et recourbé muni de la chemise en baudruche suivant le procédé de Reybard ; écoulement d'abord rapide d'un liquide séreux, citrin, sans pseudo-membranes ; 500 grammes environ sortent ainsi en jet ; puis la respiration s'accélère ; le pouls faiblit. Des secousses multipliées et rapides de toux surviennent et M. Richet se hâte de retirer la canule, pensant que le déplissement du poumon, qui se faisait très rapidement, trop rapidement peut-être, pouvait amener une syncope. L'écoulement supprimé, le calme semble d'abord se rétablir ; mais bientôt l'enfant fut repris de suffocation, de secousses violentes de toux et une *écume bronchique* abondante commença à apparaître dans la bouche et sur les lèvres. Des frictions, des synapismes, une potion éthérée semblèrent de nouveau calmer ces divers symptômes et M. Richet quitta Montmorency, bien persuadé que cet accident n'aurait pas de suite. Malheureusement il n'en fut rien, M. Richet apprit le lendemain qu'une nouvelle attaque de suffocation était survenue deux heures environ plus tard, et que l'enfant avait succombé ayant à la bouche et crachant avec beaucoup de peine une grande quantité d'écume bronchique un peu sanguinolente. »

L'expression *écume bronchique* n'empêche pas M. Peter d'attribuer judicieusement cette expectoration à une transsudation du sérum sanguin.

« Il est difficile de ne pas croire, dit-il, que le liquide ne fût purement et simplement de la *sérosité du sang extravasé* par excès de pression. »

La transsudation est certaine, mais l'excès de pression nous semble moins prouvé.

Si l'hyperémie tenait uniquement *au retour trop rapide du sang dans la branche de l'artère pulmonaire qui dessert le poumon comprimé par l'épanchement*, si tous ces faits, comme le dit ailleurs M. Peter, *reconnaissaient une même pathogénie, à savoir, l'afflux presque foudroyant du sang dans un poumon comprimé ou maximum par un épanchement considérable et trop brusquement dilaté*, la transsudation que traduit l'expectoration albumineuse ne se produirait pas comme chez cet enfant par accès séparés à de longs intervalles ; elle ne se produirait pas surtout avant toute thoracentèse, comme elle le fit une première fois chez un malade dont M. Béhier a récemment raconté l'histoire, et qu'une seconde crise de ce genre emporta quelque temps après l'opération.

Les leçons de M. Peter sont si remarquablement écrites et pensées, que la moindre tache y fait peine. Or, le goût des explications matérielles et mécaniques y est peut-être trop accusé et y fait tache.

Il est certain que, quand on pratique la thoracentèse à l'aide d'appareils puissamment aspirateurs, on peut produire une tendance au vide, une action de ventouse dans la cavité sur laquelle porte l'aspiration. Le sang peut donc, en pareil cas, y affluer *par excès de pression*, en ce sens qu'en effet la pression atmosphérique se fait sentir dans tout l'appareil circulatoire, sur toute la colonne sanguine. Dans les conditions habituelles, cette pression intra-vasculaire est équilibrée par une pression extérieure égale ; elle ne tend donc pas à dilater les vaisseaux sanguins ; mais, sitôt qu'on diminue la pression extérieure et que l'équilibre est rompu, elle y fait affluer le sang qui les dilate.

Tel peut être, en effet, le résultat mécanique d'une aspiration trop brutale; mais l'œdème serait alors progressif, continu ; il se produirait vite, et ne s'arrêterait que quand les pressions se seraient équilibrées par la dilatation graduelle du poumon ou autrement. Une fois arrêté, cet œdème ne pourrait s'y reproduire sans un nouvel appel. Telle serait forcément la physionomie d'un œdème tout mécanique, bien différente de ce qui a été observé chez le malade de M. Béhier ou chez celui de M. Richet.

M. Richet s'était servi de la canule de Reybard, sans aspirateur pneumatique. Le vide produit n'avait pu être considérable ; et cependant le petit malade a été affecté à plusieurs reprises, et si gravement qu'il en est mort.

Il est vrai que c'était un enfant ; or, on sait que chez les jeunes animaux les lésions pulmonaires qui surviennent à la suite des lésions des pneumogastriques sont bien plus fréquentes et plus graves que chez les animaux adultes.

Mais ce n'est pas tout. Chez les enfants, les actions réflexes sont exagérées dans une proportion considérable. Les convulsions par action réflexe en sont un exemple incontestable, connu de tous les praticiens.

Il y aurait donc chez les enfants une double cause d'exagération des phénomènes, s'il est vrai de dire que ces phénomènes résultent d'une action réflexe vaso-motrice, peut-être névro-paralytique, provoquée après la thoracentèse par l'abord de l'air venant dilater les vésicules et agissant sur les ramuscules terminaux des nerfs du poumon.

Comme particularité curieuse de l'observation de M. Richet, notons encore ce point, que le liquide spumeux rendu par le petit malade devint *sanglant lors de la dernière crise*, quelques heures après l'opération. Il ne l'avait pas été d'abord, dans la crise qui suivit de près la thoracentèse. On ne peut donc supposer de blessure du poumon. Ici, comme chez mon malade dont j'ai raconté l'histoire en détail, il y eut tantôt uniquement simple transsudation du sérum sanguin, et tantôt en même temps, sur certains points, transsudation du sang lui-même, y compris les globules.

PROMENADE DANS LES HOPITAUX

De l'azoturie.

Dans une de nos dernières revues cliniques, à propos d'un malade que M. Bouchard traite d'un rétrécissement de l'œsophage par la dilatation à l'aide de sondes coniques et graduées, nous avons parlé d'une autre malade chez laquelle le rétrécissement de l'œsophage se compliquait d'azoturie simple.

L'azoturie simple est fort rare : M. Bouchard qui, depuis lors,

la cherche avec le plus grand soin, n'en a rencontré que deux cas.

Tout au contraire, l'azoturie compliquée de polyurie est assez commune; c'est le plus souvent ce qui fait le fond du diabète insipide.

L'azoturie, son nom l'indique, consiste en une augmentation de la quantité de l'urée et autres principes azotés dans l'urine.

Si la quantité des urines reste normale, l'azoturie est nécessairement relative aussi bien qu'absolue. C'est-à-dire que l'urine renferme pour un même volume proportionnellement plus d'urée, etc.; il le faut bien pour que la quantité de ces principes azotés, que le malade perd dans les vingt-quatre heures, devienne plus considérable en pareil cas.

Chez le polyurique, au contraire, il se peut qu'on ne trouve pas, en analysant l'urine, un accroissement notable dans la proportion des substances azotées. Il peut même arriver que cette proportion soit plutôt diminuée et que le malade n'en soit pas moins azoturique.

En effet, le plus ou moins d'eau que ses reins ont laissé passer dans la journée ne change rien à la déperdition de matières azotées qu'il a éprouvée dans cet intervalle.

Or, cette déperdition est la chose importante aux yeux du médecin.

Elle indique qu'il y a excès dans la combustion organique, que le malade use trop vite la substance de ses tissus :

Polyurique ou non, l'azoturique maigrit et dépérit. Généralement sa peau est sèche et rude.

M. Bouchard aurait observé ces phénomènes chez la jeune fille dont nous avons déjà parlé, et il ne parvint à lui faire reprendre de l'embonpoint qu'en employant des préparations arsenicales qui calmèrent l'azoturie.

L'arsenic et la valériane, tels sont en effet les deux grands moyens que M. Bouchard emploie chez les azoturiques, polyuriques ou non.

Par l'arsenic, sous forme de liqueur de Fowler, à la dose de douze gouttes, il a pu, en cinq jours, diminuer de moitié la quantité d'urine, et presque des deux tiers la quantité d'urée chez une femme qui rendait par jour seize litres d'urine avec 85 grammes d'urée en moyenne.

Par la valériane, chez d'autres malades, il a obtenu des résultats très-analogues.

Il ne faudrait pas croire que chez tous les gens qui maigrissent on doit rencontrer l'azoturie.

Les chlorotiques, les anémiques, chez lesquels les divers actes de la nutrition s'accomplissent évidemment mal, ne rendent pas plus d'urée que les gens bien portants, quelquefois moins.

Et cependant, chez la jeune fille azoturique observée par M. Bouchard, comme chez les chlorotiques, les règles s'étaient supprimées, la peau était pâle, etc., etc.

A première vue, on aurait cru que le cas était identique. Mais l'analyse des urines a fait connaître les différences.

Dr Victor Revillout.

AUTOPLASTIE PAR GLISSEMENT

A LA SUITE D'UNE MORSURE DE CHIEN ; GUÉRISON SANS DIFFORMITÉ

Par M. le docteur Millot.

Le 18 mai au soir, notre excellent confrère et ami le docteur Dupuis, nous fit appeler en consultation pour savoir ce qu'il fallait essayer pour l'accident de la demoiselle X...

Cette enfant, en jouant avec un chien, l'avait probablement excité. Bref, d'un coup de gueule, l'animal lui avait enlevé complétement la lèvre inférieure.

La figure de cette pauvre enfant était hideuse à voir. Le lambeau déchiqueté pendait du côté de la joue ; les gencives, les dents étaient découvertes ; une salive sanguinolente s'échappait constamment de la bouche. La parole était impossible.

Comment remédier à ce délabrement?

Fallait-il confier tout à la nature et se borner à un traitement simple? Fallait-il réunir, par des bandelettes de diachylon ou des points de suture les différentes parties de la plaie? Nous ne le pensâmes point, et nous souvenant des résultats heureux d'autoplastie par glissement obtenus par Velpeau, Blandin, et bien avant ces illustres chirurgiens, par Celse (traduction de Ninnin, t. II, p. 161), nous résolûmes de refaire une lèvre par un procédé semblable.

Voici comment nous fîmes cette opération. Notre petite blessée, une fois endormie, nous glissâmes, dans l'épaisseur du lambeau, un ténotome à lame mince qui nous servit à disséquer soigneusement la peau du menton, à sectionner le peaucier, le muscle de la houppe du menton ainsi qu'à décoller la muqueuse buccale, avivant et égalisant ensuite les bords de la morsure et faisant glisser de notre mieux la peau du menton. Nous portâmes le sommet inférieur du triangle que représentait la morsure à la commissure opposée, où un point de suture le maintint. Ayant relevé la muqueuse gingivale, nous parvînmes, au moyen de cinq épingles à suture, à unir les deux lèvres de la plaie et à donner à la région son aspect habituel.

Un pansement simple termina l'opération.

Alimentation liquide; défense absolue de parler.

19 mai. — Nuit calme; rien de changé dans le pansement.

20 mai. — Nous enlevons le premier appareil. La plaie est splendide, quoique boursouflée; l'apparence de la lèvre de nouvelle fomation est de tous points satisfaisante.



21 mai. — Nous enlevons deux des épingles; il sort un peu de pus de l'une des ouvertures. Les bords de la plaie sont complétement réunis. Pas de fièvre; pansement simple.

22 mai. — Le reste des épingles est enlevé. Le résultat est aussi satisfaisant que possible; la lèvre nouvelle encadre parfaitement le visage; une ligne légère montre l'endroit où s'est faite la réunion; mais rien n'est difforme, et les fonctions de cet organe s'effectuent comme par le passé.

Nous devons signaler la précaution que nous avons prise pour maintenir en contact les deux surfaces saignantes après la dissection profonde des parties. La peau de la région étant relevée, c'est à l'aide d'une compresse graduée et de quelques spires de bandes que nous y sommes arrivés.

Le docteur Dupuis, médecin de la Faculté, a continué pendant quelques jours encore, ses soins à notre opérée. Rien ne s'est démenti dans la guérison, et aujourd'hui 20 juillet, deux mois après l'opération, nous avons pu constater la persistance absolue de cette guérison. Nous avons fait graver une planche que l'on trouvera ci-jointe, et qui représente exactement les dispositions de la plaie avant l'opération et le résultat mathématique obtenu après celle-ci.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Séance du 22 février 1873 (1). — Présidence de M. Lunier.

ÉLECTION

M. de Saint-Germain est nommé membre titulaire de la Société à l'unanimité des membres présents.

M. Reliquet. A propos des faits de conservation relatés dans la dernière séance, j'ai cru devoir vous communiquer les faits suivants :

Plaie par éclat d'obus. Perte d'une section de 0m,09 du tibia. Fragments du plomb d'enveloppe de l'obus dans le creux poplité; où ils sont arrivés en contournant l'articulation du genou. Reproduction de la section du tibia. Guérison. Présentation du blessé. — Pendant le siége de Paris, le 30 novembre 1870, le soir de la bataille de Champigny, au nombre des blessés apportés à l'ambulance de l'Hôtel-de-Ville, dont j'étais le chirurgien, se trouve O..., vingt et un ans, né à Paris, soldat au 123e de ligne.

A l'examen, je trouve à la jambe gauche, qui était dans une gouttière, une vaste et profonde plaie par éclat d'obus. Elle commence immédiatement au-dessous de l'insertion du tendon rotulien, et s'étend à 0m,15 en bas. La lèvre interne de la plaie est coupée net; l'externe est déchiquetée, et à la peau décollée est adhérant par son bord le morceau de la face externe du tibia que je vous montre. Lequel est long de 0m,09 et large de 0m,03 et demi. Dans le fond de la plaie, qui va jusqu'aux muscles de la région postérieure de la jambe, il y a quelques petites esquilles presque libres, que je détache, ainsi que le large morceau de la face externe du tibia.

Le fragment supérieur du tibia présente, à 0m,01 au-dessous de l'insertion du tendon rotulien, une coupe, qui serait tout à fait transversale sans une saillie de 0m,02 du bord postérieur de ce fragment. Contre cette coupe supérieure du tibia, je trouve le plus petit des morceaux de plomb que voici.

Le fragment inférieur est beaucoup plus irrégulier; il offre de nombreuses pointes, et en arrière, la face postérieure du tibia se prolonge de 0m,04 vers la saillie analogue du fragment supérieur. Ces prolongements des faces postérieures des fragments l'un vers l'autre m'assure la conservation à leur surface d'une certaine quantité de périoste.

Ainsi au début, les fragments du tibia étaient éloignés l'un de l'autre : en avant, 0m,09; en arrière, les extrémités des pointes étaient à 0m,02. Plus tard, quand l'extrémité nécrosée du fragment inférieur (que voici) s'est détachée, les deux sections du tibia se sont trouvées à 0m,11 l'une de l'autre en avant.

Cette vaste plaie de la jambe présente, en haut et en dedans, un prolongement angulaire avec décollement de la peau qui contourne la face interne du tibia et l'articulation du genou en se dirigeant dans le creux poplité. J'explore le trajet avec une sonde de femme et de longs stylets courbés *ad hoc*, et j'arrive dans le creux poplité sans reconnaître de corps étrangers. Je borne là mon exploration de ce côté, résolu à attendre, le palper du creux poplité ne me donnant rien.

Malgré ce grand délabrement du tibia, chose curieuse, le péroné était intact. Et, singulière coïncidence avec O..., la même voiture apporta à l'ambulance un mobile de Rouen, M. S..., qui avait une fracture du tibia par éclat d'obus, sans fracture du péroné. Mais, chez celui-ci, il n'y a qu'une dénudation du tibia sans perte de substance et sans esquille.

Je mets de suite la jambe dans une gouttière, et je panse d'abord avec de l'eau alcoolisée, puis avec de l'eau phéniquée : 4 grammes pour 1000 grammes d'eau. A chaque pansement, deux fois par jour, on seringue toutes les anfractuosités de la plaie avec de l'eau phéniquée.

Après cinq jours, malgré les nombreux conseils qu'on donnait de couper la cuisse, confirmé dans mon opinion par mon ami et collègue M. Collineau, je résolus de tenter la conservation.

J'applique les attelles plâtrées de Maisonneuve et une bande plâtrée par-dessus; je fais monter l'appareil jusqu'au milieu de la cuisse, en conservant une large ouverture au niveau de la plaie, et en donnant au membre une position demi-fléchie. Ainsi, il y a moins de douleur dans la jambe et la saillie du fragment inférieur est plus faible. Je coupe les saillies aiguës et dénudées du fragment inférieur, et matin et soir la plaie est pansée et nettoyée avec une seringue chargée d'eau phéniquée. Quand le bourgeonnement est trop saignant, j'emploie la glycérine.

Tout marcha très-simplement jusqu'au 23 janvier, pendant près de deux mois. Le pansement est régulièrement fait, et je surveille attentivement le tube digestif. Tous les deux ou trois jours, au plus, on fait à O... une lotion-friction avec un mélange de 60 grammes de vinaigre aromatique pour un litre d'eau. A tous les blessés que j'ai soignés à l'ambulance de l'Hôtel-de-Ville, ces lotions-frictions étaient régulièrement faites.

A cette date, le 23 janvier, il y a un peu de fièvre, du malaise général et des douleurs mal définies, mal localisées dans la jambe.

Je fends le bandage plâtré sur sa face supérieure, je l'ouvre, et le membre étant retiré, je trouve un petit abcès à la face externe de la jambe, que j'ouvre, et un gonflement assez considérable du creux poplité. De plus, je constate que la jambe est incurvée en dedans, et les saillies de la tête du péroné et de la malléole interne qui en ont résulté ont provoqué de petites eschares à ces deux points.

Je garnis le bandage plâtré de coton, et je m'en sers comme d'une gouttière. La plaie est toujours belle; toute la section du fragment supérieur est recouverte de bourgeons charnus. L'extrémité nécrosée du fragment inférieur ne s'est point encore détachée. Et les prolongements osseux profonds s'exfolient pour se couvrir de bourgeons charnus.

Le 28 janvier, je trouve de la fluctuation près du bord interne du creux poplité; j'incise et, en explorant, je trouve et j'extrais le gros morceau de plomb que vous voyez.

Le 2 février, un nouvel abcès se déclare au creux poplité, en dehors du premier. Je fais une ouverture, et par elle je retire trois morceaux de plomb.

Le 15 février, l'extrémité nécrosée du fragment inférieur se détache.

Jusqu'au 13 mars, jour où l'ambulance fut fermée, je continue à maintenir l'immobilité la plus complète possible, et à panser matin et soir la plaie. Déjà, à cette époque, les fragments paraissaient plus rapprochés.

O... fut transporté à l'ambulance militaire du Jardin des-Plantes, où il resta un mois. On l'engagea plusieurs fois à se faire couper la cuisse, en lui disant qu'il ne pourrait jamais se servir de sa jambe. M. Larrey, qui connaissait ce blessé pour l'avoir vu à l'ambulance de l'Hôtel-de-Ville, soutint O..., qui refusait toujours l'amputation. Puis, il passa six mois à la campagne, chez M. Tourguenef, où je le vis plusieurs fois, entouré de tous les soins. C'est là qu'il commença à marcher avec des béquilles d'abord, ne s'appuyant pas sur sa jambe, qui était entourée seulement d'une bande. La reproduction de l'os se faisant, il s'appuya de plus en plus sur sa jambe, et au mois de février 1872, il quitta les béquilles (quinze mois après la blessure).

Actuellement, comme vous le voyez, O... marche librement sans appui et sans claudication bien nette. Il y a une notable incurvation de la jambe en dedans, et un raccourcissement réel de 0m,02.

Il persiste encore une petite plaie à la partie moyenne de la cicatrisation, mais elle tend à diminuer de plus en plus.

Ainsi, comme vous le constatez, le tégument du tibia détruit par l'éclat d'obus s'est rétabli, et il y a un tel rétablissement, que O...

(1) Suite. — Voir les numéros des 20 mai, 3, 10, 24 juin et 5 juillet 1873.

à pu marcher librement. Actuellement, il faut une longue marche pour provoquer un peu de douleur dans la malléole interne.

Dans le second fait, il s'agit d'un cas de broiement de toute la section de l'humérus, depuis le milieu du V deltoïdien jusques et y compris la tête humérale, et d'une fracture de la cavité glénoïde. Le tout dû à une balle qui était incrustée dans la cavité glénoïde. Malgré l'étendue de la lésion de l'humérus, j'ai fait la résection, c'est-à-dire que j'ai sectionné l'humérus au milieu du V deltoïdien, immédiatement au-dessous de son extrémité brisée; j'ai enlevé les nombreux fragments d'os que je vous montre, et malgré cette grande perte d'os, j'ai obtenu le résultat que vous pouvez vérifier dans la *Revue photographique*, où l'observation avec photographie a été publiée en 1871. Il s'est établi une pseudarthrose entre l'humérus et le scapulum, et maintenant le sujet se sert de son membre raccourci de 0m,10, d'une façon assez complète, puisqu'il porte la main à la figure et au-dessus de la tête, qu'il peut boutonner ses bretelles en arrière. (Ce fait est dans la *Revue photographique des hôpitaux*, 1871).

(*A suivre.*)

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 11 juillet 1873 (1). — Présidence de M. BERNUTZ.

PRÉSENTATION DE PIÈCES ANATOMIQUES

M. COLIN présente le foie d'un malade mort des suites d'une hépatite chronique. Cet homme était revenu du Sénégal, où il était resté trois ans, souffrant beaucoup dans le côté droit et présentant un état cachectique. Au printemps de 1872, il fut envoyé à Vichy et revint beaucoup mieux. Mais il ne tarda pas à souffrir de nouveau et à présenter de nouveau des accès contre lesquels le sulfate de quinine restait absolument inefficace. L'asphyxie se montra de plus en plus intense; la fièvre devint continue, et, quelque temps avant sa mort, ce malade présenta une expectoration identique à celle de la pneumonie.

A l'autopsie, un flot de pus s'écoula au moment où on sectionna la veine-cave supérieure. Il s'agissait donc d'un abcès du foie communiquant avec la veine-cave ascendante; les poumons présentaient chacun cinq ou six vastes collections purulentes.

M. Colin fait remarquer, sur la pièce qu'il présente, un exsudat fibrineux pouvant correspondre à un travail de résorption spontanée qui se serait faite à l'époque où le malade, revenant de Vichy, se trouvait beaucoup mieux.

M. BOURDON a eu l'occasion, trois ou quatre fois, dans des cas analogues à celui dont vient de parler M. Colin, d'évacuer le liquide par la méthode de Récamier. Malgré cela, tous les malades auxquels a été pratiquée cette opération sont morts. Dutroulau a dit que toutes les fois qu'on opérait ainsi des abcès du foie non enkystés, la mort était la règle, et que les malades mouraient de résorption putride. M. Colin, ajoute M. Bourdon, ne doit donc pas regretter de n'avoir pas pratiqué cette opération sur le malade dont il vient d'être parlé.

RAPPORTS

M. MOUTARD-MARTIN lit un rapport sur un mémoire de M. Lagou (d'Aigueperse), ayant pour titre : *l'herpès labialis considéré comme fièvre éruptive.*

M. Moutard-Martin propose de renvoyer ce mémoire au comité de publication et d'inscrire le nom de M. Lagou sur la liste des candidats au titre de membre correspondant.

Ces conclusions sont adoptées.

M. BESNIER donne lecture du rapport trimestriel sur les maladies régnantes.

Dans ce rapport, M. Besnier déplore de voir toujours rester sans effets les nombreux appels qu'il fait auprès de ses collègues et des internes des hôpitaux pour avoir des documents qui lui permettent d'instituer de sérieuses statistiques sur plusieurs questions médicales de la plus haute importance, et particulièrement sur le croup et son traitement par la trachéotomie.

(1) Fin. — Voir le numéro du 19 juillet 1873.

COMMUNICATIONS

M. LIBERMANN lit un travail sur les *inhalations de chlorhydrate d'ammoniaque dans les affections chroniques des voies respiratoires.*

Il met d'abord sous les yeux de la Société l'appareil imaginé par le docteur Loervin, et destiné à produire, par un moyen chimique, le chlorhydrate d'ammoniaque à l'état naissant.

Cet appareil, dont M. Libermann a modifié légèrement les dispositions, se compose de trois flacons de verre d'inégale grandeur; le plus grand reçoit 120 grammes d'eau distillée; les deux plus petits sont chargés, l'un de 60 grammes d'acide chlorhydrique; l'autre d'une égale quantité d'ammoniaque caustique. Les petits flacons communiquent avec le grand au moyen de deux tubes coudés, mi-partie verre, mi-partie caoutchouc. Les deux petits flacons sont munis chacun de deux tubes aspirateurs en verre qui plongent dans le liquide et le font communiquer avec l'air extérieur. Le grand flacon est muni d'un troisième tube, verre et caoutchouc, terminé par un bout d'ivoire. C'est par ce dernier tube que les malades aspirent les vapeurs du chlorhydrate d'ammoniaque.

Le vide se faisant ainsi dans les petits flacons, l'air extérieur y pénètre par les tubes aspirateurs et se charge de vapeurs d'acide chlorhydrique et d'ammoniaque qui viennent se combiner dans le flacon laveur sous forme de chlorhydrate d'ammoniaque à l'état naissant. Ces vapeurs sont lavées en passant dans l'eau distillée.

Loervin, pour rendre cet appareil accessible aux enfants, ajoute à chacun des petits flacons un tube en verre qui vient se réunir à un troisième tube en caoutchouc et muni d'une poire de même substance sur laquelle il suffit de presser pour faire arriver les vapeurs dans la bouche de l'enfant.

Pour empêcher l'excès d'ammoniaque, on sature l'eau distillée du flacon laveur avec de l'acide chlorhydrique. En outre, M. Libermann recommande aux malades de boucher avec le doigt le tube aspirateur du flacon qui contient l'ammoniaque de façon à rétablir l'équilibre entre les vapeurs d'acide chlorhydrique et celles d'ammoniaque toujours plus abondantes.

On masque l'odeur du chlorhydrate d'ammoniaque au moyen de quelques gouttes d'une huile aromatique ajoutée à l'eau distillée du flacon laveur. On peut même y ajouter des substances médicamenteuses sur la volatilisation desquelles M. Libermann a entrepris une série d'expériences.

C'est ainsi qu'il a expérimenté le brome, l'iode, l'acide sulfhydrique, et un grand nombre de substances organiques, telles que le goudron, l'acide carbolique, le benjoin, le baume de Tolu, l'essence de térébenthine et les essences oxygénées. Mais ces expériences n'ont été faites qu'au point de vue chimique, M. Libermann donnera plus tard les résultats qu'il aura obtenus au point de vue thérapeutique.

A ce point de vue, il n'entend parler aujourd'hui que des inhalations de chlorhydrate d'ammoniaque.

Le malade qui aspire les vapeurs de chlorhydrate d'ammoniaque sera averti du passage du gaz dans le larynx par un picotement assez vif.

Dans certaines formes d'angines granuleuses s'étendant à la muqueuse nasale, M. Libermann recommande aux malades de faire passer la fumée par le nez. Les effets de l'application locale de chlorhydrate d'ammoniaque sont les suivants : irritation vive de la muqueuse, suivie de la chute et du renouvellement de l'épithélium, avec augmentation de la sécrétion normale ou pathologique, irritation se traduisant par une exacerbation de tous les symptômes pendant les premiers jours, puis, peu à peu, les sécrétions deviennent moins abondantes, les douleurs se calment, et par suite de la révulsion directe exercée sur elle, la muqueuse tend à revenir à l'état normal, souvent dans un temps fort court. Le chlorhydrate

d'ammoniaque est encore absorbé, au moins en partie, et peut être retrouvé dans les urines.

Son action générale se traduit par une accélération du pouls, un sentiment de chaleur et d'excitation, une moiteur de la peau qui va parfois jusqu'à une sueur abondante, enfin une augmentation de la sécrétion rénale. Le chlorhydrate d'ammoniaque a encore une action sédative remarquable sur les nerfs; il calme la toux et les chatouillements si désagréables dans certaines formes d'angine granuleuse.

M. Libermann a expérimenté les inhalations de chlorhydrate d'ammoniaque dans l'angine granuleuse, la bronchite chronique, l'angine de poitrine et la coqueluche. Dans l'angine granuleuse, ces inhalations lui ont donné d'excellents résultats dans cent deux cas depuis cinq ans. Il admet deux formes d'angine granuleuse, l'une constituant une lésion purement locale et qui guérit très-bien en quelques semaines sous l'influence des vapeurs de chlorhydrate d'ammoniaque; l'autre, beaucoup plus fréquente, tenant à l'herpétisme, et qui ne guérit jamais complétement.

Dans un certain nombre de cas cependant, elle a modifié heureusement les accidents. L'aphonie, par exemple, qui accompagne toujours l'angine granuleuse et qui tient à deux causes, la congestion des cordes vocales et leur défaut de rapprochement, disparaît souvent après l'inhalation de chlorhydrate d'ammoniaque. Celui ci, en effet, après avoir augmenté la congestion, la fait disparaître, et excitant la contractilité des muscles thyro arythénoïdiens, permet aux cordes vocales de se rapprocher et à la voix de reprendre son timbre normal.

Cet effet se produit parfois presque immédiatement après l'inhalation du chlorhydrate d'ammoniaque et persiste souvent plusieurs heures après.

Dans la bronchite chronique, M. Libermann a employé cette médication un grand nombre de fois. Dans les bronchites liées à une tuberculisation plus ou moins avancée, il n'a obtenu que des résultats incertains; deux fois même il est survenu chez les malades des hémoptysies qui lui ont paru dépendre de cette médication et la lui ont fait abandonner complétement dans la bronchite tuberculeuse. Dans la bronchite chronique simple, l'effet de la médication a été très-prompt; des bronchites chroniques datant de plusiaurs mois ont guéri dans une moyenne de dix-sept à trente-huit jours.

Dans les bronchites liées à l'emphysème pulmonaire, le succès a été moins rapide, mais la sécrétion bronchique et la toux ont été amendées d'une façon très-notable et la guérison temporaire de la bronchite, mais non de l'emphysème, a été obtenue dans une moyenne de six semaines à deux mois. Dans les cas d'asthmes nerveux sans emphysème pulmonaire, ni dilatation du cœur, les malades ont été très-soulagés par les inhalations de chlorhydrate d'ammoniaque. Dans la coqueluche, les accès de toux, dans sept cas, ont été très amendés, et la maladie guérie dans un espace de cinq à six semaines. Dans cinq cas, le chlorhydrate d'ammoniaque n'a eu aucune action. Dans un cas d'angine de poitrine, ces inhalations ont toujours diminué la longueur et la durée de l'accès, mais n'en ont pas empêché le retour.

En résumé, dit en terminant M. Libermann, les inhalations de chlorhydrate d'ammoniaque à l'état naissant sont très-utiles dans les différentes formes d'angine granuleuse, surtout dans l'angine granuleuse inflammatoire quand elle a passé à l'état chronique. En général, la guérison n'est obtenue qu'après un temps relativement fort court. Dans l'angine herpétique, elles agissent en diminuant l'intensité des phénomènes morbides locaux, mais elles n'ont pas d'action générale, par conséquent ne sont pas curatives dans la force du terme, seulement elles remplacent avantageusement les applications topiques habituellement employées dans ces cas.

Dans la bronchite chronique, elles agissent sur l'élément catarrhal en diminuant les sécrétions bronchiques, qu'elles tarissent assez promptement; mais leur action est trop excitante, les premiers jours surtout, pour qu'on puisse les employer sans danger dans la bronchite tuberculeuse.

Enfin, elles exercent encore une action incontestable sur les manifestations nerveuses des voies respiratoires et trouvent leur emploi dans la toux convulsive et les différentes formes d'asthme idiopathique.

La séance est levée à cinq heures.

VARIÉTÉS

Éléments de chirurgie clinique.

Par M. le docteur J.-C. Félix Guyon (1).

La troisième et dernière partie est tout entière consacrée au traitement des opérés ou des blessés, sujet tout d'actualité et partout aujourd'hui à l'ordre du jour. M. Guyon en a compris l'importance, et cette partie de son ouvrage, tout à fait originale par la façon dont la question est traitée, mérite la plus grande attention. On remarquera tout d'abord l'heureuse inspiration qui a fait joindre au traitement général des blessés tel qu'il est compris d'ordinaire (régime, traitement médical), un exposé fort complet de la grosse question de l'hygiène hospitalière : conditions hygiéniques qui doivent être observées dans la construction des hôpitaux, chauffage, aérage, hygiène des salles en général, avantages et inconvénients des tentes et hôpitaux-baraques. Ces divers points, successivement abordés par l'auteur, doivent en effet être familiers à tout chirurgien instruit.

L'étude du traitement local des opérés ou blessés se divise naturellement en deux parties : les pansements proprement dits d'une part, les bandages et appareils de l'autre. M. Guyon a cherché à classer, suivant un ordre naturel, les nombreuses variétés de pansements auxquels la chirurgie peut avoir recours. La tâche n'était pas aisée, et tous ceux qui l'avaient tentée avant lui avaient échoué. La classification la plus rationnelle et la plus utile était en effet celle qui, fondée sur le but que l'on poursuit dans l'application des pansements, présentait le double avantage de faciliter leur étude et de guider le praticien dans leur emploi. Mais nos connaissances en physiologie thérapeutique sont-elles assez précises pour permettre un pareil classement? et d'autre part l'effet de certains topiques n'est-il pas parfois multiple? Une même substance ne satisfait-elle pas, suivant les circonstances où elle est appliquée, à des indications différentes? Enfin, dans la pratique, des modes divers de pansement ne doivent-ils pas souvent être combinés entre eux pour hâter la guérison d'une plaie?

Malgré ces difficultés, M. Guyon, s'attachant à mettre en relief la propriété principale reconnue ou supposée de chacun des divers modes de pansement, est parvenu à les ranger en quatre groupes distincts : pansements préventifs, pansements préservateurs, pansements modificateurs, pansements protecteurs. Nous ne pouvons suivre l'auteur dans l'étude détaillée qu'il a entreprise des divers procédés de pansement qui trouvent place dans ces quatre classes. Nous dirons seulement que le mode d'action des divers topiques employés en chirurgie, leur mode d'emploi, leurs avantages et leurs inconvénients sont successivement et pour chacun d'eux, étudiés et appréciés avec le plus grand soin. On comprend de quel profit doit être une pareille lecture et pour le chirurgien chargé de diriger le traitement, et pour l'élève, le modeste *panseur* de nos hôpitaux qui, se rendant mieux compte du but qu'il poursuit, apportera à sa tâche plus d'intérêt, et partant plus de soin.

L'étude des principaux bandages et appareils complète cet exposé de thérapeutique chirurgicale. On saura gré à M. Delens, à qui M. Guyon a confié la rédaction de cette partie de son livre, d'avoir laissé de côté certains bandages et appareils à peu près universellement abandonnés aujourd'hui, tout en faisant une large place aux perfectionnements récents apportés dans cette branche de la chirurgie.

(1) Fin. — Voir le dernier numéro.

Nous aurons terminé cette rapide analyse lorsque nous aurons signalé à l'attention du lecteur l'intéressante introduction historique due à la plume si compétente de M. Hénoque qui ouvre le volume et mentionne les nombreuses indications bibliographiques qui complètent heureusement la plupart des chapitres de l'ouvrage.

En résumé, l'impression que nous avions eue tout d'abord en parcourant pour la première fois le livre de M. Guyon, s'est fortifiée à mesure que nous en prenions plus amplement connaissance. La pratique chirurgicale, dans ces modes infiniment variés, y est tout entière contenue. Les vues originales sont nombreuses; d'autres, déjà connues, sont pour ainsi dire rajeunies par la clarté et la méthode d'exposition. Nous n'avons pas besoin d'insister sur l'utilité et même sur la nouveauté d'un pareil livre. Personne n'avait encore songé à faire figurer dans son ensemble les diverses parties dont il traite. Un ouvrage semblable ne devait pas, au reste, être une simple compilation, mais bien le résultat des réflexions et de l'expérience. On pouvait craindre, qu'en raison de son but modeste, il ne tentât jamais un chirurgien expérimenté et déjà en possession d'une notoriété méritée. On félicitera M. Guyon de ne s'être pas laissé arrêter par des considérations de ce genre, d'avoir compris quelle importance il y a toujours, et peut-être aujourd'hui plus que jamais, à montrer à l'élève le prix que l'on doit attacher aux éléments de l'instruction clinique et la marche qu'il doit suivre pour s'efforcer de les acquérir.

Charles MONOD.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

De la numération des globules rouges du sang. I. Des méthodes de numération. II De la richesse du sang en globules rouges dans les différentes parties de l'arbre circulatoire, par le docteur L. MALASSEZ. — In-8° avec figures. Prix : 2 francs. — Paris, Adrien Delahaye.

Du traitement, par l'acide phénique, des maladies à ferments (croup, fièvre typhoïde, variole, péritonite, etc), par le docteur DÉCLAT. — Prix : 2 francs. — Delahaye, éditeur.

Le Directeur : Dr E. LE SOURD.

Paris.— Typographie A. POUGIN, quai Voltaire, 13.

N° 87. — MARDI 29 JUILLET 1873. 46e ANNÉE. MARDI 29 JUILLET 1873. — N° 87.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Bureaux : 57, rue des Saints-Pères, 57
PRÈS L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

Le prix d'abonnement doit être envoyé en mandats-poste
Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

On s'abonne hors de Paris
dans les bureaux des Messageries et chez les Libraires
Les lettres non affranchies sont refusées.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 2,000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui n'en peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS : Trois mois. . 8 fr. 50 c. — Six mois. . . 16 — Un an. . . 30 —

POUR L'ÉTRANGER, le port en sus suivant les derniers tarifs des Postes.

CLINIQUE OPHTHALMOLOGIQUE. — M. SICHEL.

Note sur un cas de cysticerque sous-conjonctival. Extraction. — Guérison (1).

Par M. LÉON BRIÈRE, chef de clinique.

Le diagnostic inscrit sur le livre de clinique, au n° 5428, fut en définitive : *Kyste sous-conjonctival du grand angle de l'œil droit, contenant vraisemblablement un cysticerque ladrique.*

Questionnée alors sur sa nourriture habituelle, Emilie G., nous dit qu'elle mange de la charcuterie, jambon, saucisson, etc., une fois par semaine en moyenne ; qu'elle n'a jamais mangé de jambon cru ni de viande de bœuf crue. Mais elle avoue une préférence pour les côtelettes de porc frais, et nous dit qu'elle en mange souvent deux fois par semaine. Ce renseignement n'est pas sans importance, car on sait que les muscles intercostaux sont un des lieux d'élection pour les œufs de cysticerque chez le porc. Vivant à la campagne, occupée au travail des champs, elle boit fréquemment de l'eau non filtrée. Aucune des personnes de sa famille ou de son village n'a eu, qu'elle le sache, le ver solitaire.

Opération. — L'opération fut donc proposée à la malade et pratiquée séance tenante, en présence du docteur Anagnostachi, professeur d'ophthalmologie à l'université d'Athènes, devant deux autres médecins et plusieurs élèves en médecine.

La malade étant couchée sur le lit à opérations, la tête maintenue par un aide, et les paupières fixées avec des écarteurs, M. Sichel saisit la conjonctive avec une pince fine à dents, au niveau du point où elle quitte le bord externe de la tumeur pour se réfléchir sur le globe oculaire, et la sectionne paraboliquement, en suivant la moitié externe de la tumeur comme direction.

En soulevant la conjonctive, on voit un tissu jaunâtre, assez dense, qui fait partie de la tumeur. Celle-ci paraît d'abord n'être constituée que par du tissu fibro-graisseux, adhérent à la sclérotique par de nombreux tractus fibreux. Mais pendant qu'on divise ces adhérences, et au moment où l'on opère quelques tractions sur la tumeur, celle-ci s'ouvre par sa partie centrale et laisse apparaître une petite vésicule grisâtre, transparente, qui fait hernie au milieu du tissu fibro-graisseux de la masse, et dont l'aspect rappelle celui de la vésicule des cysticerques. A la face profonde de la tumeur, le bistouri rencontre un tissu fibreux, très-dense, que l'on est obligé de sectionner avec des ciseaux. La tumeur est ensuite aisément détachée de ses insertions vers le grand angle de l'œil. Au fond de la plaie, le muscle droit interne a été mis à nu, et son tendon était adhérent au tissu fibreux dont il a été paré. Néanmoins le muscle lui-même n'a pas été intéressé pendant l'opération, ce que l'on vérifie de suite par l'examen fonctionnel.

Pendant qu'un aide maintient une éponge sur les paupières fermées pour arrêter l'écoulement du sang, M. Sichel procède à l'examen de la vésicule transparente, qui est encore en partie contenue au milieu de la tumeur. Il la saisit avec une petite pince et la sépare facilement de son enveloppe. Placée dans un verre de montre, elle se présente comme une petite masse globuleuse de la grosseur d'un pois, gélatineuse, offrant en un endroit un petit point blanc d'un millimètre de diamètre. C'est, à n'en pas douter, un cysticerque dont la tête et le cou sont invaginés dans la vésicule. Afin de rendre cet examen aussi concluant que possible et indiscutable, M. Sichel procède de suite à la dissection de ce cysticerque et à son examen histologique. La vésicule, déchirée avec deux aiguilles fines, laisse écouler un liquide hyalin, ce qui permet d'isoler la tête et le cou contourné sur lui-même, et de les porter sous le champ du microscope.

M. le docteur Anagnostachi et les élèves qui avaient assisté à l'opération purent alors constater la tête en fer de lance, les ventouses, les deux rangées de crochets, l'aspect granuleux de la tête et du cou, enfin tous les caractères histologiques du cysticerque. L'enveloppe est épaisse d'un millimètre au moins, composée de tissus fibreux et graisseux, qui deviennent d'autant plus denses qu'on se rapproche de la face profonde de la tumeur. Tous les autres caractères se rapportent à ceux qui ont été donnés dans le journal de Malgaigne, année 1844, page 51, par M. Sichel père.

Il ne fut pas nécessaire de suturer la conjonctive ; un linge humide, de la charpie et un monocle furent appliqués sur l'œil et laissés ainsi jusqu'au lendemain.

Vingt-quatre heures après, absence de douleurs ; l'état local est excellent, et l'action du droit interne est trouvée intacte et plus complète qu'avant l'opération. Au niveau de l'insertion de la tumeur, la sclérotique et le tissu épiscléral déchiré étaient le siége d'une sécrétion moitié séreuse, moitié puriforme, peu abondante d'ailleurs.

Le 3 juillet, quarante-huit heures après avoir été opérée, la malade quittait la clinique pour retourner chez elle, ne présentant pas trace de réaction inflammatoire du côté de la coque oculaire. L'opération avait été inoffensive et le résultat complet.

Réflexions. Voilà un nouveau cas de cysticerque sous-conjonctival parfaitement authentique à ajouter à ceux qui existent déjà dans les traités d'helmintologie. Il nous paraît utile, à propos de ce fait, que l'on peut appeler une curiosité pathologique, d'analyser rapidement les travaux que nous possédons sur ce sujet et de résumer les caractères cliniques qui permettront de diagnostiquer, sans crainte de se tromper, cette variété de tu-

(1) Fin. — Voir le numéro du 10 juillet 1873.

meurs. Ses caractères sont précis, pathognomoniques ; c'est en s'appuyant sur eux, et sans avoir observé par lui-même de ces cysticerques, que M. Sichel a établi son diagnostic. Celui-ci a pu d'abord paraître hasardé ; mais, étant fondé, il fut vérifié bientôt par l'examen du corps du délit.

On sait que le cysticerque est considéré actuellement par la plupart des auteurs de zoologie comme la larve du ténia solium. Il naît par gemmation d'un embryon exacanthe formé dans l'œuf du ténia, et qui a été transporté dans l'un de nos organes, soit par le courant circulatoire, soit par l'action de ses spicules sur les tissus de l'organisme humain, comme le pense Van Beneden.

Voici, d'après Davaine, les principaux caractères du cysticerque de l'homme :

« Vésicule elliptique à laquelle on ne voit ordinairement aucun appendice extérieur, pourvue d'un pertuis fort petit et peu visible ; tête presque tétragone, double couronne de crochets au nombre de trente-deux ; cou très-court grossissant en avant ; corps cylindrique plus long que la vésicule ; grand diamètre de la vésicule, 10 millimètres ; diamètre moyen, 6 millimètres ; petit diamètre, 4 millimètres ; longueur des grands crochets, 17 millimètres ; des petits, 11 millimètres. Canaux longitudinaux très-apparents dans la tête, corpuscules calcaires très-nombreux. »

Le premier cas de cysticerque sous-conjonctival dont il soit fait mention dans les auteurs remonte à l'année 1838 ; on le doit à Baum (de Dantzig). Il y avait déjà cinquante-deux ans que Werner avait découvert le premier cysticerque chez l'homme, dans les muscles d'un soldat mort par submersion. De 1786 à 1838, les anatomistes et les chirurgiens signalèrent très-fréquemment la présence de parasites semblables soit sur le cadavre, soit chez le vivant, dans les organes les plus divers ; mais aucun n'avait cité de cas de cysticerque dans la conjonctive.

Depuis le cas de Baum, l'attention des observateurs étant attirée de ce côté, sept autres cas bien positifs furent publiés pendant une période de six années ; en 1844, M. Sichel, terminant, dans le journal de chirurgie de Malgaigne, un mémoire sur la question qui nous occupe, constatait que sur les huit cas de cysticerque sous-conjonctival qui étaient publiés, deux appartenaient à l'Allemagne, deux à l'Angleterre, un à la Belgique et trois à la France, ces derniers ayant été observés par lui-même.

En 1859, dans son immortelle *Iconographie ophthalmologique*, le même auteur annonçait avoir vu, depuis 1844, quatre nouveaux cas, ce qui portait le chiffre des faits qui lui étaient personnels à sept. Deux observations venaient d'être relatées par d'autres auteurs. Tous les cas connus alors étaient donc au nombre de treize.

Depuis cette époque, il est probable que de nouveaux faits ont été vus, mais nous n'en avons pas trouvé dans les recherches que nous venons de faire au milieu de plusieurs recueils français et étrangers. Quoi qu'il en soit, ceux dont il a été parlé ont suffi pour caractériser ces tumeurs kystiques et pour les différencier des autres affections avec lesquelles on serait tenté de les confondre. Voici en quels termes M. Sichel s'exprimait dans son *Iconographie*, § 808, p. 702 :

« On pourra se prononcer, sans hésitation, sur la présence d'un cysticerque sous la conjonctive toutes les fois qu'on trouvera vers l'un des angles, et plus ou moins rapprochée du diamètre transversal de l'hémisphère antérieur de l'œil, une tumeur recouverte par la conjonctive, arrondie, rose pâle, semi-diaphane, où l'on reconnaîtra presque toujours un disque blanchâtre ou jaunâtre circonscrit ; que cette tumeur sera d'un rouge plus foncé et plus vascularisée à sa circonférence ; élastique, mais peu dure, se déplaçant latéralement dans une certaine étendue, mais adhérente par le centre de sa face postérieure à la sclérotique. Il n'existe aucune douleur spontanée ; quelquefois seulement le malade accuse la sensation d'une légère pression ou d'une gêne lorsque les paupières se rapprochent.

« Au toucher, la tumeur ne montre que la sensibilité ordinaire de la conjonctive.

« La vision n'éprouve point de trouble réel ; mais seulement, dans quelques cas exceptionnels, une gêne plus ou moins grande dépendant de la position du kyste. »

Ces caractères cliniques sont tracés de main de maître, et ceux qui ont pu les vérifier sur le vivant ne croient pas qu'il y ait lieu d'y rien ajouter, d'y rien retrancher et d'être plus affirmatif.

Aussi, nous nous étonnons de voir M. Wecker (p. 174), contester la valeur de ces caractères et dire que le diagnostic ne sera fait d'une façon positive « que lorsqu'on aura enlevé l'hydatide et démontré, à l'aide de l'examen microscopique, l'existence de la couronne de crochets et des quatre suçoirs arrondis qui garnissent la tête de l'animal. »

Certes, cet examen histologique est irrécusable et toujours nécessaire ; mais nous nous permettrons de répondre à l'auteur dont nous venons de citer le nom, que les symptômes énoncés dans le passage qu'on vient de lire sont beaucoup plus pathognomoniques qu'il veut bien le supposer. Ils sont tellement précis que c'est d'après eux seulement et en les vérifiant sur notre malade que le diagnostic a été fait.

Les auteurs d'ophthalmologie les plus récents sont d'une concision remarquable sur le chapitre des kystes parasitaires de la conjonctive. M. Galezowski traite la question en trois lignes ; M. Mayer, dans un traité pratique, il est vrai, y consacre sept lignes. Sœlberg Wells, dans un court paragraphe, énonce, d'après Sichel père, une partie des symptômes du cysticerque sous-conjonctival ; mais il se garde bien de s'en porter garant.

Ce désidératum est sans doute expliqué par la rareté de l'affection, et vraisemblablement parce que ces auteurs n'ont pas eu l'occasion d'examiner de ces faits par eux-mêmes. Aussi ont-ils fait connaître à peine un ou deux des caractères qui établissent *à priori*, avant toute opération, le diagnostic de ces kystes d'avec les autres tumeurs de la conjonctive. On a vu néanmoins qu'il est parfaitement possible de déterminer quand on a affaire à un cysticerque sous-conjonctival.

Si ce diagnostic différentiel n'a pas pour tous les médecins une importance capitale au point de vue du pronostic et du traitement, il n'en est pas de même pour le clinicien, qui est jaloux d'affirmer son opinion chaque fois qu'il s'y trouve autorisé, et pour le professeur dont le devoir est d'énoncer devant ses auditeurs les raisons qui le portent à intervenir.

On ne jugera donc pas superflu que nous terminions cette observation par le résumé des symptômes cliniques du cysticerque sous conjonctival :

Tumeur située sous la conjonctive, au niveau de l'insertion d'un des muscles de l'œil, sur un des diamètres de l'hémisphère antérieur, le plus souvent à l'angle interne, entre la caroncule et la cornée ; tumeur ovale ou sphérique de la grosseur d'un haricot ou d'un pois, demi-transparente, jaunâtre au centre, rosée et très-vascularisée à sa périphérie, plus ou moins rénitente, suivant l'épaisseur de l'enveloppe du kyste, adhérente

aux tissus sous-jacents par le milieu de sa base, jouissant d'une certaine mobilité sur les bords. Absence de douleurs, gêne résultant uniquement de la présence de la tumeur entre les paupières ; déviation de la pupille suivant le siége de l'affection. Développement rapide, un mois à six semaines en moyenne ; l'acuité visuelle restant normale.

DE L'AMPUTATION DE LA CUISSE CHEZ LE VIEILLARD

Par M. Pirotais.

Mme X... (de Saint-Christophe), âgée de soixante et un ans, de constitution nerveuse, était atteinte, depuis trois ans, d'une tumeur blanche de l'articulation du genou gauche. Les progrès de l'arthropathie ont été lents. En 1871, j'ai traité cette dame par les appareils silicatés sans résultats, parce que déjà les téguments étaient hyperplasiés et infiltrés et de pus et de matière plastique. L'article renfermait aussi du pus, que j'essayai infructueusement d'extraire par l'appareil Dieulafoy. Je voulus donc, mais en vain, ankyloser ; le 1er mai 1873, je fus appelé pour constater l'insuccès de mes efforts.... L'articulation était ouverte, les condyles apparents et nécrosés et le pus fusait dans les interstices musculaires. Pas de fièvre hectique, pas de lésions organiques autres. Je lui proposai sans attendre (malgré la doctrine de A. Cooper, Boyer et Gerdy) l'amputation immédiate....

Le 2 mai, assisté de mes excellents confrères Deroyer et Jouault, je l'amputai par le procédé de mon ancien et habile maître Sédillot. Je taillai, de la superficie au centre, un lambeau épais, régulier, plus long à la partie externe, pour créer à l'os un plus complet revêtement; à la partie postérieure, un petit lambeau épais et soutenu à la section osseuse, constatation de sa raréfaction et du développement extrême du canal médullaire; sans hésiter, j'enlevai au fémur 3 à 4 centimètres. A la section du lambeau antérieur, nous eûmes un large écoulement purulent provenant de deux canaux parallèles et contigus à l'os et ayant 7 centimètres de longueur. Ligature du tronc veineux et artériel; la veine, en effet, donnait abondamment sous l'influence des vomissements chloroformiques, qui ont persisté treize heures.

Pansements simples avec l'huile suivante :

Teinture de ratanhia......... }	āā	5 grammes.
Chlorate de potasse......... }		
Huile camphré...............	100	—

Mélange astringent et doublement antiseptique remplaçant avantageusement la solution iodo-tannique.

Le 3, la malade va mieux, nausées moins fréquentes, froideur des extrémités, pouls filiforme, soif ardente, elle prend avec difficulté même le Malaga ; elle n'a pu supporter la potion de Rivière.

Le 4, faiblesse, mais nuit bonne, un peu de réaction. Eau gazeuse.

Le 5, sommeil, appétit, franche réaction, pansements à l'huile, lavage avec une solution étendue de perchlorure de fer.

Des pansements identiques sont faits chaque jour, jusqu'au 17, jour de la chute de la ligature. Les bourgeons charnus se développent rapidement, ainsi que le travail cicatriciel adhésif. Le 28, notre dame est guérie complétement.

Notre opérée de soixante et un an n'était pas comme le vieillard de M. Després, dans de bonnes conditions de succès; elle aussi était garantie de la suppuration, car depuis longtemps elle suppurait ; mais elle n'était point à l'abri, par cal, de l'ostéomyélite. Le canal médullaire étant d'une étendue considérable ; ce n'était plus un bras, mais une cuisse près de sa racine, sur un sujet émacié. L'opération se faisait à Cochin et pour elle heureusement dans son propre domicile. L'amputation était circulaire, ce qui est bon au bras est dangereux pour la cuisse ; d'ailleurs, dit le professeur Sédillot... « Si le membre est grêle et les tissus flasques, la dissection de la peau de J.-L. Petit et la triple incision de Desault donnent une plaie dont les téguments manquent de soutien et sont mal disposés pour la réunion. La méthode pare à ces inconvénients, puisque le chirurgien peut enlever à volonté ou laisser plus ou moins de muscles dans le lambeau. »

Le libre écoulement est un obstacle à l'infection putride, la section osseuse n'est point à jour et baignée par la matière purulente. Ceci est moins vrai pour le bras que pour la cuisse qui, par sa flexion sur le bassin, forme souvent un réservoir à coin tronqué au pus et aux liquides septiques. La peau chez le vieillard supporte mal, en vertu de sa faible vitalité, la méthode Alanson. La méthode Sédillot est donc bien préférable.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 21 mai 1873 (1). — Présidence de M. Maurice Perrin, vice-président.

Sur les méthodes d'extraction de la cataracte.

M. Trélat. N'ayant pu assister complétement à la discussion sur la cataracte, je me contenterai de relever quelques points relatifs aux discours de MM. Le Fort, Dolbeau et Chassaignac.

M. Le Fort a le tort, selon moi, d'appeler méthode de Daviel tout ce qui n'est pas méthode de de Graëfe pure. Cette dernière, aujourd'hui généralement abandonnée, est remplacée par des méthodes mixtes, qui ne sont point pour cela la méthode de Daviel. C'est ainsi que M. Le Fort, abandonnant l'iridectomie, se sert du couteau étroit et pratique son incision au tiers supérieur de la cornée, méthode ne ressemblant en rien à la méthode de Daviel, et qui, d'ailleurs, doit donner une ouverture trop étroite.

Je dirai à MM. Dolbeau et Chassaignac : oui, l'opération de Daviel est une bonne opération; aucune autre ne peut donner d'aussi bons résultats ; mais la question est de savoir si elle donne une aussi grande moyenne de bons résultats que les nouvelles méthodes, ce que je ne crois pas.

Lorsqu'après des essais nombreux et consciencieux, une méthode de traitement est adoptée par l'Allemagne, l'Angleterre, l'Amérique et une partie de la France, je ne puis croire que tout le monde se soit abusé, qu'il n'y ait là qu'un mirage trompeur. M. Chassaignac a fait remarquer, avec raison, que l'initiation à ces nouvelles méthodes avait causé de nombreux insuccès ; mais est-il un seul progrès qui puisse se réaliser sans école ? M. Chassaignac conteste la valeur des statistiques, soit ; mais quel autre procédé faut-il employer pour juger de la valeur des opérations ? Notre collègue souhaiterait des statistiques intégrales. Je partage son opinion d'une manière générale; mais, dans l'espèce, est-ce que des statistiques faites par année ne dégagent point mieux la part qu'il convient de faire à la méthode elle-même et celle qui revient à l'habileté et à l'habitude de l'opérateur ?

Quant au chloroforme, je ne l'emploie pas à l'ordinaire dans les extractions de cataracte. Il faut, en effet, l'administrer jusqu'à résolution absolue, à moins de se créer de nouveaux embarras. Je le réserve pour certains malades insoumis on doués d'une sensibilité exceptionnelle.

Je tiens à dire à la Société que nous n'avons employé les nouvelles méthodes qu'après mûre réflexion, et qu'on ne saurait nous considérer comme des novateurs capricieux.

M. Desprès pense que, si les statistiques individuelles récentes sont meilleures que les anciennes, cela tient surtout à ce qu'on a fait un meilleur choix des cas à opérer.

M. Chassaignac. L'envahissement des nouvelles méthodes d'extraction de la cataracte est un fait important sans doute. Je maintiens néanmoins qu'au lieu de faire tant d'essais, aussitôt abandon-

(1) Fin. — Voir le numéro du 22 juillet 1873.

nés, il eût été plus sage de travailler à perfectionner une méthode que nous possédions déjà, et une excellente méthode. J'étais entré dans cette voie en 1853, en proposant l'extraction en un seul temps. Pour le chloroforme, il faut arriver à la période de tolérance, qui suit celle d'excitation. Il faut arriver à ce que j'ai appelé l'anesthésie oculaire.

M. TRÉLAT. A l'exemple de M. Gayet, j'ai suivi jadis la pratique recommandée par M. Chassaignac; j'ai divisé sept fois du même coup la cornée et la cristalloïde antérieure. Dans cinq cas, tout alla bien; le sixième fut moins heureux, et le septième tout à fait mauvais. Les couches périphériques de la cataracte, qui étaient molles, se répandirent aussitôt dans la chambre antérieure et masquèrent complétement la manœuvre; aussi y ai-je renoncé.

RAPPORT

M. GIRAUD-TEULON. La lettre adressée à la Société de chirurgie par M. le docteur J. Gaillard, de Parthenay, et que j'ai reçu mission d'apprécier pour en faire connaître la substance à la Société, est, comme les communications qui viennent de se produire à cette tribune, le résumé des opinions de son auteur sur la grande question qui occupe depuis quelques semaines et captive justement votre attention : l'extraction de la cataracte.

Le plan de l'auteur est le même que ceux qui ont été suivis par nous tous : la comparaison entre les méthodes les plus généralement usitées.

Obéissant à l'appel adressé il y a quelques années par la Société de province, l'auteur nous adresse le résumé des opérations pratiquées par lui depuis douze ans; elles sont au nombre de 46, et se subdivisent en quatre discisions sur deux enfants, suivies toutes quatre de succès, et 42 kératotomies ayant fourni 30 succès et 12 insuccès; soit 76,2 pour 100.

Ces chiffres, on le voit, sont très-satisfaisants et répondent bien au bilan classique de l'extraction de Daviel.

Ces résultats, dans la pensée de l'auteur, sont assez avantageux pour détourner le chirurgien d'abandonner légèrement la méthode qui les procure. M. Gaillard appuie surtout son sentiment sur deux ordres de considérations qu'il est juste de signaler.

La statistique que nous venons d'exposer en son nom contient seulement 42 cas; mais ces 42 cas ne comprennent que 26 sujets. Sur 19 d'entre eux, l'opération a porté sur les deux yeux; et sur ces 19 sujets, 18 ont obtenu la vue d'un œil au moins. L'auteur préconise à cet égard la double opération dans une même séance, question tranchée jadis autrement, mais sur laquelle on commence à revenir, et qu'il convient de réserver.

Enfin, l'auteur insiste justement sur un aspect de la question qui a été développée dans cette discussion. Si les statistiques de la méthode linéaire sont aujourd'hui aussi notablement supérieures à celles fournies par l'extraction, il ne faut pas perdre de vue que ce sont les statistiques des périodes avancées de l'apprentissage personnel; que les grands nombres nécessaires à cet apprentissage ne se rencontrent que dans les capitales, et qu'il y aurait dommage public à condamner à la cécité définitive les populations disséminées sur lesquelles s'abattraient des cataractes, si chaque chirurgien abandonnait précipitamment la méthode qu'il a appris à pratiquer et qu'il sait manier, pour courir après une habileté onéreusement achetée.

Nous avons déjà exprimé notre opinion sur ces très-sages réserves. Nous les acceptons sans cesser de poursuivre les améliorations que comporte encore cette grande question chirurgicale, et dont nous avons tenté de déterminer les bases.

Nous concluons en vous proposant :

1° D'adresser des remerciments à l'auteur pour sa communication;

2° De retenir sa statistique comme contribution importante dans la discussion pendante;

3° Enfin, d'inscrire M. Gaillard sur la liste des candidats au titre de membre correspondant national.

M. SÉE demande à la Société son avis sur un enfant qui porte une tumeur à la partie latérale droite du cou.

Pour quelques uns, c'est une tumeur ganglionnaire, d'autres se rattachent à l'idée d'une tumeur du corps thyroïde; mais tous sont d'avis de ne pas intervenir activement vu l'état général de l'enfant.

La séance est levée à cinq heures et demie.

Le secrétaire : TILLAUX.

Séance du 28 mai 1873. — Présidence de M. CHASSAIGNAC.

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

CORRESPONDANCE

La correspondance comprend :

La *Gazette des Hôpitaux*; — l'*Union médicale*; — la *Gazette hebdomadaire*; — le *Mouvement médical*; — la *France médicale*; — le *Lyon médical*; — la *Revue médicale de Toulouse*; — le *Bordeaux médical*; — la *Gazette médicale de Bordeaux*, n°s 1 à 10; — les *Bulletins et mémoires de la Société médicale des hôpitaux de Paris*.

M. le docteur de Wecker adresse un compte rendu des opérations pratiquées à sa clinique en 1872; une notice nécrologique sur Frédéric Iaeger.

M. le docteur Mazade d'Anduze, candidat au titre de membre correspondant national, adresse deux mémoires imprimés : *De l'emploi des frictions mercurielles dans la syphilis coïncidant avec les premiers temps de la gestation*. — *Observations sur l'emploi du chlorate de potasse*.

M. le docteur Devalz (de Bordeaux), candidat au titre de membre correspondant, adresse un travail manuscrit intitulé : *Du trachiocèle ou hernie de la trachée*. (Commission : MM. Lannelongue, Bonnet, Guyon.)

M. le docteur Puel (de Figeac), candidat au titre de membre correspondant national, adresse un travail manuscrit intitulé : *Quelques réflexions au sujet de deux cas de pratique chirurgicale*. (Commission : MM. Després, Trélat, Le Fort.)

M. BÉRENGER-FÉRAUD, membre correspondant, adresse à la Société la note suivante : *Sur un moyen extemporané d'aspiration permettant de se passer d'instrument spécial*.

L'utilité de l'aspiration des fluides contenus, soit dans une cavité séreuse, soit dans une tumeur, est si universellement reconnue, que les chirurgiens se sont occupés depuis longtemps des moyens de la pratiquer, et les diverses seringues aspiratrices, depuis celle de M. J. Guérin, jusqu'à celle de M. Dieulafoy, qui sont destinées à remplir ce but du diagnostic ou du traitement, ont répondu à un besoin si réel de la pratique, qu'elles sont entrées rapidement, même dans les plus modestes arsenaux de chirurgie des hôpitaux, tandis que les praticiens ont aussitôt songé à en munir leur arsenal privé.

Deux raisons entre autres luttent contre la généralisation de l'emploi de ces instruments, et plus particulièrement du dernier, qui tend à se substituer dans nombre de cas à la seringue de J. Guérin. C'est, d'une part, la cherté de l'instrument; d'autre part, sa facile détérioration, et ces raisons sont assez puissantes pour que nombre d'établissements hospitaliers, pour que la grande majorité des praticiens des campagnes et des médecins militaires n'en possèdent pas.

Placé successivement au Sénégal à la tête de deux hôpitaux qui n'avaient pas d'aspirateur dans leur arsenal, et ne pouvant espérer d'en avoir dans mon bagage instrumental personnel qui pût fonctionner longtemps sans détérioration, dans un climat aussi facilement destructeur que celui du Sénégal, j'ai dû songer au moyen d'obtenir l'effet par un procédé extemporané et simple; j'y suis parvenu, il me semble, et je me hâte d'en faire part, pensant que c'est

faire une bonne chose que de concourir à la généralisation d'une pratique qui est précieuse dans nombre de cas.

Un de ces stylets explorateurs filiformes munis de leur canule, qui font depuis longtemps partie de toutes les trousses, et qui d'ailleurs sont d'un prix si minime qu'ils peuvent être achetés par les plus modestes, si simples de mécanisme qu'ils ne sont sujets à aucun dérangement, étant introduits dans la cavité, la tumeur, en un mot, dans la région à explorer, j'ai retiré le mandrin aigu, laissant la canule en place dans les tissus, et j'ai posé sur la partie un verre à ventouse ordinaire, dans lequel je faisais le vide à l'aide d'un papier allumé.

Dans nombre de cas d'épanchement pleural, d'abcès du foie, de tumeur synoviale, j'ai eu recours à ce moyen si simple d'aspiration, et chaque fois j'ai vu sortir de la canule et tomber dans le verre à ventouse la sérosité ou le pus absolument comme cela se produit dans l'aspirateur ordinaire, quand j'avais pénétré dans une poche liquide.

Dans certains cas, ayant à faire l'aspiration dans une région où le voisinage d'une crête ou d'une surface osseuse sous-cutanée rendait l'emploi du verre à ventouse ordinaire difficile ou impossible, je me suis servi d'une petite fiole à potion, dans laquelle je faisais le vide à l'aide d'une allumette ou d'une goutte d'alcool enflammée; en employant ce dernier moyen, j'ai pu me convaincre par maints et maints essais que l'aspiration peut se faire ainsi sans instrument spécial dans n'importe quelle région du corps.

Je n'ai pas à décrire plus longuement ce petit procédé opératoire; l'idée est si simple qu'il suffit qu'elle soit formulée pour être aussitôt comprise et appréciée dans les moindres détails, et il me semble que désormais la question d'absence d'instrument aspirateur ne sera plus une raison suffisante pour empêcher de recourir à l'aspiration des liquides morbides comme moyen thérapeutique, ou à l'emploi de cette aspiration comme moyen de diagnostic.

Le stylet explorateur est à peu près dans toutes les trousses, et d'ailleurs son prix minime permet sa généralisation. Un verre à ventouse, un verre à boire ordinaire, une petite fiole, sont des choses qu'on a sous la main partout, et rien ne sera simple et facile désormais comme de pratiquer l'aspiration quand elle aura été jugée utile.

COMMUNICATION

Résection du coccyx pour faciliter la formation d'un anus périnéal dans les imperforations du rectum. — M. VERNEUIL.

Il y a plus de vingt ans, alors qu'étant prosecteur, j'étudiais sur le cadavre les opérations chirurgicales, je répétai sur des enfants nouveau-nés les méthodes applicables à l'établissement d'un anus artificiel en cas de malformation de l'anus et du rectum.

En pratiquant l'entérotomie périnéale par le procédé d'Amussat, je remarquai que le champ opératoire était singulièrement agrandi et la recherche de l'intestin oblitéré considérablement facilitée par l'excision de la pointe du coccyx dans l'étendue de quelques millimètres. On parvenait ainsi à une grande hauteur dans l'excavation pelvienne, tout en manœuvrant dans une région où l'on ne rencontrait aucun organe important.

Je ne publiai point ces recherches, sachant avec quelle réserve légitime on accueille les procédés d'amphithéâtre; puis, dès 1852 cependant, je constatais déjà la valeur pratique de la remarque.

Un enfant était venu au monde avec un anus normal, mais on trouvait à 2 centimètres de profondeur une cloison complète. On avait ponctionné cette cloison sans trouver l'intestin, aussi s'était-on décidé sur-le-champ à pratiquer l'opération de Littre.

A l'autopsie, on vit que l'intestin se terminait à 1 centimètre seulement au-dessus de la cloison. On aurait donc pu l'atteindre par le procédé d'Amussat, un peu difficilement à la vérité, mais ayant prolongé en haut l'incision médiane et reséqué quelques millimètres du coccyx, je mis largement à nu la face postérieure de l'ampoule rectale, et j'en conclus que cette addition au procédé aurait donné les meilleurs résultats.

En 1857, j'annonçai publiquement le fait à la Société de chirurgie, dans le cours d'une discussion provoquée par une communication de M. Boinet (*Bull. de la Soc. de chir.*, 1re série, t. VII, p. 310, séance du 11 février).

Après avoir condamné les ponctions exploratrices dans la région périnéale, avec le trocart ou le bistouri, je recommandais « l'incision médiane prolongée jusqu'au coccyx, *que l'on peut même exciser au besoin*, disais-je, pour arriver sur le rectum, attirer la muqueuse de cet intestin et la réunir à la peau au moyen de la suture. »

Personne ne remarqua l'innovation, sauf Goyrand, qui la mentionna dans une lettre intéressante écrite à la Société sur ce sujet (*Bulletin*, même volume, page 419).

En 1862, je renouvelle la proposition dans les mêmes termes, peut-être trop concis à la vérité. « Dans les cas, disais-je, où le rectum serait situé trop haut, il serait bon de chercher à l'atteindre en faisant l'excision du coccyx. »

Cette fois, M. Depaul prit garde à la chose, mais pour la blâmer. « M. Verneuil, dit-il, va jusqu'à l'excision du coccyx. Or, je crois cette excision plus grave qu'une ponction avec le trocart » (1).

Mon honorable contradicteur ne remarquait pas la différence des deux manœuvres; l'une, la ponction, sans parler de ses dangers, ne mène à rien qu'à porter le diagnostic; l'autre favorise au contraire le temps, le plus essentiel de l'entérotomie périnéale, la découverte du bout intestinal et sa fixation à la plaie du tégument.

Je ne crus pas devoir insister, n'ayant aucun fait concluant à invoquer.

Obs. A. — Quelques mois plus tard, je fis ma première opération d'entérotomie périnéale sur un enfant âgé de quatre jours, en fort mauvais état, comme on peut le croire.

L'anus, bien conformé et normalement situé dans un pli interfessier profond, se reconnait cependant au cul-de-sac à quelques millimètres de son orifice; le périnée n'était ni bombé ni fluctuant, rien n'indiquait même approximativement la situation ni l'existence de l'ampoule rectale. Un médecin avait ponctionné le fond du cul-de-sac anal avec un bistouri aigu; il lui semblait avoir ramené au bout de la sonde cannelée un peu de méconium, mais il n'avait pas été plus loin.

Malgré l'état désespéré du petit être, je voulus tenter l'opération d'Amussat. A partir de la pointe du coccyx, j'incisai couche par couche sur la ligne médiane dans l'étendue de 25 millimètres et jusqu'à une profondeur de 15 millimètres. Je perçus alors à la partie supérieure de l'incision, sous la pointe du coccyx, une sorte de rénitence profonde produite par une poche remplie de liquide. Je ponctionnai avec le bistouri : c'était l'ampoule rectale; il s'écoula une grande quantité de méconium. Je pus, sans trop de peine, attirer en bas les bords de l'incision rectale et les fixer à la peau par six points de suture. Je prescrivis des injections internes et l'introduction souvent répétée du petit doigt dans l'orifice nouveau.

Le succès fut inespéré; l'enfant revint comme par enchantement. Au bout d'un mois, les choses étaient en si bon état, que je communiquai le fait comme un succès à la Société de chirurgie (2). La santé générale ne laissait rien à désirer. Les matières étaient bien retenues. L'orifice, confondu avec les vestiges de l'anus normal, était bien constitué et tendait seulement à se retirer quelque peu.

Les parents habitant la campagne, ils emmenèrent l'enfant; j'ignore ce qui se passa, mais j'appris qu'au bout d'une semaine, faute de soins peut-être, la mort était survenue.

Dans ce cas, la position relativement peu profonde de la terminaison du rectum avait rendu l'opération facile. J'avais découvert l'incision vers la pointe du coccyx, sans avoir besoin d'entamer cet os. En communiquant le fait à mes collègues, je ne parlai plus de la résection du coccyx, qui n'avait pas été nécessaire.

Mais tous les cas ne sont pas aussi simples. Témoin celui qui fut rapporté quelques mois plus tard par M. Trélat (3).

(1) *Bulletin de la Société de chirurgie*, t. III, 2e série, p. 172.

(2) *Bull. de la Soc. de chir.*, t. III, 2e série, p. 324 et 332.
La relation a été condensée par le secrétaire, j'ajoute ici quelques détails d'après mes propres notes.

(3) *Bull. de la Soc. de chir.*, t. III, année, p. 565.

Il s'agissait encore d'une cloison rectale située à l'extrémité d'un anus régulièrement conformé. M. Trélat incise sur la ligne médiane, à partir de la pointe du coccyx, et pénètre peu à peu jusqu'à une profondeur de 45 millimètres; alors seulement il reconnaît avec l'extrémité du doigt une surface tendue, quoique molle, qui lui paraît être l'intestin. Il essaye de faire descendre et de détacher cette masse tendue, mais il n'y peut réussir, car si elle était libre en arrière du côté du sacrum, elle était en revanche très-adhérente en avant à la vessie, et l'on ne pouvait au fond d'une plaie obscure et étroite, séparer par la dissection les deux organes. Il fallait cependant terminer cette laborieuse opération. Un trocart, plongé dans la tumeur, ramena une goutte de méconium. L'intestin trouvé fut ouvert avec les ciseaux. Une mèche à charpie de la grosseur du petit doigt fut introduite dans l'intestin, et l'enfant fut remis à sa nourrice. Il succomba huit jours après l'opération, cinquante jours après la naissance.

Ainsi, après beaucoup de difficultés, au prix de délabrements étendus et inévitables, on n'avait fait qu'une opération inutile ou inefficace, qui n'assurait pas la persistance d'une ouverture suffisante. M. Trélat en conclut qu'en présence d'un cas pareil, il n'hésiterait pas à faire immédiatement l'opération de Littre.

Peu disposé à critiquer la conduite d'un collègue éminent, en me rappelant d'ailleurs l'accueil peu favorable fait à la résection du coccyx, je gardai le silence sur le fait de M. Trélat; mais je gardai devers moi la conviction que l'excision susdite aurait donné beaucoup de jour, rendu plus facile la découverte du bout intestinal et permis peut-être de le souder à la peau, malgré son adhérence à la vessie. Je me promis donc, l'occasion échéant, d'utiliser cet expédient.

Depuis cette époque, je n'ai plus parlé en public du procédé en question; mais en revanche, je l'ai appliqué cinq fois sur le vivant, avec des résultats avantageux au double point de vue des facilités opératoires et de la terminaison finale.

Je vais rapporter ces cinq observations, après quoi je résumerai les propositions qu'on en peut déduire.

Obs. B. — En 1864, je fus appelé par M. le docteur Campardon père, pour opérer un enfant du sexe masculin, né depuis deux jours et atteint d'imperforation du rectum.

L'anus, bien conformé, se terminait en cœcum à une profondeur de 18 millimètres environ. Le fond du cul-de-sac n'était ni fluctuant ni distendu, même pendant les cris.

Je commençai à fendre sur la ligne médiane, en arrière, l'infundibulum anal, pour en examiner le fond avec attention. Je n'y découvris aucune trace d'ouverture. Je prolongeai donc l'incision médiane en haut et en arrière jusqu'à la pointe du coccyx. Je pénétrai à petits coups, creusant toujours le sillon, jusqu'à une profondeur de 15 millimètres sans rien trouver. Enfin, en explorant l'extrémité de la plaie, je crus sentir, au devant de la pointe du coccyx et plus haut que cette pointe, une saillie rénitente. Je poursuivis la dissection dans ce point, et je finis par apercevoir une saillie brunâtre et arrondie. Les cris de l'enfant la faisaient quelque peu bomber, mais non descendre; il me parut évident qu'il manquait bien 15 millimètres du rectum, et qu'il me serait difficile d'attirer en bas la terminaison de l'intestin. La pointe du coccyx recouvrait cette terminaison. La résection était toute indiquée. Je la fis dans l'étendue de 6 millimètres; presque aussitôt la tumeur brune fut exposée à la vue. Je l'incisai à son extrémité libre. Aussitôt la plaie et le lit d'opération furent inondés de méconium, qui me cacha tout le champ opératoire. J'abstergeai les matières, mais à peine me mettais-je en devoir d'écarter les lèvres de l'incision, que l'enfant criait de nouveau et expulsait un nouveau flot de méconium. Cela se renouvela plusieurs fois et retarda beaucoup la fin de l'opération. Enfin le débordement cessa, mais l'intestin n'étant plus distendu, avait remonté, et je ne pouvais plus distinguer ni saisir par conséquent les lèvres de l'incision intestinale. J'étais fort embarrassé pour porter l'œil et les instruments plus haut; je n'hésitai pas à retrancher environ 5 millimètres du coccyx. Après quoi, je promenai sur la plaie un jet d'eau froide, et j'aperçus enfin l'ouverture intestinale. Je la saisis avec précaution et l'abaissai de mon mieux, mais seulement de quelques millimètres. Il aurait fallu, pour obtenir une migration plus étendue, ou faire une dissection dangereuse, ou exercer des tractions qui auraient bien pu déchirer la paroi intestinale, du reste fort mince.

Je me contentai donc, après avoir passé deux fils dans chaque lèvre, de traverser ensuite la peau de dedans en dehors et de serrer ainsi les quatre sutures. Il en résulta que l'embouchure rectale dirigée obliquement en arrière ne se confondait pas avec l'anus situé plus bas et plus en avant, et que les deux orifices étaient en quelque sorte superposés et séparés par un repli falciforme dont le bord libre regardait en arrière. Néanmoins, et c'était la chose importante, la suture était ainsi disposée que toute infiltration du méconium dans le tissu cellulaire pelvien était empêchée.

Les suites furent très-simples, et la guérison de la plaie était complète au bout de trois semaines. Il y eut même, en dépit de l'introduction réitérée du doigt, formation d'un rétrécissement valvulaire à la rencontre de l'infundibulum anal et du bout incisé de l'intestin. C'est pourquoi, deux mois après l'opération, je crus nécessaire de faire sur ce rétrécissement deux débridements perpendiculaires à la valvule et la divisai dans l'étendue de 4 à 5 millimètres. La dilatation digitale fut reprise trois fois par jour avec persévérance, de façon que les dimensions de l'orifice finirent par rester invariables, et qu'au bout de quelques mois, la rétraction inodulaire n'était plus à craindre, et qu'il n'y avait ni rétention ni incontinence des matières. J'ai revu cet enfant plusieurs fois, il est robuste et bien portant et ne conserve pas la moindre trace matérielle ni fonctionnelle de son vice de conformation. L'anus lui-même a repris sa forme et sa situation à peu près normale. Il est constitué, en effet, dans la majeure partie de sa circonférence par l'anus primitif qui, nous le savons, était bien conformé; en arrière seulement, il est formé par une cicatrice très-limitée, répondant à l'incision ano-coccygienne. La perte de substance du coccyx ne saurait être reconnue.

Désormais fixé sur l'utilité pratique et sur l'innocuité de la résection du coccyx, je me promis de la mettre en usage toutes les fois qu'elle me faciliterait évidemment la découverte et la fixation de l'intestin à la peau.

Une seconde occasion se présenta en 1866.

Obs. C. — M. le docteur Épron me présenta, à l'hôpital Lariboisière, le 4 août au matin, un enfant du sexe masculin, bien constitué et né à terme dans la nuit du 1er août.

En attendant la nourrice, on s'était borné à donner quelques cuillerées d'eau sucrée. Le 3 août, quelques vomissements et quelques coliques appelèrent l'attention, et l'on reconnut l'imperforation.

Nous constatons l'état suivant : ventre très-ballonné, non douloureux au toucher; les anses intestinales, visibles à travers la paroi, sont animées de mouvements vermiculaires ; la face est pâle, non grippée ; la peau n'est point ictérique. L'enfant est entièrement affaissé, à ce point que, pendant l'opération, il ne poussa pas un cri et ne fit pas un effort.

Le périnée, les organes génitaux externes, l'orifice anal, sont bien conformés, mais une sonde de femme est arrêtée à 12 millimètres. L'extrémité du petit doigt, portée jusqu'au fond du cul-de-sac, ne perçoit aucune rénitence, aucune fluctuation révélant la présence de l'intestin distendu.

Je procède à l'opération. L'enfant est placé sur le bord d'un oreiller, couché sur le ventre, les cuisses fléchies sur le bassin et les jambes fléchies sur les cuisses à angle droit.

Incision partant de la pointe du coccyx, s'étendant jusqu'à l'anus et divisant sur la ligne médiane le cul-de-sac anal. Un cordon fibreux fait suite à ce cul-de-sac et se prolonge en haut. J'essaye de le suivre, espérant qu'il me conduira jusqu'à l'intestin; mais c'est en vain, et, à 2 centimètres de profondeur, je n'ai rien trouvé encore. Peut-être eussé-je abandonné l'opération, si je n'avais eu

un moyen sûr de pénétrer plus loin et sans danger dans la profondeur du bassin.

Faisant écarter avec des crochets les bords de la plaie, je prolongeai en haut l'incision médiane d'un bon centimètre ; je mis ainsi à nu la face postérieure de la pointe du coccyx. Je détachai avec des ciseaux les parties molles s'insérant aux bords latéraux de cette pointe, et enfin je retranchai un centimètre de l'os. Je tombai sur un tissu filamenteux, assez résistant, dont j'excisai une certaine épaisseur sur la ligne médiane. Portant alors au fond de la plaie l'extrémité de l'index, je perçus distinctement une saillie rénitente, que je me mis en devoir de mettre à découvert. Je continuai donc la dissection, en enlevant, avec la pince et les ciseaux, de petits lambeaux de tissu cellulaire et me débarrassai, par un filet d'eau froide, du sang, d'ailleurs peu abondant, qui me masquait l'aspect du fond de la plaie. J'avais toujours grand soin de ne pas perdre la ligne médiane et de placer toujours les crochets de façon à écarter les parties molles bien systématiquement sur les côtés. Après quelques minutes de cette dissection méthodique, je vis enfin une tache livide tout à fait en haut de la brèche profonde que je venais de creuser. L'enfant ne faisait aucun effort et ne poussait aucun cri. Je pressai directement sur l'abdomen pour faire saillir l'ampoule, et j'acquis ainsi la conviction que nous avions bien réellement sous les yeux la terminaison inférieure de l'intestin.

Avec le bout de la sonde cannelée, j'isole de mon mieux la saillie rectale dans l'étendue d'un centimètre carré.

Pour éviter l'ascension de l'intestin, qui m'avait si fort gêné dans l'opération précédente, je résolus de fixer la saillie avant de l'ouvrir. Procédant comme dans le procédé d'entérotomie de Nélaton, je passai, à l'aide d'une aiguille courbe, quatre fils, deux de chaque côté, à travers la peau et les parois de l'ampoule, et parvins ainsi à attirer doucement cette dernière jusqu'à une petite distance de la surface ; les anses furent confiées à mes aides, deux par deux, sans être nouées. J'incisai alors entre les fils de droite et ceux de gauche, dans l'étendue de 7 à 8 millimètres.

Un grand flot de méconium, mêlé de gaz, s'écoula aussitôt. Dès que l'issue en fut complète, ce qui exigea plusieurs minutes, je nettoyai la place avec un courant d'eau et me mis en devoir de serrer les sutures. J'en ajoutai même deux nouvelles sur la ligne médiane : l'une, en haut, vers l'extrémité reséquée du coccyx ; l'autre, réunissant la commissure antérieure de l'ouverture intestinale avec le fond du cul-de-sac anal.

Ceci terminé, l'orifice nouveau était bien ouvert et admettait sans peine la dernière phalange du petit doigt. Il n'était guère qu'à 7 à 8 millimètres de la surface de la peau. A la vérité, les suture tendaient fortement la paroi intestinale et la peau.

L'opération avait duré plus de vingt minutes, mais la perte de sang avait été très-minime, en sorte que l'état de l'enfant n'était pas plus mauvais qu'avant. J'aurais voulu conserver le petit patient sous ma direction pendant les premiers jours au moins ; mais, malgré mon insistance, les parents voulurent l'emporter. Je leur indiquai les précautions à prendre et les soins à donner. M. Épron voulut bien se charger de diriger la cure. Soit que les prescriptions aient été mal suivies, soit plutôt que l'opération ait été trop tardivement faite, toujours est-il que la mort survint quarante-huit heures plus tard. Il y avait eu tout d'abord une amélioration très-marquée, puis l'affaissement et la stupeur s'étaient reproduits, et l'enfant avait succombé lentement, sans apparence de péritonite ni d'autre affection bien caractérisée.

J'ai longuement rapporté dans cette observation tout ce qui a trait au manuel opératoire, parce que c'est d'après ces règles que j'ai opéré dans les cas dont la relation va suivre.

(A suivre.)

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

On écrit de Vienne :

« Il semble que les nouvelles fausses et exagérées sur l'état sanitaire de Vienne n'aient point été sans influence sur le plan de voyage du shah de Perse. Le shah, dit on, aurait envoyé à Vienne un médecin anglais, qui serait chargé de s'informer exactement des rapports hygiéniques actuels de cette ville. Si la décision définitive de ce voyage ne dépend donc plus que de ces informations et du consentement d'un médecin consciencieux, nous espérons que sous peu le départ du shah pour Vienne aura donné un démenti à toutes ces nouvelles et banni toutes les craintes de l'entourage du shah. »

Maintenant, voici ce que publie la *Correspondance autrichienne :*

« Du 21 au 22 juillet, 25 nouveaux cas de dysentérie cholériforme ont été constatés à Vienne. »

Le choléra, on le voit, n'est pas dans une période croissante dans la capitale de l'Autriche, qui compte près de 600,000 habitants.

Toutefois, on se demande si le shah bravera l'influence mauvaise du fléau qui sévit d'ordinaire sur les étrangers.

Le Directeur : Dr E. Le Sourd.

Paris. — Typographie A. Pougin, quai Voltaire, 13.

N° 88. — JEUDI 31 JUILLET 1873. 46e ANNÉE. JEUDI 31 JUILLET 1873. — N° 88.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

Le prix d'abonnement
doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

La Lancette française

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Bureaux : 57, rue des Saints-Pères, 57,
PRÈS L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

On s'abonne hors de Paris
dans les bureaux des Messageries et chez les Libraires
Les lettres non affranchies sont refusées.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui n'en peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT		
POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS	Trois mois.	8 fr. 50 c.
	Six mois.	16
	Un an.	30

POUR L'ÉTRANGER le port en sus suivant les derniers tarifs des Postes.

SOMMAIRE. — SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE. — ÉCOLE PRATIQUE. De la folie héréditaire (M. Legrand du Saulle). — De la posologie scientifique (M. Alix, de Lyon). — ACADÉMIE DE MÉDECINE. — CORRESPONDANCE. De l'importance de l'élément buccal dans la fièvre typhoïde et de l'heureuse influence des gargarismes acidulés fréquemment répétés (M. Netter). — Bulletin bibliographique.

Paris, le 30 juillet 1873.

SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

On est enfin arrivé à la clôture de la discussion générale. Pour atteindre plus vite ce résultat, M. Chauffard a supprimé, malgré les instances de ses collègues, un discours qui devait répondre aux étranges prétentions émises par M. Poggiale.

En vain M. Bouley et plusieurs autres membres, dans l'espoir d'entendre M. Chauffard, ont-ils demandé et obtenu malgré lui que la discussion se prolongeât jusqu'à la fin de la séance, l'éloquent professeur n'a pas voulu revenir sur sa résolution, et il a gardé le silence.

Nous avions reçu sur le même sujet un très-grand nombre de lettres et d'articles. Dans quelques-uns, l'indignation des médecins militaires à l'idée de voir leurs ordonnances contrôlées par les pharmaciens, s'est exprimée avec une énergie facile à comprendre.

Nous nous bornerons à publier les réflexions très-modérées que M. le docteur Alix, médecin principal de l'hôpital militaire de Lyon, nous a envoyées sous ce titre : *la Posologie scientifique.*

Dr VICTOR REVILLOUT.

ÉCOLE PRATIQUE. — M. LEGRAND DU SAULLE.

De la folie héréditaire (1).

Jusqu'à présent nous avons étudié l'hérédité, comme si les transmissions héréditaires se faisaient toujours des ascendants à leurs descendants directs et immédiats, c'est-à-dire comme si l'origine des affections héréditaires qui frappent les enfants se trouvaient toujours dans leur père ou dans leur mère. C'est là, en effet, le cas le plus fréquent, le plus évident et aussi le plus simple. Mais comme nous le verrons tout à l'heure, ce n'est pas le seul. Lorsque l'hérédité revêt ces caractères, lorsque la transmission pathologique se fait du père ou de la mère à leurs enfants, on dit qu'elle est *directe*. L'hérédité directe se manifeste non-seulement par la production chez les enfants d'états organopathiques du même ordre que ceux dont étaient atteints leurs parents, mais encore par la création d'un état particulier de l'organisme, qui favorise à un moment donné l'explosion de troubles fonctionnels ou de lésions anatomiques analogues à ceux des ascendants. Je m'explique : un père et une mère tuberculeux engendrent un enfant qui, pendant toute sa jeunesse, paraît jouir d'une excellente santé. A vingt-cinq ans, il est frappé de phthisie et succombe.

Dans ce cas, les ascendants n'ont pas transmis la maladie elle-même dont ils étaient atteints, puisque l'enfant en venant au monde ne présentait aucune trace de tubercules, et que, pendant vingt-cinq ans, il a joui d'une santé parfaite. Ce qu'ils ont transmis, c'est une certaine tendance maladive, un certain état de l'organisme qui le rend plus apte à ressentir les influences morbides et à réagir contre elles d'une certaine façon ; en un mot, *la prédisposition*. L'enfant dont je vous parlais n'est pas né tuberculeux, il est né prédisposé à la tuberculose. Son existence est sans cesse menacée par cette prédisposition héréditaire, car alors même qu'il paraît parfaitement sain, il est sous une imminence morbide redoutable, la cause la plus légère pouvant être l'occasion du développement de la diathèse dont il porte le germe caché.

Il en est de même dans les transmissions des maladies mentales. Certes, l'enfant qui naît microcéphale, idiot, etc., porte en naissant les stigmates de sa dégénérescence. Mais le plus souvent il n'hérite pas de la maladie de ses ascendants, mais bien de la prédisposition à la contracter. Le fils d'un suicidé n'est pas en naissant fatalement voué au suicide, mais il a hérité de ses ascendants d'un certain état mélancolique, capable de lui inspirer, à un moment donné, un dégoût profond de l'existence : l'ennui le plus léger, le chagrin le plus futile, suffiront alors pour le déterminer à attenter à ses jours. Il en est de même des autres formes de folie, mais nous aurons l'occasion de revenir en détail sur la prédisposition héréditaire, et sans entrer dans plus de développements sur ce sujet, je passe à l'étude de l'hérédité médiate ou atavique. Dans ces cas, les parents immédiats ne présentent pas d'affection analogue à celle des descendants; mais en remontant plus haut dans l'histoire de la famille, on trouve que ces affections ont existé chez les ancêtres directs ou collatéraux. L'hérédité a donc sauté une ou plusieurs générations; elle est atavique (de *atavus*, aïeul). Ce mot *atavisme* a été créé et introduit dans la science par le botaniste Duchesne et peut être défini : la réapparition dans un individu

(1) Suite. — Voir les numéros des 15, 17 et 24 juillet 1873.

ou dans un groupe d'individus de caractères anatomo-physiologiques, positifs ou négatifs, que n'offraient point les parents immédiats, mais qu'avaient offert leurs ancêtres directs ou collatéraux.

Si bizarre que paraisse ce phénomène de l'atavisme, il existe réellement. Les naturalistes en ont cité des exemples fort curieux. Vogt, Lyell, Darwin, Gaudry, ont souvent invoqué son influence pour expliquer certaines anomalies de l'organisation. Darwin, par exemple, considère comme ataviques tous les organes rudimentaires inutiles à un animal; il les compare aux lettres d'un mot conservées dans l'écriture, mais perdues dans la prononciation et qui servent de guide dans la recherche de son étymologie. Ainsi ces organes rudimentaires indiqueraient les transformations subies antérieurement par les espèces.

C'est sur les plantes que l'on a surtout étudié les phénomènes d'atavisme. Lorsque, par le fait de la culture, ou d'autres circonstances, elles ont été écartées de leur type primitif, elles tendent sans cesse à retourner à leur état naturel par une sorte d'attraction vers le type spécifique primitif, qui empêche la fixation de formes artificielles et qui mérite aussi le nom d'atavisme.

Les phénomènes de génération alternante découverts par Chamino et étudiés plus tard par de nombreux savants, nous fournissent des faits d'atavisme extrêmement curieux. En voici un exemple : il existe de petits molluscoïdes marins, les biphores, que l'on trouve sous deux états tout à fait différents; les uns vivent solitaires, les autres vivent en colonnes réunies sous forme de chaînes. Eh bien, ceux qui vivent isolés engendrent ceux qui vivent en chaînes, et ceux-ci n'engendrent que des individus solitaires. Si bien, ainsi que le fait remarquer M. de Quatrefages, qu'un biphore ne ressemble jamais ni à sa mère ni à ses fils, mais toujours à son aïeul et à ses petits-fils. Ces faits, empruntés à l'anatomie philosophique et à l'histoire naturelle, doivent bie vous faire comprendre ce que c'est que l'atavisme.

La pathologie nous offre aussi des exemples de transmissions immédiates. Boerhaave (aphorisme 1075) dit que l'épilepsie peut être héréditaire et tenir à l'influence du père ou de la mère ou même des grands-parents, la maladie manquant souvent chez le père, mais se transmettant du grand-père au petit-fils; et son commentateur Van Swieten, après avoir affirmé le principe de l'hérédité en ces termes : *Morbos ex parentibus propagari in progeniem innumeris observationibus confirmatur*, ajoute : *Silente morbo in genitore dum ex avo derivatur in nepotem.*

C'est là toute la doctrine de l'atavisme, et vous voyez que si le mot atavisme est de création récente, l'idée qu'il représente avait été nettement formulée par des observateurs anciens. C'est qu'il est impossible, quand on étudie la généalogie des malades et particulièrement des aliénés, de ne pas être frappé de voir un père ou une mère bien portants, mais issus de parents aliénés, parvenir à une longue vieillesse sans présenter aucun trouble de l'intelligence, et donner le jour à des enfants aliénés. Ces cas sont trop fréquents pour que l'on puisse les mettre en doute ou les considérer comme de simples coïncidences, surtout quand on voit dans les conditions physiologiques des plantes et de certains animaux, l'hérédité atavique s'exercer avec une constance qui en fait une des lois les plus importantes de la génération des êtres.

Mais si l'existence de la transmission immédiate ou atavique des maladies est incontestable, il n'en est pas de même d'une autre forme de transmission, de celle que l'on a appelée indirecte ou collatérale. On appelle *hérédité indirecte ou collatérale*, celle où l'on trouve dans la nature physique ou morale du produit la représentation des collatéraux. Par exemple : un père bien portant a deux frères morts aliénés. Leurs ascendants ne présentaient aucun signe d'aliénation. Eh bien, les fils de cet homme sain de corps et d'esprit, sont tous aliénés. Ou bien encore, un individu né d'ascendants directs et indirects sains a des cousins aliénés et devient aliéné lui-même.

Dans ces cas, l'hérédité est souvent contestable, mais on ne doit pas trop facilement nier son influence. Avant de le faire, il faudrait au moins avoir étudié avec soin la généalogie de la famille et avoir bien constaté qu'il n'y a pas eu de cas d'aliénation ou d'affections pouvant engendrer l'aliénation dans les trois générations d'ascendants directs de l'aliéné que l'on suppose héréditaire.

On a beaucoup discuté pour savoir si le père et la mère jouaient dans le phénomène des transmissions héréditaires pathologiques un rôle égal, ou si l'un des deux avait le privilége de transmettre plus sûrement que l'autre les maladies dont il était atteint. Esquirol pensait que la mère jouissait de ce privilége. Pour lui, tous les enfants sont plus exposés à hériter des affections de leur mère que de celles de leur père. Il établissait cependant une exception pour l'épilepsie, qui, à la Salpêtrière, lui avait paru provenir plus souvent du père que de la mère.

Baillarger a étudié cette question avec soin et en se fondant sur une statistique comprenant 453 cas d'hérédité, il a cru remarquer que l'influence maternelle prédominait dans le tiers des cas.

Ces résultats, confirmés par les recherches de Thurnam, Brigham, etc., me paraissent devoir être considérés comme exacts.

On a dit aussi que les femmes étaient plus exposées que les hommes à subir l'influence de l'hérédité morbide, et les faits paraissent légitimer cette manière de voir.

Voici les résultats de quatre statistiques, qui toutes tendent à démontrer qu'en effet les femmes sont relativement frappées par l'hérédité névropathique plus fréquemment que les hommes :

	HOMMES pour 100.	FEMMES pour 100.
Hood	8,58	10,62
Guislain	4,75	7,17
Thurnam	32,82	35,48
Établ. de Chrichton	48,56	51,05

On a voulu pousser l'analyse plus loin encore : ainsi Baillarger a voulu établir que la folie du père est un peu plus dangereuse pour les garçons que celle de la mère, tandis que celle de la mère est deux fois plus dangereuse pour les filles.

D'autre part, Cullen avait fait l'observation que parmi les enfants d'une même famille, ceux qui ressemblaient le plus à leurs parents étaient les plus exposés aux maladies héréditaires, et Burrows pense qu'un enfant hérite davantage des maladies mentales de celui de ses parents auquel il ressemble. Ces faits, pour le dire en passant, seraient, s'ils étaient bien établis, opposés à l'opinion de Moreau, qui pense que si un enfant doit à l'un de ses parents les traits de la ressemblance, il tient de l'autre son organisation cérébrale, si bien qu'un enfant ressemblerait intellectuellement et moralement à celui de ses parents auquel il ne ressemble pas physiquement. Mais ce sont là de pures vues de l'esprit. Les idées de Burrows ne sont rien moins que démontrées, non plus que celles de Moreau, et jusqu'à plus

ample informé, nous ne pouvons les considérer que comme des hypothèses sans fondement.

(*A suivre.*)

DE LA POSOLOGIE SCIENTIFIQUE

Par M. le docteur Alix, médecin principal de l'Hôpital militaire de Lyon.

Dans la discussion pendante à l'Académie de médecine, MM. les pharmaciens ont élevé de singulières doctrines, en déplaçant la question posée ; car il ne s'agit que du service médical militaire et non de science chimique.

J'ai lu avec un véritable sentiment d'admiration certaines expressions, et notamment celle qui appelle le modeste mélange des drogues officinales la *Posologie scientifique.* Voilà certes un beau mot, promettant de trop belles choses; ici le but est dépassé, c'est comme s'il n'avait pas été atteint, et l'on risque de faire tout simplement de la prose scientifique (pardonnez cette familière expression).

On est étonné de voir comment MM. les pharmaciens ont transformé dans leurs esprits les devoirs qu'ils ont à remplir vis-à-vis des médecins en général et des médecins militaires en particulier. On demande des pharmaciens; ils présentent des chimistes!

Ce qu'il y a surtout de remarquable, ce que ne nous avait pas révélé la fréquentation journalière, c'est cette délicate attention, cette fervente charité qu'ils montrent pour les militaires; charité d'autant plus méritante, qu'elle reste dans le secret de leur conscience.

Voyez ce que deviendraient ces pauvres soldats, s'ils n'étaient protégés par la surveillance clandestine de MM. les pharmaciens, rectifiant dans l'ombre de leurs officines les formules médicales. Singulier aveu, qui démontre toute la nécessité de surveiller un peu mieux que par le passé les agissements de nos auxiliaires.

Ah! messieurs les pharmaciens, nous nous doutions bien de quelques infidélités, mais les preuves manquaient, et nous les interprétions différemment. L'aveu est précieux et doit éclairer le public.

La proclamation d'un dogme si nouveau doit éveiller l'attention du corps médical. Voyez quelle situation est faite à nos confrères civils, si les pharmaciens se pénètrent des mêmes doctrines scientifiques.

Mesurer les doses quand même, c'est déjà sortir des voies de la raison; mais cela mène très-facilement à toutes les aberrations. Et je ne vois pas pourquoi le pharmacien, la main sur son Codex, pour rappeler une image littéraire de l'un d'eux, ne défendrait pas au médecin d'essayer un remède nouveau, ou dans une maladie pour laquelle le Codex ne semble pas l'indiquer; pourquoi ne lui défendrait-il pas d'employer des médicaments qu'il n'a pas dans sa boutique ?

Abandonnons ces doctrines insensées, et revenons aux idées que réveillent ces mots : Posologie scientifique.

Acceptons cette définition nouvelle, et voyons si MM. les pharmaciens ont le droit de se représenter comme les créateurs de cette science des mélanges.

Lisons l'histoire, et surtout les vieux livres qui, sous des noms divers, remplaçaient dans le passé ce que nous appelons aujourd'hui des formulaires, le Codex.

Est-il besoin de dire que toujours les médicaments, même les plus burlesques, ont été donnés pour répondre aux doctrines médicales; par conséquent, ce sont les médecins qui les formulaient; et les livres qui réunissaient le catalogue de ces remèdes n'avaient aucune prétention scientifique. C'était d'après les ordonnances écrites des médecins que les pharmaciens dosaient et mélangeaient les médicaments ; rappelez-vous les fureurs de M. Purgon, reprochant à Argan d'avoir refusé de prendre « ... un clystère que j'avais pris plaisir à composer moi-même !!... »

Quand les formulaires sont expurgés de leurs vieilleries, c'est parce que les médecins ne peuvent plus théoriquement se servir de certaines drogues reconnues inertes et absurdes, lorsqu'elles entrent alors dans le domaine des commères et guérisseurs.

Les pharmaciens étaient donc les exécuteurs, fidèles alors, des formules médicales. La situation n'a pas changé, depuis qu'ils se sont dits chimistes. L'expérimentation des médicaments chimiques appartient aux médecins, qui, seuls, sont juges compétents de leur efficacité sur les malades.

Qu'en dehors de la pharmacie, le pharmacien soit un chimiste distingué, célèbre même, je n'y vois pas d'obstacle; seulement le chimiste est complétement inutile dans un hôpital où il faut un pharmacien simplement.

Dans le présent, pas plus que dans le passé, le pharmacien n'a le droit de contrôler le médecin qui peut, sous sa responsabilité, administrer sous les formes convenables tous les médicaments, lors même qu'ils ne seraient pas dans le *Codex*. Invoquer les erreurs possibles est d'un goût justement flétri par les murmures de l'Académie.

Une dernière réflexion naissait encore à propos de l'argumentation de MM. les pharmaciens.

Ces messieurs ont l'air de prendre à la lettre toutes les promesses de leurs drogues, tant ils attachent d'importance au dosage.

Comment peuvent-ils paraître ignorer les tribulations des médecins aux prises avec une maladie qui se joue de toutes les médications ; en présence de l'infidélité constatée de tous ces agents si actifs, si puissants, selon les formulaires.

Ne voient-ils pas que chaque jour nous enlève une illusion, une croyance aux puissances pharmaceutiques, dont nous ne connaissons pas encore l'action réelle, malgré les affirmations des Codex ?

Et c'est en présence des tendances nouvelles, avec des formulaires gothiques, au nom de vieux préjugés, que l'on voudrait régenter la pratique médicale.

Si l'antique fonction déplaît aux chimistes modernes, qu'ils renoncent à la pratique pharmaceutique. On trouvera toujours de ces auxiliaires nécessaires aux médecins, car la position est belle, peu fatigante et rémunératrice. Je connais un confrère qui regrette chaque jour de ne pas être entré dans la corporation, tant on y est tranquille, tant la vie s'y coule calme, douce, contemplative, toujours dans un poste convenable, et presque toujours son maître. Pendant que le pauvre médecin court le monde, suit les troupes par tous les temps, se relève la nuit, reste de longues heures près des pestiférés, se fatigue les jours de bataille, le pharmacien, de son côté, dort paisiblement, et vient une fois par jour attendre avec le calme d'une conscience pure, devant une série de fioles symétriquement rangées, qu'un infirmier remplisse, que d'autres infirmiers viennent enlever ces inoffensives préparations.

Pour trouver l'exemple d'une vie aussi paisible, il faut nous souvenir des chanoines de la Sainte-Chapelle, dont Boileau chantait le bonheur.

La comparaison du médecin militaire à celle du pharmacien, peut servir de texte à de curieuses réflexions. Et l'on ne peut s'empêcher d'être étonné quand on entend exposer à la tribune le récit des fatigues des pharmaciens, leurs dangers, leurs pénibles campagnes. Certes il est permis à un orateur de broder, d'orner les faits pour les besoins de sa cause, mais l'ornementation ne doit pas cacher la vérité.

Je termine en disant : nous devons, nous médecins, réagir contre les prétentions qui s'élèvent, en maintenant la question dans sa réalité. Le médecin civil ou militaire a besoin d'un auxiliaire qui exécute ses ordonnances selon la formule, et ne fasse pas autre chose : cet auxiliaire est le pharmacien.

Pour les besoins du service militaire, il faut dans un hôpital un pharmacien, mais c'est bien un pharmacien qu'on demande, non pas un chimiste.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 29 juillet 1873. — Présidence de M. DEPAUL.

CORRESPONDANCE OFFICIELLE

M. le ministre de l'agriculture et du commerce transmet :

1° Des rapports sur le service des eaux minérales de Greoux et de Digne (Basses-Alpes), de Barbotan-les-Bains (Gers);

2° Des demandes à l'effet d'obtenir l'autorisation d'exploiter pour l'usage médical des sources situées à Saint-Germain-la-Belle (Haute-Vienne) et à Prades (Ardèche) (Commission des eaux minérales).

CORRESPONDANCE NON OFFICIELLE

La correspondance non officielle comprend :

1° Une lettre de M. le docteur Netter sur le *Traitement du choléra par l'administration coup sur coup d'énormes quantités de boissons aqueuses ;*

2° Des lettres de remercîment de divers lauréats de l'Académie ;

3° Un mémoire de M. le docteur Pignoni *sur la lithochysimie,* nouvelle opération chirurgicale ayant pour objet la dissolution intra-vésicale de la pierre.

M. LARREY présente, de la part du directeur général du service médical de la Grande-Bretagne : *The army medical department reports for the year 1871.*

M. THÉOPHILE ROUSSEL offre en hommage à l'Académie un exemplaire d'un rapport fait par lui au nom de la commission chargée d'examiner le projet de loi portant modification des tarifs perçus par la compagnie fermière des thermes de Plombières.

M. GUBLER présente une nouvelle analyse des eaux minérales d'Aulus, par M. le docteur Garrigou.

M. CHAUFFARD présente une brochure sur le typhus, par M. le docteur Buignet.

Suite de la discussion sur la réorganisation du corps de santé militaire.

M. DUMAS, dont le discours écrit est lu par M. Buignet, avec la commission, considère comme préjudiciable aux intérêts de l'armée, le système de la fusion de la médecine et de la pharmacie militaires.

Il admet avec elle que la direction du service de santé militaire doit être placée sous l'autorité d'un chef pris dans son sein. Mais il comprend moins pourquoi la direction du service de santé étant réservée au médecin militaire, cette disposition entraînerait comme conséquence logique la subordination de la pharmacie à la médecine dans l'armée.

S'il est clair, dit-il, que le pharmacien exécutant une prescription est le subordonné du médecin qui l'a formulée, en quoi cette subordination se justifie-t-elle lorsqu'il s'agit du choix des médicaments simples, de la préparation officinale des médicaments composés, de la conservation des uns et des autres, ou même du mode d'exécution des formules magistrales ? Le choix, la préparation, la conservation et la distribution des médicaments n'appellent l'intervention du médecin qu'en un seul point : exécution fidèle de ses precriptions et fourniture au moment du besoin des médicaments qu'il a ordonnés.

La pharmacie militaire réclame donc avec persévérance et énergie contre le projet de la commission : 1° parce qu'elle y perd le chef réel de son ordre ; 2° parce qu'elle s'y voit subordonnée à la médecine, même pour les parties de son service à l'égard desquelles le médecin manque absolument de compétence.

Il est vrai qu'après avoir proclamé la nécessité de mettre la direction du service de santé sous l'autorité de l'un de ses membres, on veut prévoir le cas où un pharmacien supérieur en grade pourrait être appelé à prendre cette direction et à présider le conseil de santé. Mais qui donc réclame l'exercice d'un tel droit? Un galon de plus ne suffit pas pour faire d'un pharmacien un médecin, mais il ne suffit pas davantage pour faire un pharmacien d'un médecin.

La direction du service de santé, la présidence du service de santé, doivent toujours appartenir au médecin.

Mais le service des médicaments, comprenant leur choix, leur préparation, leur conservation et leur distribution, doit appartenir au pharmacien.

L'autonomie du service de santé sous la direction d'un médecin étant admise, comment convient-il de régler les rapports du médecin et du pharmacien? L'Académie n'est pas compétente pour l'examen d'une question du domaine de ces règlements d'administration publique qui doivent être préparés et délibérés en conseil d'État.

Comme conclusion, M. Dumas propose à l'Académie d'émettre l'avis suivant :

1° Que la direction du service de santé militaire et la présidence du conseil de santé soient confiées à un médecin ;

2° Que la pharmacie militaire conserve son chef chargé de préparer et de défendre son budget et de faire les propositions concernant le personnel ;

3° Que les conditions de la nouvelle organisation et la nature des rapports des deux services entre eux soient détermi nés par un règlement d'administration publique.

M. CHAUFFARD. Maintenant que nous venons d'entendre l'opinion de M. Dumas, je demande la clôture, renonçant, pour ma part, à prendre la parole, comme je devais le faire.

Plusieurs membres. Appuyé ! appuyé !

M. LE PRÉSIDENT. Il y a encore huit orateurs inscrits.

M. CHAUFFARD. Ce serait à n'en plus finir. Je répète que, pour ma part, je renonce à mon tour de parole.

M. BOULEY. Je propose de ne prononcer la clôture qu'à la fin de cette séance, afin de permettre à tout le monde de parler, mais en priant messieurs les orateurs de vouloir bien raccourcir leurs discours et ne dire que l'indispensable.

M. GAULTIER DE CLAUBRY. J'appuie la proposition de M. Bouley.

M. LE PRÉSIDENT. Je mets aux voix la clôture immédiate de la discussion.

M. GAULTIER DE CLAUBRY. Et ceux qui seront d'avis d'adopter la proposition de M. Bouley?...

M. DEPAUL. Ils voteront en ce moment contre la clôture.

Les voix étant comptées, on en trouve 23 pour la clôture et 23 contre. La discussion se continue.

M. BONNAFONT commence la lecture d'un discours que le bruit général empêche d'entendre.

M. BOULEY. Raccourcissez ! raccourcissez !

M. BONNAFOND. Je ne puis parler au milieu du bruit.

M. LE PRÉSIDENT. Messieurs, faites un peu de silence.

M. BOULEY. Que M. Bonnafond commande le silence en arrivant de suite à ses conclusions.

M. BONNAFONT. Voici mes conclusions :

En résumé, les conclusions du rapport me paraissent logiquement déduites. En effet, si l'organisation du service de santé reste ce qu'elle est, il n'y a rien à dire ni à faire ; mais si les médecins sont investis de la direction et par conséquent de la responsabilité du service, tout le personnel, quel qu'il soit, attaché au même hôpital ou à la même ambulance, doit leur être subordonné et passible de recevoir leurs ordres.

M. SÉDILLOT raconte qu'il a toujours été dans les meilleurs rapports avec les pharmaciens et les intendants, mais qu'il n'en a pas moins constaté les vices de l'état actuel. Ces vices, un médecin militaire, racontant la campagne de l'Est, les a récemment résumés par quelques phrases significatives. Lorsque les médecins demandaient des ordres aux intendants, ceux-ci leur répondaient toujours par une de ces trois formules : « Attendez des ordres, » ou bien : « Suivez le mouvement, » ou bien : « Faites ce que vous pourrez », et le pauvre médecin, sans aides, sans instruments, sans médicaments, car le fourgon de médicaments n'était pas même sous ses

ordres, se trouvait réduit à l'impuissance. Il faut que cela change. Le médecin demande à être mis à même de rendre des services sur le champ de bataille, et pour cela il faut que le service de santé soit autonome, dirigé par un médecin. Quant à l'idée de voir à la tête de ce service un pharmacien, elle ne peut être sérieuse. Évidemment, si un pharmacien, chef de service, demandait des instructions à un général ou à un ministre, celui-ci ne pourrait que lui répondre : « Suivez le médecin, attendez des ordres » (ou des ordonnances). Il n'y aurait pas d'autonomie possible pour le corps de santé, si un pharmacien y pouvait être jamais chef de service.

De quoi s'agit-il donc ? Est-ce de dégrader les pharmaceins ? Non, certes, puisqu'on conserverait au pharmacien militaire son rang, ses grades et sa solde. Il est vrai que la médecine militaire monterait d'un grade ; mais en quoi cela nuirait-il au pharmacien ? On n'est pas dégradé parce que son voisin s'élève. Quant à l'objection qui consiste à dire qu'un médecin ne saurait pas administrer, elle n'est pas sérieuse, car les directeurs des deux écoles de santé militaires du Val-de-Grâce et de Strasbourg ont toujours eu à administrer en pleine indépendance, et jamais on n'a vu ces écoles en marcher plus mal.

En résumé, les conclusions de la commission sont d'une sagesse et d'une modération telles qu'elles n'auraient dû soulever aucune opposition.

M. GAULTIER DE CLAUBRY. J'ai surtout à parler sur la troisième conclusion du rapport, M. Dumas ayant déjà dit le reste de ce que je voulais dire.

M. LE PRÉSIDENT. Alors, il vaudra mieux ne prendre la parole que lors de la discussion des articles.

Plusieurs voix. La clôture ! la clôture !

M. LE PRÉSIDENT. La parole est à M. Chauffard.

M. CHAUFFARD. Monsieur le président, j'ai déjà dit que je renonçais à la parole. Je ne voudrais pas prolonger ce débat.

M. BÉHIER. Qui tourne toujours dans un même cercle.

M. POGGIALE. Il est impossible que l'Académie, après avoir entendu deux médecins, refuse d'écouter un pharmacien qui veut leur répondre.

M. LE PRÉSIDENT. Vous avez la parole.

M. POGGIALE insiste de nouveau sur ce point qu'un médecin ne pouvant pas administrer, l'autonomie du corps de santé est une chimère. Il revient sur le dernier discours de M. Broca, qu'il accuse de s'être arrêté à des arguties. Il s'indigne à l'idée de voir les pharmaciens subordonnés aux médecins, et pour en montrer les conséquences, il lit en partie les articles 16, 17 et 18 du règlement.

Articles 16 et 17.—Les punitions à infliger aux officiers de santé pour fautes commises dans le service ou contre la discipline sont : les arrêts simples, la réprimande, les arrêts de rigueur, la prison.

Article 18. — Les arrêts peuvent être ordonnés par un officier de santé en chef pendant quinze jours, et par le sous-intendant militaire pendant trente jours.

« Dans le système de la direction médicale, s'écrie M. Poggiale, le médecin en chef pourrait donc infliger au pharmacien en chef trente jours d'arrêts simples. »

M. LEGOUEST. Lisez cet article 18 en son entier.

M. POGGIALE. Je le lirai...

M. LEGOUEST. Lisez le ! Vous tronquez les textes.

M. POGGIALE, en venant ensuite au discours de M. Legouest, lui reproche d'abord d'avoir exagéré l'immiction des intendants dans les affaires médicales, puis d'avoir cité un grand nombre de propositions, de projets, de vœux émanant des médecins, et qui n'ont jamais abouti. Selon lui, tout cela ne prouve qu'une chose, le peu de bienveillance réelle des médecins militaires envers les pharmaciens. Le rapport de M. Bouisson devant la sous-commission de l'Assemblée nationale n'avait lui-même rien d'officiel, et rien ne prouve en fait qu'il sera adopté par l'Assemblée ou par la commission.

En terminant, M. Poggiale lit l'article 18 du règlement en son entier, et il en résulte que l'intendant ne peut pas mettre aux arrêts un officier de santé pour une faute professionnelle.

M. LEGOUEST. Je demande la parole.

M. LE PRÉSIDENT. La parole est à M. Larrey.

M. LARREY. Je cède mon tour à M. Legouest.

M. LEGOUEST. Je ne veux répondre qu'un mot à M. Poggiale, puisqu'il s'est décidé à lire l'article 18 en son entier, ce qui suffisait pour réfuter ses allégations inexactes. Le rapport de M. Bouisson ne pouvait pas être ignoré de l'Académie, puisque c'est à cette occasion que le ministre nous a consulté. Il avait consulté d'abord une commission mixte, qui s'est séparée sans aboutir à une conclusion. Peut-être en sera-t-il de même de la commission de l'Assemblée. Mais c'est une raison de plus pour que l'Académie, après avoir pris connaissance de l'état des choses, se hâte de formuler un avis motivé. Je demande donc la clôture.

Plusieurs voix. Appuyé !

M. LARREY. Je n'avais qu'un mot à dire pour répondre au discours de M. Dumas. Du reste, M. Dumas lui-même, après avoir entendu le rapport de M. Broca, m'a déclaré que ce rapport était très-bien fait, que les conclusions en étaient très-sages, et qu'il ne croyait pas qu'on pût leur opposer une objection sérieuse. Je renonce donc à toute observation sur le discours de M. Dumas, puisqu'il ne pouvait être dirigé contre le rapport ou ses conclusions.

M. LE PRÉSIDENT. Je mets la clôture aux voix.

La discussion générale est close.

Dans la séance prochaine, l'Académie aura à voter sur les conclusions du rapport et les contre-propositions qui ont été formulées.

M. LARREY. Il sera bon que tous les membres soient avertis par une convocation spéciale.

La séance est levée à cinq heures un quart.

CORRESPONDANCE

A M. le Dr Le Soard, directeur de la Gazette des Hôpitaux.

De l'importance de l'élément buccal dans la fièvre typhoïde et de l'heureuse influence des gargarismes acidulés fréquemment répétés.

LETTRE SUR LES CONDITIONS DU TRAITEMENT

Mon cher confrère,

Dans cette lettre, je me propose de préciser les conditions dans lesquelles j'ai observé et pratiqué, afin que désormais, dans la vérification par autrui, si des résultats différents venaient à surgir, l'expérimentateur puisse remonter aux causes des variations. A cet effet, et comme entrée en matière, je veux montrer comment M. le professeur Schützenberger a d'abord été induit en erreur.

En 1865, à Strasbourg, pendant que j'appliquais la médication dans mes salles de l'hôpital militaire, l'éminent confrère procédait à la vérification d'une part, dans son service de l'hôpital civil; d'autre part, dans sa pratique à domicile. Or cette simple différence, dans les circonstances ambiantes, faussa alors l'appréciation en divers points qu'il importe de faire ressortir.

Tout d'abord, pour ce qui concerne la comparaison de la pratique des hôpitaux militaires avec celle des hôpitaux civils, je ferai remarquer que, par suite de l'organisation connue de notre médecine régimentaire, la situation n'est nullement la même, car les soldats, loin d'être libres de se faire traiter ou non à l'hôpital et de choisir le moment d'entrer, y sont envoyés d'autorité et dès que chez eux une affection prend un caractère sérieux, tandis qu'il en est tout autrement, comme chacun sait, pour les sujets des hôpitaux civils qui, trop souvent y arrivent tardivement, alors que le mal a déjà fait de grands ravages. Or, avec la médication que je préconise, il s'agit surtout de faire avorter la fièvre typhoïde à son début.

En second lieu, les dispositions morales ici et là sont bien diffé-

rentes aussi. En effet, dans les hôpitaux militaires, avec la seule promesse d'un congé de convalescence, on ouvre au soldat tout un horizon de félicités, moyen d'affermissement moral dont j'ai largement usé et que je ne saurais trop recommander ; quelle différence encore avec ce qui a lieu dans les hôpitaux civils! Ici, que de soucis persistants: travail interrompu, mère ou enfants souffrant au domicile!... Que d'amères réflexions propres à favoriser les accidents cérébraux ou l'adynamie. Exemple :

Dans un des cas traités par M. Schützenberger, en 1865, les gargarismes employés dès le début, c'est M. Schützenberger qui parle, *parurent devoir produire une rémission dans les accidents*; cette *amélioration* toutefois ne fut que momentanée; les symptômes s'aggravèrent; il survint un état comateux et enfin la mort. Cet insuccès m'a été produit comme objection dans la séance de la Société du 6 avril 1865. Or la catastrophe était arrivée la veille seulement de la séance, et l'autopsie n'avait pas encore été faite; elle a été pratiquée ensuite, et, chose bien inattendue, on a trouvé les ulcérations intestinales cicatrisées. La mort a été attribuée alors au collapsus profond dans lequel était tombé ce malade par suite de *chagrins*. (Séance du 4 mai, *Gaz. méd.*, 1865, page 122.)

On le voit, différences dans les dispositions morales, différences aussi des époques où le médecin est appelé à intervenir, toutes conditions dissemblables pour l'expérimentation.

J'arrive à la pratique à domicile, qui, elle aussi, a ses particularités, mais de nature autre, et bien autrement désavantageuses, quel que soit du reste le traitement qu'on emploierait, inconvénients que je suis étonné de ne voir nulle part notés.

Je m'explique.

Où la fièvre typhoïde règne-t-elle endémiquement? Est-ce dans les hôpitaux? Non, et nonobstant le séjour de plusieurs individus alités pour cette affection dans une salle, infirmiers, sœurs, convalescents, restent indemnes. Où donc la fièvre typhoïde règne-t-elle endémiquement? C'est comme chacun sait encore, dans les habitations privées où rien de plus ordinaire que cette maladie atteignant successivement plusieurs membres d'une famille, se propageant même d'un étage à l'autre, extension morbide qui ne respecte point les familles aisées, même riches, ce dont tout à l'heure je produirai un exemple. Partant de là, il est évident que, dans l'habitation privée, le fébricitant typhoïde demeurant alité au sein d'un de ces foyers d'infection, ne cessant d'y respirer l'air contaminé, pourra s'y empoisonner d'une manière persistante, continue, pendant la durée même du traitement, quel que soit celui-ci, et ainsi tel remède propre à enrayer la maladie dans un hôpital, échouerait dans la pratique à domicile. Voici à ce sujet un exemple remarquable puisé encore dans la pratique de M. Schützenberger.

En 1865, à Strasbourg, dans une des familles *riches* de la ville, une jeune fille s'alite pour fièvre typhoïde. M. Schützenberger en était le médecin. « Les lotions buccales et nasales, a dit notre confrère quelque temps après, furent pratiquées soigneusement dès le quatrième jour de l'affection. Des accidents adynamiques se sont produits, et sept semaines après l'invasion, la convalescence n'était encore que peu avancée.

« Pendant toute la durée de l'affection, cette malade avait été constamment soignée par sa sœur. Au bout de quatre semaines environ, celle-ci fut prise d'accidents prodromiques. Aussitôt les gargarismes furent employés et continués avec la plus scrupuleuse exactitude, ce qui n'empêcha pas des accidents spinaux graves d'éclater : roideur de la nuque, respiration anxieuse, etc., et la mort de survenir au onzième jour de la maladie. » (*Gazette médicale*, 1865, page 105). »

C'est ce fait qui me fut surtout opposé en 1865 comme devant renverser tout ce que j'avais avancé. En vain j'ai alors objecté qu'il y avait eu là un foyer d'infection démontré par la teinte même de l'infortunée sœur, qui ne s'est alitée qu'au bout d'un mois de séjour dans le milieu contaminé, foyer d'infection dans lequel la première des deux malades a dû nécessairement s'empoisonner d'une manière continue, ce qui ne pouvait arriver dans mes salles, où cette sorte de *contagion*, pour me servir de l'expression consacrée, était chose inconnue. Mon antagoniste n'a pas alors accueilli mes raisons, qui lui ont apparu comme un faux-fuyant. Les chambres occupées, m'a-t-il répondu, étaient de fort beaux appartements, et toutes les précautions avaient été prises pour l'aération qui encore s'est trouvée favorisée par un feu de cheminée entretenu jour et nuit à cause du froid de la saison. Cependant l'aération n'a pas dû être suffisante, comme le prouve le fait même de l'atteinte de la deuxième jeune fille. Mais ma manière d'interpréter les choses était alors trop nouvelle pour être facilement acceptée; heureusement que depuis, à Strasbourg, la lumière s'est faite, et aujourd'hui on y reconnaît et l'importance de l'élément buccal et l'influence des lotions appropriées.

Mais, doit-on se demander, comment, à Neuf-Brisach, dans l'épidémie des communes, M. le docteur Mignard, pratiquant à domicile, a-t-il pu obtenir soixante-quatre succès sur soixante-cinq fièvres typhoïdes traitées? Je réponds : l'épidémie a régné en automne, la saison étant encore chaude, et, parmi les conditions de traitement recommandées par moi à mes confrères, j'avais formellement stipulé *l'aération suffisante*. Au surplus, dans ces circonstances, toutes les habitations privées ne constituent point nécessairement des foyers d'infection, et de l'une à l'autre il y a des immunités aussi singulières que celle des hôpitaux. Que de fois un fébricitant typhoïde se trouve traité à domicile sans que personne de l'entourage subisse l'atteinte! Il y a là un de ces mystères trop communs en médecine et qui tiennent à notre profonde ignorance sur le mécanisme de la formation des choses. Ici, qu'une petite digression me soit permise, pour scruter le mystère; si je n'y parviens point, d'autres plus heureux arriveront au but. Il faut bien que quelqu'un commence.

Quelle bizarrerie que cette immunité comme absolue des hôpitaux par rapport à la contagion de la fièvre typhoïde! On y voit se propager les fièvres éruptives, les érysipèles, les ophthalmies, etc., et voici qu'on y échappe à la fièvre typhoïde, et c'est dans la pratique à domicile, même dans les maisons riches, que cette dernière affection devient contagieuse! Quelle bizarrerie!

Est-ce donc que dans les hôpitaux, d'ordinaire si encombrés, les proportions d'oxygène et d'acide carbonique se maintiennent plus facilement dans les limites nécessaires? Est-ce que, dans les hôpitaux, l'eau potable, considérée par quelques-uns comme renfermant les miasmes, subirait quelque putréfaction préalable? Ou bien le bâtiment nosocomial se construit-il avec des matériaux spéciaux! Qu'est-ce qui peut donc ici favoriser l'immunité?

J'avais d'abord pensé que la cause du fait résidait peut-être dans l'existence de grandes salles dans lesquelles l'agent typhoïde se perdrait; mais, réflexions faites, j'ai dû renoncer à cette idée, parce que souvent nombre de fébricitants typhoïdes se trouvent simultanément alités dans une même salle, et aussi que dans maint hôpital, notamment dans les établissements militaires, les médecins isolent les fièvres typhoïdes dans des cabinets à part, et tout cela sans inconvénients pour l'entourage. Quelle peut donc être la raison du fait?

Est-ce qu'il y aurait *antagonisme* entre les miasmes des fébricitants typhoïdes et les émanations provenant d'affections infectieuses différentes? Encore non, car dans les hôpitaux militaires, contrairement à ce qui a lieu dans les établissements civils, il arrive fréquemment que les fièvres typhoïdes sont les seules maladies graves régnantes, et conséquemment il ne peut y avoir antagonisme de miasmes. Quel est donc ce mystère? Risquons une hypothèse nouvelle.

Supposons que les nombreuses espèces de microzoaires qui peuplent l'air n'y vivent point pêle-mêle, mais que, par analogie avec ce qui s'observe chez les poissons, dont les uns séjournent dans le fond de l'eau, les autres à la surface, il en soit de même pour ces petits êtres aériens, et que dans une épidémie de fièvre typhoïde, ces vibrions spéciaux qui infectent une pièce d'habitation, y habitent les couches tout à fait supérieures de l'atmosphère, sorte de nuage planant sur nos têtes;

je crois que, dans cette hypothèse, tout peut-être s'expliquerait. En effet, il suffirait qu'un plafond fût plus ou moins haut, pour que la respiration humaine fût à l'abri du nuage malfaisant, ou bien qu'elle en aspirât les miasmes. De même aussi, selon certaines dispositions des croisées, les unes montant jusqu'au plafond, les autres arrêtées plus bas sur le mur dans lequel elles sont percées, variations qui se constatent d'une maison à l'autre, l'aération par l'ouverture des fenêtres donnerait des résultats divers; renouvellement complet de l'air dans un cas, incomplet en haut avec l'autre disposition. Hypothèse! dira-t-on, pure hypothèse! Oui, certes; mais demanderai je, cette hypothèse est-elle dans la possibilité des choses, et est-elle susceptible de vérification? Si oui, il appartient aux hommes spéciaux de la vérifier. De ces spéculations théoriques, je reviens aux faits positifs, qui se résument comme suit :

1° Dans la fièvre typhoïde, en même temps qu'il y a un élément septicémique, il faut reconnaître un *élément buccal*, ou, pour mieux dire, un élément *bucco-nasal* consistant dans une putréfaction spéciale des saburres de la langue, ainsi que dans la putréfaction des caillots de sang des narines, *résidu de l'épistaxis initial*.

2° Mes observations, confirmées par celles de MM. Bordmann, Mignard, Tissier, et en dernier lieu par celles de M. Schützenberger, démontrent et l'importance de l'élément *bucco-nasal* et l'heureuse influence de lotions appropriées;

3° Lorsque, dans la vérification, des faits négatifs se produisent, l'expérimentateur doit rechercher la cause des variations qu'il trouvera ou dans la différence des époques de l'intervention médicale, ou dans la différence des conditions morales, ou dans l'usurpation de l'aération;

4° Dans la pratique à domicile, on pourrait, pour l'aération, adopter une manière de procéder qui m'a été indiquée à Neuf Brisach par un aide-major de la garnison.

Il avait été pendant quelque temps attaché à l'École de Saint-Cyr, et une épidémie de fièvre typhoïde ayant éclaté dans le village, il y a traité des malades concurremment avec les médecins de la localité. Or, mon jeune confrère de l'armée, employant alors les remèdes ordinaires, mais les mêmes que ceux des autres praticiens, a obtenu relativement de notables succès qu'il a seulement pu attribuer à une mesure particulière prise par lui pour le renouvellement de l'air. Je faisais journellement changer les malades de chambre, me dit-il, et la pièce d'habitation occupée la veille restait aérée *pendant une série d'heures*. Je regrette de ne pas me rappeler le nom de cet aide-major qui, je crois, ferait bien de se nommer.

Tous ces éclaircissements préliminaires étant donnés, j'arrive aux détails thérapeutiques de la question; mais cette lettre étant déjà trop longue, je remets la suite et fin à une prochaine.

Veuillez agréer,

A. NETTER.

Strasbourg, le 14 mai 1873.

P. S. — Je supplie tous mes confrères, notamment ceux des hôpitaux de Paris, de vérifier la médication sans préjugés contraires. L'idée dominante d'infection primitive du sang est en opposition avec l'invasion si ordinaire par *embarras gastrique*, et ce prétendu embarras de ce viscère se caractérise surtout par les *saburres de la langue*.

A. N.

— Un docteur offre de suppléer un confrère malade ou absent.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Recherches sur la nature des affections typhoïdes du cheval. — Études micrographiques et chimiques des altérations du sang — injection et contagion — étiologie — séméiologie et thérapeutique, par J. B. V. SALLE, vétérinaire en 1er au 4e régiment de cuirassiers. Ouvrage couronné par la Société centrale de médecine vétérinaire. — 1 vol. in-8° de 388 pages avec 30 figures intercalées dans le texte, dessinées d'après nature par l'auteur. Prix : 3 fr. 50. — Paris, 1873, É. Donnauld.

Étude sur quelques cas de ruptures dites spontanées du cœur, par le docteur A. LE PIEZ. — In-8°. Prix : 2 fr. 50. — Paris, Adrien Delahaye.

Le Directeur : Dr E. LE SOURD.

Paris. — Typographie A. POUGIN, quai Voltaire, 13.

N° 89. — SAMEDI 2 AOUT 1873. 46e ANNÉE. SAMEDI 2 AOUT 1873. — N° 89.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES.

Bureaux : 57, rue des Saints-Pères, 57
PRÈS L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

Le prix d'abonnement
doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

On s'abonne hors de Paris
dans les bureaux des Messageries et chez les libraires.
Les lettres non affranchies sont refusées.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui n'en peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS			POUR L'ÉTRANGER
Trois mois.	8 fr. 50 c.		le port en sus suivant les derniers tarifs des Postes.
Six mois. . .	16	—	
Un an . . .	30	—	

REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE

LES POINTS DE CÔTÉ.

La névralgie intercostale de l'embarras gastrique.

J'ai signalé, il y a quinze jours, dans une première revue clinique, le fait de l'existence, constante cette année, d'une névralgie intercostale dans tous les cas d'embarras gastrique qui se sont présentés à mon observation, et ces cas sont en très-grand nombre.

Comme vérification, dans les divers services hospitaliers où je suis allé depuis lors, je me suis fait montrer les malades atteints d'embarras gastrique, et sans aucune exception chez tous, la névralgie intercostale était très-bien caractérisée.

J'ai déjà parlé d'une première série de quatre constatations de ce genre faites dans les services de MM. Bouchard et Cornil. Une seconde comprend quatre autres malades examinés à ce point de vue dans les services de MM. Lécorché, Bouchard, Lancereaux et Bernutz.

Le fait observé avec M. Bernutz est des plus nets, car il s'agit d'un homme adulte qui ne peut être soupçonné d'hystéricisme.

Celui que m'a fourni M. Lécorché est intéressant en ce que la douleur intercostale y avait eu durant quelque temps une intensité des plus vives au début de l'embarras gastrique.

Quant aux deux autres de cette série, ils sont rendus moins concluants par l'existence de diverses névropathies indépendantes chez les deux femmes en question, notamment de douleurs et de troubles nerveux qui pourraient résulter d'une affection de la moelle chez la malade en traitement dans le service de M. Bouchard.

En résumé, dans ces services hospitaliers, la névralgie intercostale a été cherchée sur huit malades désignés comme étant atteints d'embarras gastrique, et elle a été trouvée chez tous, mais son origine aurait pu paraître douteuse chez deux, qui présentaient d'autres complications.

Étudions maintenant dans ses traits principaux cette névralgie intercostale, qui est de règle dans l'embarras gastrique, cette année, du moins, à Paris.

Dans son *Traité des névralgies*, Valleix, qui employait la méthode numérique, ne tenant compte que du symptôme, confondait les unes avec les autres bien des formes très-différentes au point de vue de la pathogénie et de l'étiologie.

Par exemple, il ne distinguait pas de ces douleurs passagères que provoque la pression seule, ces névralgies si cruciantes et si tenaces qui accompagnent le zona et lui survivent.

Toutes ces formes étaient par lui comptées dans un même total.

Aussi, dans le chapitre de la névralgie dorso-intercostale, après avoir parlé des douleurs continues et contusives, fait-il les remarques suivantes :

« 2° *Élancements.* — Les élancements furent notablement moins fréquents, puisqu'on ne les rencontre que chez quinze sujets sur vingt-trois, chez lesquels ils furent recherchés. Parmi les autres malades, il en est six qui n'en éprouvèrent dans aucune circonstance, et un chez qui des élancements qui traversaient la poitrine n'avaient lieu qu'à l'occasion de la toux, des grandes inspirations et des mouvements. On voit déjà qu'on aurait tort de regarder les élancements comme le symptôme essentiellement caractéristique de cette névralgie, car dans les cas où ils n'existaient pas, le siége des douleurs, leurs limites étroites, les circonstances dans lesquelles elles s'étaient produites, ne laissaient aucun doute sur la nature de la maladie. »

Il y a donc un certain nombre de névralgies intercostales dans lesquelles on retrouve ces douleurs lancinantes si habituelles dans certaines névralgies situées ailleurs ; et d'autres, dans lesquelles ces douleurs lancinantes n'existait pas.

Au point de vue de ces douleurs, de ces *élancements*, on peut distinguer deux grandes classes ; et, quand on entre dans les détails de l'observation vraiment médicale, on s'aperçoit bientôt que cette distinction n'est pas seulement motivée par un symptôme, qu'elle répond à des conditions pathogéniques toutes différentes.

Par exemple, sans exception, les névralgies intercostales qui accompagnent le zona appartiennent au premier groupe.

Ce qui y domine surtout, ce sont des élancements, des douleurs lancinantes, ou térébrantes, ou fulgurantes, etc., parfois atroces.

Il n'en est pas de même dans la névralgie intercostale de l'embarras gastrique.

Au contraire, d'après mes observations, je puis dire que l'absence de tout élancement proprement dit paraît de règle dans cette forme de névralgie.

Que la douleur y semble spontanée, étant provoquée ou exas-

pérée par les mouvements du thorax, la respiration, les quintes de toux, ou qu'elle y soit sourde et ne se révèle que par l'effet d'une pression directe, elle y a toujours pour caractère d'être continue, et plutôt contusive que lancinante.

Lorsqu'elle est violente, le malade, à cause de cette continuité, à cause des exacerbations qui peuvent résulter de la toux ou des inspirations profondes, se croit habituellement atteint d'une affection aiguë des organes thoraciques, fluxion de poitrine ou pleurésie.

C'est même là un point de pratique sur lequel on ne saurait trop appeler l'attention.

Si, ignorant la coïncidence de ces névralgies intercostales avec les embarras gastriques, on s'attachait surtout à ce *point de côté*, parfaitement ressemblant, dans certains cas, au *point de côté* de la pleuro-pneumonie, même par son siége habituel ; si, constatant en même temps la fièvre (chose qui n'est pas rare dans l'embarras gastrique), le mal de tête, l'anorexie, etc., on attribuait à une cause intra-thoracique la gêne de la respiration due à la douleur provoquée par les mouvements du thorax, si on négligeait d'ausculter ou si l'on croyait être encore trop près du début pour percevoir, par l'auscultation, des lésions en train de se faire, on serait conduit à des erreurs considérables au point de vue de la médecine pratique.

Si, par exemple, on avait saigné, si l'on avait mis un vésicatoire, moyen si puissant contre les douleurs de cette nature, on pourrait croire avoir fait avorter, par une thérapeutique habile, une affection grave intra-thoracique, qui n'aurait en réalité aucune tendance à se produire.

Il est probable que de telles confusions ont dû améliorer souvent les statistiques de ceux qui voulaient juguler toutes les phlegmasies à force de saignées.

Et, qu'on le remarque bien, les observations de cette nature pouvaient d'autant mieux être classées au premier rang parmi les plus probantes au point de vue thérapeutique, qu'elles semblaient appuyées par d'autres, moins complétement favorables, mais encore satisfaisantes pour un théoricien prévenu.

En effet, la saignée commence par soulager presque toujours ceux même auxquels elle nuira.

Saignez un malade anémique, débilité, chez lequel il s'est produit un peu de pneumonie ou un point pleurétique, et au premier moment, il se sentira mieux.

Cette sensation de mieux-être pourra être momentanée, ne servir en rien au malade, retarder plutôt la guérison en diminuant les forces réactives dont la mise en jeu sera nécessaire pour la disparition complète de la lésion, il n'en est pas moins vrai qu'elle fait impression sur le malade, l'entourage, et, par suite, le médecin.

Qu'il rencontre alors une série d'embarras gastriques fébriles avec point de côté intense, qu'étant appelé dès le début il mette, aussitôt en usage la saignée, les vésicatoires, la diète ou le tartre stibié, et il se confirme dans sa foi en l'utilité de moyens qui, insuffisants chez les uns, auraient eu ainsi chez les autres une action vraiment héroïque.

Souvent les malades atteints de points de côté par embarras gastrique étaient eux-mêmes anémiques, débilités. Les succès et les insuccès, les pleuro-pneumonies qui se terminent mal et celles que l'on croit avortées entreront donc également en ligne de compte, et c'est pourquoi la théorie de la saignée quand même compte encore aujourd'hui, parmi les praticiens, quelques partisans convaincus.

Revenons-en aux caractères de la névralgie intercostale dans l'embarras gastrique.

Nous venons de voir que, chez un certain nombre de malades, elle est assez intense pour pouvoir simuler le point de côté des affections intra-thoraciques.

Les faits de ce genre sont loin d'être rares. Ce furent eux qui me mirent les premiers sur la voie de ces recherches ; et ils figurent pour plus d'un tiers dans les observations recueillies dans les hôpitaux.

Le premier malade de M. Bouchard, un ouvrier qui travaillait le verre à l'émeri, entré le huitième jour d'un embarras gastrique, disait avoir, durant les premiers temps, souffert surtout d'un point de côté intense, qui gênait la respiration. Le point de côté proprement dit avait disparu, mais on trouvait, dans un des espaces intercostaux, une douleur vive, par la pression sur les trois points caractéristiques.

Semblable était l'histoire de la malade de M. Lécorché ; et quant à celle de la femme observée dans le service de M. Lancereaux, elle en différait seulement par le récit d'autres douleurs qui venaient compliquer la question.

Ainsi, alors que la douleur a été, au début, violente et spontanée, elle peut se transformer en une douleur sourde, que la pression seule exaspère.

Entre cette première et cette seconde forme, il n'y a qu'une question de degré.

Dans un cas, le malade accuse de lui-même la névralgie intercostale et s'en préoccupe.

Dans l'autre, il faut que le médecin soit prévenu et qu'il la cherche.

Mais quand il la cherche, il la trouve, aussi classique que possible par son siége souvent décrit.

Les divers points douloureux sont bien ceux qu'a indiqués Valleix : le postérieur est toujours situé dans la gouttière vertébrale, très-près de l'épine dorsale ; sur la prolongation de l'espace intercostal dans lequel on existent un point antérieur et, presque toujours un point latéral vers le milieu des côtes. Enfin il est fréquent de trouver un point épigastrique ou abdominal dans la même direction.

Quelquefois ces points se rencontrent soit dans deux espaces voisins du même côté, soit en même temps dans un espace intercostal du côté gauche et dans un autre du côté droit. Ordinairement alors dans mes observations, particularité assez inattendue, ce ne sont pas les espaces correspondants qui sont affectés à droite et à gauche. Ce sera par exemple le 7e espace de gauche et le 5e de droite, ou le 6e de droite et le 8e de gauche, etc.

Je n'ai pas besoin d'ajouter que dans tous les cas j'ai eu grand soin de m'assurer que je n'avais point affaire à un excès de sensibilité purement normal. J'ai comparé aux espaces voisins, aux espaces correspondants de l'autre côté de la poitrine, ceux dans lesquels la pression me montrait les divers points caractéristiques, et j'ai évité de la sorte toute chance d'erreur.

J'ai déjà dit que cette névralgie siégeait plus fréquemment à gauche chez des hommes qui ne pouvaient être regardés comme sujets aux névralgies du nervosisme et de l'hystéricisme.

Le hasard a fait que chez les femmes en bien moindre nombre que les hommes, observées par moi, cette névralgie intercostale a siégé un peu plus souvent à droite qu'à gauche.

Mais je n'attribue aucune importance à ce résultat purement fortuit de la statistique.

PROMENADE DANS LES HOPITAUX

Suppression des règles. — Vomissements continuels. — Hystéricisme. — Hystérie. — Absence d'urémie. Anesthésie et hyperesthésie généralisées par alcoolisme.

Le même jour où M. Bernutz m'a montré le malade atteint d'embarras gastrique dont j'ai parlé plus haut, il m'a aussi fait voir une hystérique dont l'histoire est très-intéressante.

Il s'agit d'une jeune fille de dix-sept ans environ, jusque-là très-bien portante, qui habitait à la campagne lorsqu'à l'époque de ses règles le maire de sa commune lui fit éprouver une émotion vive. Les règles s'arrêtèrent, et dès lors cette jeune fille commença à vomir après chaque repas. Ceci remonte au mois de février dernier. Les vomissements ne se produisaient d'abord qu'après l'ingestion de certains aliments solides. Un peu plus tard, tous les aliments, solides ou liquides, étaient rejetés. Et en fin de compte, depuis cinq mois, cette jeune fille, lasse d'avaler pour ne pas garder ce qu'elle mange, s'est refusée à introduire dans son estomac aucune substance nutritive. On la nourrit à l'hôpital avec des lavements de vin et de bouillon.

L'hystérisme, puis l'hystérie avec accès convulsifs, se dessinèrent peu à peu sous l'influence de ce régime; mais auparavant, il ne paraît pas qu'il y en ait eu le moindre symptôme. Cette jeune fille soutient avoir toujours été très-bien portante, sans douleur d'aucun genre.

Les règles n'avaient pas reparu depuis huit mois, lorsqu'elles sont revenues la semaine dernière; et ce fut pour la jeune malade le sujet d'un grand désappointement, car elle avait toujours compté être guérie par le retour des règles; tandis qu'elle ne vomit pas moins que de coutume et se trouve dans le même état.

Les vomissements sont occasionnés maintenant par l'ingestion de boissons, qui ne sont pas nutritives, mais que la malade avale dans le but de calmer une soif ardente. Ils contiennent de l'urée.

L'urine est rare et renferme fort peu de principes azotés.

L'amaigrissement est peu considérable.

En pareil cas, du reste, c'est la règle.

M. Bouchard a fait peser une de ses malades, hystériques qui, vomissant tout, ne voulait plus prendre de nourriture, et à laquelle on ne donnait pas même de lavement, de bouillon ou de vin.

Dans un mois, elle n'avait perdu que 1 kilogramme de son poids.

En effet, la dénutrition tombe à son minimum chez de telles malades. C'est pourquoi on trouve si peu de principes azotés dans leurs urines.

Ce ne sont point là, en général, des cas d'urémie et de vomissements par urémie, bien que chez quelques hystériques M. Charcot ait pu expliquer les vomissements par une urémie exceptionnelle.

M. Bouchard a très-bien montré que tous les vomissements, même dans l'état de santé, contiennent de l'urée en proportion notable, et que ceux de ces hystériques en renferment parfois beaucoup moins que les autres, pour la même raison qui diminue l'urée dans leurs urines.

Toutes les fonctions vitales d'assimilation et de désassimilation s'accomplissent à peine, et par la lenteur excessive des renouvellements organiques, elles peuvent très-longtemps subsister sans manger.

Sauf qu'elles ont la connaissance, c'est le cas des cataleptiques.

Le vin produit ses effets ordinaires sur la malade de M. Bernutz. La première fois qu'on lui en a fait absorber dans un lavement, elle s'est plainte d'être enivrée; mais elle a ressenti à peine l'effet de divers médicaments tels que l'opium et la belladone, bien qu'on les ait employés chez elle à hautes doses.

Le côté gauche est aujourd'hui le siége d'une anesthésie assez marquée, comme chez les hystériques.

— A ce propos, nous devons dire un mot de deux malades très-curieux que M. Lancereaux nous a fait voir.

Sous l'action de l'alcoolisme chronique, l'un d'eux a été affecté d'une *anesthésie générale de toute la surface du corps*, y compris même la conjonctive et la cornée.

L'autre, au contraire, présente une hyperesthésie non moins générale avec foyers d'algésie telles que la seule pression y provoque des douleurs insupportables qui se traduisent par des cris et des espèces de convulsions.

Dr Victor Revillout.

OVARIOTOMIE ET HYSTÉROTOMIE

Présentation faite à l'Académie de médecine, par M. le docteur Péan, chirurgien de l'hôpital Saint-Louis.

Vers la fin de 1871, nous avons publié la relation d'un groupe d'opérations de gastrotomie pratiquées par M. Péan pour des cas de kystes de l'ovaire, de tumeurs fibreuses et fibro-cystiques. La question de la gastrotomie et de l'hystérotomie, envisagées comme procédés applicables à l'extirpation des tumeurs abdominales, devant prochainement faire l'objet d'un débat académique, nous croyons utile de présenter ici, à titre de documents, un exposé résumé d'un deuxième groupe d'opérations, qui a été le principal sujet de la dernière présentation de M. Péan devant l'Académie.

Rappelons d'abord quelle était, au moment de cette présentation, la statistique des opérées de M. Péan pour les deux dernières années qui venaient de s'écouler (1871-1872).

Sur 33 malades qui ont subi la gastrotomie pour des kystes de l'ovaire, 26 ont guéri et sont encore actuellement vivantes, excepté l'une d'elles qui a succombé longtemps après à une dysentérie épidémique. Des 7 qui ont succombé, l'une, âgée de vingt-trois ans, était guérie depuis trois semaines lorsqu'elle a été également victime de la dysentérie grave qui régnait alors; une autre, âgée de soixante-huit ans, pouvait être considérée comme guérie, mais elle mourut subitement d'épuisement sénile au moment où elle paraissait hors de tout danger. Quant aux 5 autres, l'une, âgée de soixante-deux ans, mourut, quelques jours après l'opération, du *choc* et d'épuisement anémique; deux succombèrent à l'infection putride causée par la suppuration du kyste et une péritonite antérieure; une dernière, enfin, succomba à l'anémie produite par les ponctions faites dans un kyste à marche hémorrhagique.

Chez 28 malades, l'ablation du kyste, malgré le nombre et la gravité des adhérences, a été totale; chez les 5 autres, elle a été partielle, c'est-à-dire qu'on a laissé suppurer une partie ou la presque totalité du kyste. Sur ces 5 dernières, 4 ont guéri; la 5e a succombé à un défaut de réaction produit par l'anémie antérieure.

L'importance des soins donnés aux malades à la suite de l'opération ressort clairement de ce fait que, sur 33 malades qui ont été soumises à l'ovariotomie et soignées dans une même maison, pendant les années 1870-71-72, M. Péan a eu la satisfaction d'en voir guérir 28. Sur ces 33 malades, 25 avaient leur kyste maintenu par des adhérences très-graves et très-vasculaires; la plupart étaient épuisées par l'anémie et par les ponctions antérieures, ce qui s'explique sans doute par le peu d'empressement que quelques médecins mettent à faire opérer leurs malades. Nul doute que, si comme en Angleterre, ces dernières étaient opérées de bonne heure, la mortalité, à la suite des ovariotomies, ne fût à peu près nulle.

Ce n'est pas ici le lieu d'exposer les différents procédés qui ont été mis en œuvre dans ces cas divers; il suffira d'en rappeler les principaux temps en quelques mots.

Pour les kystes simples, M. Péan exécute l'ablation par le procédé mis le plus ordinairement en usage : incision des parois abdominales, ponction et incision des loges, attraction de la poche au dehors, ligature du pédicule, excision au-dessus de la ligature, fermeture de la plaie.

Avec les kystes compliqués ou très-adhérents, la variété des difficultés à surmonter est autrement considérable. Elles ont toujours pu être vaincues par l'un des procédés suivants :

Ou bien la méthode qui vient d'être indiquée a pu suffire, après décollement préalable des adhérences ou après leur excision pratiquée entre deux légères ligatures végétales. (Il faut toujours s'entourer de tous les moyens capables de mettre à l'abri de toutes les chances d'hémorrhagie.)

Ou bien, si quelque portion du kyste était si adhérente qu'il fût impossible de l'extraire sans danger, M. Péan enlevait tout le reste de la tumeur, laissait en place la portion adhérente et la disposait de telle façon que son contenu pût être facilement versé au dehors.

Ou encore, si le kyste présentait des adhérences générales si vasculaires qu'il n'y eût pas à songer à les détacher dans la majeure partie de leur étendue, M. Péan commençait par évacuer le liquide, détruisait les cloisons intérieures, mettait en communication entre elles les loges qui formaient la tumeur, puis, presque toute la paroi externe du kyste étant conservée, il disposait alors le sac de façon que tous les liquides sécrétés fussent facilement versés au dehors. Cette disposition était faite de telle manière qu'il devint impossible à la moindre parcelle de liquide de tomber dans le ventre soit pendant, soit après l'opération. La portion de sac laissée en place était alors entraînée par la suppuration.

M. Péan a déjà eu l'occasion, d'ailleurs, d'exposer longuement toutes ces méthodes; nous ne nous y arrêterons pas plus longtemps. Il en est de même des procédés opératoires, qui ont également peu varié depuis les précédentes communications faites par le chirurgien de Saint-Louis. En ce qui a trait à la destruction des adhérences et au détachement du pédicule, si la compression et la ligature lui ont paru être les moyens les plus sûrs de mettre à l'abri d'hémorrhagies immédiates ou consécutives, il avertit toutefois que, en ce qui touche au pédicule, la cautérisation lui a rendu parfois de très-précieux services.

M. Péan a modifié un point du manuel opératoire qu'il suivait au début de sa pratique. Il a été amené à ne plus replacer le pédicule dans la cavité abdominale, dans la majeure partie des cas, et il ne l'enferme plus au-dessous de la plaie comme il le faisait à une certaine époque. Actuellement, il l'attire à l'angle inférieur de la plaie, où il le fixe solidement. Dans le seul cas observé par ce chirurgien, où le pédicule manquait complétement, il évita de refermer le ventre dans toute l'étendue de l'incision et maintint une partie entr'ouverte, près de laquelle il attira, autant qu'il le put, une portion de la surface de section.

Pour terminer ce qu'il y a à dire au sujet des procédés opératoires, il faut ajouter qu'il est des cas où, les difficultés surgissant en grand nombre, le chirurgien se voit obligé d'allier les moyens d'une méthode à ceux d'une autre pour arriver à une méthode mixte. Comme exemple, on peut citer l'ablation du kyste dépourvu de pédicule auquel il vient d'être fait allusion.

Il s'agissait d'une sage-femme d'une cinquantaine d'années, extrêmement épuisée et qui était adressée à M. Péan par M. Isambert, médecin distingué des hôpitaux. L'énorme tumeur que contenait le ventre avait nécessité déjà douze ponctions, répétées à quinze jours d'intervalle dans les derniers temps, chacune d'elles donnant entre quinze et vingt-cinq litres de liquide épais et visqueux. Le ventre ouvert, de très-solides et très-nombreuses adhérences péritonéales vaincues, le kyste vidé de plus de vingt litres de liquide épais et purulent, l'opérateur, ayant enlevé par morcellement plusieurs portions de la tumeur, se trouva en présence d'autres parties aréolaires par places, et complétement solides en d'autres points très-étendus. Il y avait là une soixantaine de vaisseaux, depuis le volume d'une plume de corbeau jusqu'à celui du petit doigt, qui rampaient principalement sur le côté droit du ventre et du bassin. Il fallait les comprimer et aussi éviter avec le plus grand soin de les léser pendant l'opération, de crainte d'une hémorrhagie mortelle. M. Péan se mit alors en devoir de disséquer la tumeur; éclairé par une pratique de ces opérations déjà longue, il s'attendait à rencontrer un pédicule exceptionnellement large et vasculaire. Quelle ne fut pas sa surprise en reconnaissant que cette tumeur était absolument sessile; que la surface d'implantation, qui était sous-péritonéale, avait plus que l'étendue des deux mains. Elle s'étendait depuis l'utérus, dont la moitié droite faisait partie de la tumeur, jusque dans la fosse iliaque droite, où elle était accolée au cœcum et gagnait le fond du bassin.

Avec une telle surface, on ne pouvait songer à former un pédicule. Le chirurgien se décida à employer le cautère actuel successivement porté sur des portions de cette surface préalablement saisies dans des liens métalliques. On était en droit de croire que cette manœuvre avait réussi quand un gros jet de sang artériel jaillit de l'épaisseur de l'utérus. Un aide le réprima aussitôt avec les mains, mais les caillots voisins se trouvant ébranlés, d'autres hémorrhagies se firent, et il fallut revenir à la compression par les pinces. Le procédé opératoire dut être encore une fois changé. A l'aide du serre-nœud du docteur Cintrat, on jeta un lien métallique autour de la plus grande partie du fond de l'utérus, en ayant soin d'y comprendre tous les vaisseaux antérieurement coupés et cautérisés. Pour les autres, ils reçurent des ligatures perdues faites de léger fil d'Écosse. Six pinces furent laissées à demeure sur des vaisseaux de plus fort calibre. Enfin, celles-ci furent attirées au dehors et ramenées vers l'angle inférieur de la plaie ainsi que les deux bouts du lien jeté sur l'utérus. Puis le ventre fut refermé. Cette malade guérit.

Ce qu'il y avait de plus particulièrement remarquable dans ce cas, c'était non-seulement les adhérences vasculaires si nombreuses dont il fallut triompher et qu'il n'était pas possible, si fibreuses qu'elles aient été, de confondre avec les points d'implantation de la tumeur, mais c'était surtout le mode d'insertion de celle-ci. Il a déjà été dit que le pédicule manquait et que le kyste prenait naissance sur une surface de la largeur des deux mains sur tous les organes du petit bassin, depuis l'utérus jusqu'à la fosse iliaque droite. A coup sûr, la tumeur était bien accolée à l'utérus, puisqu'il a fallu enlever une partie de celui-ci pour terminer l'opération. Malgré ces rapports aurait-on pu supposer que l'on avait affaire à une tumeur utéro-cystique? Un chirurgien peu versé dans la pratique de l'ovariotomie eût peut être pu hésiter. Mais une expérience plus étendue apprend que les tumeurs utéro-cystiques ne sont jamais simplement accolées à l'utérus par une surface plus ou moins large, et que, au contraire, c'est dans l'épaisseur même de cet organe qu'on trouve les loges qui, en se développant, peuvent simuler un kyste multiloculaire de l'ovaire et des ligaments larges.

Enfin, chez la malade en question, bien que l'utérus fût sensiblement hypertrophié, l'œil ne put le découvrir que lorsque le kyste qui le recouvrait fut enlevé par morcellement. Comment en pourrait il être autrement, du reste, puisque l'utérus demeure fixé à sa place, tandis que les portions du kyste peuvent s'étaler dans toutes les directions?

Le mode d'insertion de la tumeur était tellement différent par l'étendue de la surface qu'il intéressait et par le siége qu'il occupait de ceux qu'il est ordinaire de rencontrer dans les kystes de l'ovaire que, n'eût été la composition de cette tumeur, on eût été fort empêché de dire si celle-ci avait pris naissance plutôt dans l'ovaire que dans les parties latérales de l'utérus ou dans le tissu cellulaire du ligament large. En présence d'une tumeur implantée de la sorte, était-il possible de recourir à une méthode autre que la méthode mixte qui a été employée? Former un pédicule, au-dessous de la tumeur, pour le lier, il n'y fallait pas penser. Se contenter d'enlever le kyste à l'aide de clamps spéciaux et de la cautérisation, même en s'aidant du morcellement, était non moins impossible.

Il fallut donc combiner ces deux méthodes : détruire par la cautérisation toutes les parties implantées au fond du bassin et dans la fosse iliaque, en s'aidant de la ligature partout où l'importance des vaisseaux l'exigeait ; d'autre part, le chirurgien dut réserver la ligature du pédicule et des vaisseaux qui en faisaient partie, pour le corps de l'utérus dont une partie avait dû être reséquée. Enfin, il fallut attirer cette sorte de pédicule vers l'angle inférieur de la plaie, avec les pinces laissées à demeure, et diriger la marche de la suppuration et de la cicatrisation. Cette conduite était inspirée par les résultats antérieurement obtenus chez d'autres malades, dont la disposition de la masse morbide n'était pas sans analogie avec celle qui fait l'objet de l'observation qui précède.

(A suivre.)

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Séance du 22 février 1873 (1). — Présidence de M. Lunier.

DISCUSSION

M. GILLETTE. J'ai vu un blessé soigné par M. Meunier, qui a eu le péroné fracturé avec perte d'une portion de la diaphyse et le tibia intact. La guérison a été complète. C'est le pendant du fait intéressant de M. Reliquet, sauf que son malade avait une fracture avec perte d'une portion d'os du tibia et le péroné intact.

A propos du résultat obtenu par M. Reliquet dans son cas de résection de l'épaule, je citerai un malade du service de M. Gosselin, qui a une pseudarthrose de l'humérus, laquelle ne gêne que fort peu l'usage de son membre.

M. DUROZIEZ expose au tableau le travail suivant :

Des rapports du cœur avec les côtes et les poumons. — La position du cœur se fixant d'après les côtes, quelque bizarre que paraisse notre proposition, il est très-important de s'entendre sur la manière de les compter. Il nous a semblé que souvent on se trompait ; on part de la clavicule, on trouve, entre elle et la première côte, un espace qu'on compte comme premier espace intercostal. Dans plusieurs figures, entre autres celle donnée par Friedreich dans son *Traité des maladies du cœur*, la première côte et le premier espace ne sont pas suffisamment larges. Cruveilhier indique très-bien que l'extrémité antérieure de la première côte est plus large que celle de toutes les autres ; que le premier cartilage est distinct de tous les autres par sa largeur ; enfin que le premier espace est très-considérable. Or, dans la figure donnée par Friedreich, je ne trouve rien de cette indication. Sur des os que j'ai chez moi, je trouve 0m,0025 comme largeur de la première côte. La seconde articulation chondrosternale est à 0m,05 de la fourchette, la troisième à 0m,08, la quatrième à 0m,10 et demi.

Pour trouver le premier espace, je pars de la fourchette sternale et je dirige le doigt en bas et un peu en dehors. Si par hasard j'éprouve quelque embarras, je compte à partir de la douzième côte. Jamais je ne prends la clavicule pour point de repère.

Peut-être y a-t-il dans ces faits, en partie du moins, l'explication des divergences que l'on rencontre sur le siége du choc du cœur ou de sa pointe.

Racle, dans son *Traité de diagnostic médical* (1859), dit que beaucoup de livres fixent le siége de la pointe du cœur au-dessous de la cinquième ou de la sixième côte et en dehors du mamelon, et commettent une double inexactitude, contre laquelle on ne saurait trop s'élever. La pointe répond au quatrième espace intercostal et a, avec le mamelon, un rapprochement invariable chez l'homme et chez la femme ; elle est placée au dessous du mamelon et en dedans d'une verticale qui passerait par ce point.

Racle rappelle que M. le professeur Bouillaud a, le premier, fixé ces faits avec précision.

(1) Suite. — Voir les numéros des 20 mai, 3, 10, 24 juin, 5 et 26 juillet 1873.

Maurice Raynaud, dans l'article Cœur du *Dictionnaire de médecine et de chirurgie pratiques*, admet le quatrième ou le cinquième espace.

J'arrive de suite au *Traité des maladies du cœur*, de Friedreich, traduit par Lorber et Doyon.

« La position de la pointe du cœur n'est pas constante ; tantôt elle se trouve en rapport avec le cinquième espace intercostal, un peu en dedans d'une ligne verticale du mamelon ; tantôt, et c'est le cas le plus fréquent, elle est située juste sous le mamelon, derrière le sixième cartilage. »

Friedreich paraît admettre que le mamelon est placé au niveau du sixième cartilage. Je ne serais donc pas fort étonné qu'il se fût trompé dans le compte des espaces intercostaux.

Où les anatomistes placent-ils le mamelon?

Dans le *Dictionnaire encyclopédique*, je vois que le mamelon correspond un peu en dehors, à l'union du quatrième cartilage avec la côte, quelquefois un peu au-dessus de celle-ci.

Dans Huschke, le mamelon est à la hauteur de la quatrième côte, à un pouce ou un pouce et demi de l'union du cartilage, tant chez l'homme que chez le nouveau-né.

Je ne citerai pas d'autres anatomistes. Il n'est pas difficile par soi-même de voir où est placé le mamelon. Presque constamment au niveau du quatrième espace ou de la quatrième côte.

Ici un détail est nécessaire. On sait qu'au niveau de la jonction des côtes avec leur cartilage, du moins pour celles du milieu, il y a un angle saillant en bas, facile à voir sur le vivant. Le mamelon est à 0m,03 environ en dehors et au-dessus de l'angle, de sorte que la pointe peut battre à 0m,03 au-dessous et en dedans du mamelon et se trouver néanmoins dans le quatrième espace.

Mais, dit Freidreich, ce n'est pas la pointe que vous sentez, c'est une partie du cœur placée plus haut ; la pointe ne bat pas plus que toute la partie antérieure du cœur, et est toujours cachée derrière une côte.

Le problème est simple. Laissons la pointe de côté. Freidreich dit que le plus habituellement le choc du cœur a lieu dans le cinquième espace. Je sens battre mon cœur dans le quatrième espace.

J'aime mieux étudier le cœur vivant que mort. Je me méfie des mesures prises sur le cadavre, où tout change de forme et de place ; j'en fournirai la preuve plus loin au sujet des poumons.

Sans doute la percussion peut commettre des erreurs, mais je suis convaincu qu'elle en provoque moins que la mort.

Par la percussion, je trouve de la résonnance dans le second espace, la matité relative part de la troisième côte, et la matité absolue s'étend jusqu'à la cinquième, mesurant pour le cœur 0m,09 chez la femme et 0m,10 chez l'homme. En largeur, je trouve 0m,12 chez l'une et 0m,15 chez l'autre à partir du mamelon gauche, qui est à peu près à 0m,10 de la ligne médiane ; il y a chez l'homme 0m,05 de matité relative à droite de la ligne médiane.

Friedreich exagère les difficultés de la percussion quand il dit qu'on ne peut pas diagnostiquer l'atrophie du cœur. Bien souvent j'ai constaté cette atrophie remarquable dans la convalescence de la fièvre typhoïde. (*Bull. de la Soc. méd. de Paris*, année 1868.) J'ai, de plus, montré les variations de volume du cœur pendant la grossesse, à la suite de l'accouchement et pendant la lactation. (*Bull. de la Soc. de méd. de Paris*, 1868.)

Rapport des poumons avec la face antérieure du cœur. — Je ne comprends pas que Friedreich, qui paraît à certains moments avoir une grande confiance dans la percussion, s'abandonne dans d'autres assez complétement pour dire que le sternum est un os plein d'embûches et résonne comme le ferait une table d'harmonie. Si la résonnance du poumon droit avance jusque sous les cartilages gauches, il n'y a plus à redouter une pareille trahison. J'ai souvent vu à l'état normal les poumons se séparer au niveau du troisième espace gauche, contre le sternum. Ici encore, je suis d'un espace au dessus de Friedreich, qui me paraît de plus en plus compter un espace entre la clavicule et la première côte. A partir du troisième espace, le poumon gauche gagne la pointe du cœur, et le poumon droit restant à gauche du sternum dépasse celui-ci de 0m,02

au niveau de son angle inférieur. Quant à la partie supérieure des poumons, j'ai toujours pu les séparer facilement, grâce à la différence de leur résonnance qui n'est pas la même, le poumon droit donnant un son plus plein que le gauche : la ligne de séparation des deux poumons suit le bord gauche du sternum.

Le médiastin antérieur a été mesuré par les anatomistes sur le cadavre, et ils ont confondu la position du poumon droit pendant la vie et celle qu'il occupe après la mort. Même dans la respiration ordinaire, le poumon droit dépasse le sternum à gauche et protége contre la dureté de cet os le cœur, qui n'a devant lui que du tissu pulmonaire et des cartilages, aussi longtemps que ceux-ci ne sont pas ossifiés.

Ne pourrais-je pas donner comme nouvelle preuve de la présence du poumon derrière le sternum ces bruits cardio-pulmonaires qui se passent souvent au niveau du sternum, et sur lesquels nos amis les docteurs Potain et Choyau ont insisté.

Qu'arrive-t-il pendant l'inspiration et l'expiration? Si la main est appliquée sur le cœur, on sent nettement le cœur frôler les parties plus basses de la main pendant l'inspiration, les parties plus hautes pendant l'expiration. Le choc de la pointe est moins net pendant l'inspiration que pendant l'expiration. Il y a naturellement des différences, suivant l'ampleur des efforts respiratoires : mais $0^m,05$ de translation, comme le propose Friedreich, me semble un chiffre énorme.

Le cœur descend peu par la position assise, mais il se porte notablement soit à gauche soit à droite par le décubitus soit gauche, soit droit, surtout s'il y a hypertrophie. Dans le décubitus dorsal on sent difficilemant la pointe.

Quant à la commotion du cœur, je ne pourrais que répéter ce qui est dans tous les livres, sans pouvoir donner un jugement *de visu;* je m'abstiens.

Pour le battement de la pointe, voici ce que j'ai vu. La réplétion du ventricule se fait vite et écarte les doigts, mais se distingue très-bien du mouvement de systole, pendant lequel un autre choc est senti; le ventricule se vide et le sang passe dans les artères. Puis l'entonnoir du ventricule droit s'affaisse, mais non complétement. Je comprends que cette réplétion rapide et brusque du ventricule ait pu faire penser que le choc a lieu à ce moment; mais survient une réaction instantanée du ventricule, et c'est alors que bat la pointe.

Enfin le cœur peut être déplacé par des causes pathologiques très-diverses, mais ce déplacement a des limites, et il est dangereux de croire que tout battement est produit par la pointe à laquelle on attribue les postures les plus impossibles. Je n'insisterai pas sur cette erreur.

Pour ma part, je n'ai pas vu, à l'autopsie, le bord gauche du cœur dépasser la ligne médiane sous la pression d'un épanchement pleural gauche : je ne prétends pas qu'il ne puisse pas aller plus loin, mais sentir le choc de la pointe du cœur à $0^m,04$ du bord droit du sternum et à $0^m,05$ et demi au-dessus du mamelon, ainsi que l'a fait Alvarenga (de Lisbonne), me paraît impossible; il s'agissait d'un autre point du cœur.

Outre les changements de position, le cœur subit ce que l'on peut appeler des changements de présentation; normalement le cœur se présente par l'oreillette et le ventricule droits; la présentation peut devenir ventriculaire gauche dans l'insuffisance aortique où le ventricule gauche prend un développement considérable; ventriculaire droit ou ventriculo-pulmonaire, la partie pulmonaire du ventricule faisant dans quelques cas une saillie considérable, dans le rétrécissement pulmonaire par exemple; auriculaire gauche dans le rétrécissement mitral; auriculaire droite dans l'asystolie, où, bien que toutes les cavités soient dilatées, l'oreillette droite se montre en général d'une façon prédominante; aortique, dans les cas où l'origine de l'aorte, normalement cachée par l'origine de l'artère pulmonaire, se dégage à sa droite ou vient même la couvrir en même temps que le ventricule gauche a complétement disparu derrière le ventricule droit : les deux cœurs sont décroisés, ainsi que nous l'avons vu dans un cas de refoulement du cœur par un hydrothorax gauche. Le cœur, placé sous le sternum, avait pris la forme d'un cylindre, dirigeant sa pointe plutôt à gauche qu'à droite.

Peut-être y aurait-il quelque avantage à employer dans les descriptions ce terme de présentation, qui permettrait de donner en peu de mots l'aspect du cœur.

Conclusions. — 1° Il faut compter les côtes, en partant de la fourchette sternale et non de la clavicule, sous peine de s'exposer à compter un espace de plus, erreur qui me paraît commise par quelques médecins;

2° La pointe bat dans le quatrième espace et non dans le cinquième;

3° Le poumon droit dépasse le sternum et s'avance sous les cartilages gauches;

4° On pourrait décrire des présentations du cœur, comme on le fait pour le fœtus.

M. GILLETTE. Il me semble qu'il est toujours possible de compter les côtes.

M. PETER. Je crois que M. Gillette est actuellement plus anatomiste que clinicien... Les causes d'erreur signalées par M. Duroziez sont très-justes. Il est très-difficile de bien reconnaître la première côte, pour laquelle on prend presque toujours la seconde. C'est pour cela que M. Cruveilhier comptait toujours la clavicule pour la première côte. Ce que je ne manque pas de faire.

La séance est levée à cinq heures et demie.

Le secrétaire annuel : E. RELIQUET.

CORRESPONDANCE

A M. le Dr E. Le Sourd, directeur de la Gazette des Hôpitaux.

Monsieur et très-honoré confrère,

Permettez-moi d'avoir recours à votre journal pour faire connaître un moyen simple et nouveau, je le crois, de faire disparaître les *taches pigmentaires* que laissent après elles certaines éruptions syphilitiques, et particulièrement l'ecthyma.

Ces macules, d'un jaune foncé, presque noires parfois, sont très-tenaces; celles des jambes surtout persistent souvent durant de longues années, faisant le désespoir des malades, toujours inquiets et gênés par la crainte de laisser apercevoir ces tristes stigmates d'une diathèse dont ils veulent à tout prix garder le secret.

Jusqu'à ce jour, les divers moyens indiqués pour enlever ces taches (pommades, bains, fumigations, etc.) sont restés inefficaces. Celui que je viens proposer ne sera pas passible, je l'espère, du même reproche.

Ayant remarqué que des vésicatoires, dont la suppuration n'a été entretenue que pendant quelques jours seulement, laissent néanmoins, surtout chez des individus à peau brune, des traces blanchâtres, le plus souvent indélébiles, l'idée m'est venue de mettre sur les macules syphilitiques des petits vésicatoires, que je ferais ensuite suppurer pendant un certain temps, espérant ainsi qu'ils auraient pour effet d'entraîner au dehors les amas de granules pigmentaires qui forment ces macules. L'événement a justifié mon espoir.

L'expérience a été faite à ma clinique, sur un malade qui, il y a deux ans, fut atteint d'une syphilide ecthymateuse affectant les deux jambes, et qui a laissé sur chacune d'elles une vingtaine de taches dont la teinte noirâtre, semblable à celle du pain d'épices brûlé, a persisté depuis sans le moindre affaiblissement. Sur l'une de ces taches, la plus foncée de toutes et de la dimension d'une pièce de 1 franc, j'ai fait appliquer un vésicatoire de surface égale, en recommandant au malade de le faire suppurer pendant huit jours au moyen de la pommade épispastique, et de le panser ensuite avec du cérat simple pour le faire sécher, ce qui a demandé trois jours.

Aujourd'hui 21 juillet, la macule syphilitique a disparu; elle est remplacée par une tache rosée qui, sans doute, blanchira bientôt.

comme il arrive pour toutes les taches semblables succédant à des vésicatoires récemment cicatrisés.

Agréez, etc. Ed. LANGLEBERT.

Paris, 23 juillet 1873.

VARIÉTÉS

Loi ayant pour objet l'envoi et le traitement aux frais de l'État, dans les établissements d'eaux minérales, des anciens militaires et marins blessés ou infirmes.

L'Assemblée nationale a adopté la loi dont la teneur suit :

Art. 1er. — Chaque année, à dater de la promulgation de la présente loi, les anciens militaires et marins, ainsi que leurs assimilés de la garde mobile, de la garde nationale et des corps auxiliaires, dont les blessures ou les infirmités contractées au service nécessiteraient l'emploi des eaux, seront, après en avoir obtenu l'autorisation du ministre de la guerre, sur l'avis de la commission spéciale instituée dans chaque département par l'instruction ministérielle du 3 mai 1844, transportés et hospitalisés aux frais de l'État dans les localités déterminées par le ministre de la guerre.

Ils seront porteurs d'une feuille de route indiquant qu'ils sont envoyés aux eaux aux frais de l'État.

Art. 2 Les officiers de terre et de mer et leurs assimilés, en possession d'une pension de retraite, admis à bénéficier des eaux, continueront à subir la retenue établie par les dispositions ministérielles.

Art. 3. Les demandes seront adressées au général commandant la subdivision territoriale, et devront être accompagnées d'un certificat délivré par un médecin de la localité et visé par le maire.

Ces demandes devront être produites, pour les premières saisons thermales, avant le 1er avril de chaque année, et avant le 1er juin pour les dernières saisons.

Pour l'année 1873, les demandes pourront être formulées jusqu'au 1er août.

Art. 4. En prévision de cette dépense, il sera ouvert annuellement au ministère de la guerre un crédit de cent cinquante mille francs (150,000).

Délibéré en séance publique, à Versailles, le 12 juillet 1873.

Le président,
Signé : Comte BENOIST-D'AZY.

Les secrétaires,

Signé : FRANCISQUE RIVE, L. GRIVART,
FÉLIX VOISIN, ALBERT DESJARDINS.

Le Président de la République promulgue la présente loi.

Maréchal DE MAC-MAHON,
Duc de Magenta.

Le ministre de la guerre,
Général DU BARAIL.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

En Amérique, le choléra continue à sévir dans la vallée du Missouri ; à Vienne, il paraît entrer dans une phase de rétrogression ; en France, il n'y a pas à se préoccuper, quant à présent, du choléra asiatique.

— Les provenances de Venise, de la côte de Roumélie et de la mer Noire sont soumises à une quarantaine à leur entrée dans le Bosphore.

— *Erratum.* — Dans le compte rendu de l'Académie de médecine, page 700, 1re colonne, *au lieu de* : « M. le docteur Chauffard présente une brochure sur le typhus, par M. le docteur Buignet, » *lisez* : « par M. le docteur Galicier ».

Le Directeur : Dr E. LE SOURD.

Paris. — Typographie A. POUGIN, quai Voltaire, 13.

N° 90. — MARDI 5 AOUT 1873. 46e ANNÉE. MARDI 5 AOUT 1873. — N° 90.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Bureaux : 57, rue des Saints-Pères, 57
PRÈS L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix d'abonnement
doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois

On s'abonne hors de Paris
dans les bureaux des Messageries et chez les Libraires.
Les lettres non affranchies sont refusées.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 1,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui n'en peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS		POUR L'ÉTRANGER
Trois mois.	8 fr. 50 c.	le port en sus suivant les derniers tarifs des Postes.
Six mois.	16 —	
Un an.	30 —	

SOMMAIRE. — ÉCOLE PRATIQUE. De la folie héréditaire (M. Legrand du Saulle). — SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE. — Nouvelles.

ÉCOLE PRATIQUE. — M. LEGRAND DU SAULLE.

De la folie héréditaire (1).

II

Signes des transmissions héréditaires : 1° de l'ordre physique ; 2° de l'ordre intellectuel. — Après avoir étudié les sources des transmissions héréditaires et recherché quelles étaient les conditions de santé dont l'existence chez les ascendants pouvait faire craindre le développement d'états divers de dégénérescences chez les descendants, nous avons déterminé le rôle de l'hérédité et fixé ses limites. Il nous reste à constater ses conséquences. Maintenant que nous connaissons les ascendants qui créent l'hérédité névropathique, il nous faut apprendre à connaître les descendants qui la subissent.

M. Moreau (de Tours), et surtout Morel, sont les auteurs qui ont le plus et le mieux étudié les caractères des aliénations transmises. Ce dernier a introduit dans la science une classification nouvelle des maladies mentales. Au lieu de se baser uniquement sur les caractères symptomatiques actuels des troubles psychiques, il a pris pour fondement de sa classification, l'étiologie ; au lieu de décrire des manies, des monomanies, etc., il a décrit des folies héréditaires, alcooliques, épileptiques, etc. Il rapproche ainsi les uns des autres des faits pathologiques qui, étant les résultats d'une cause identique présentent entre eux une sorte de parenté, puisqu'ils ont une origine commune.

Cette classification de Morel n'est évidemment pas parfaite. Pour qu'une classification fût parfaite, il faudrait qu'elle tînt compte de l'ensemble des caractères des objets à classer et de leur valeur hiérarchique, tandis que la classification étiologique de Morel est fondée exclusivement sur l'étude des causes. Mais quelque imparfaite qu'elle soit, elle constitue néanmoins un progrès réel. L'étiologie, en effet, est la source principale du pronostic et du traitement, de sorte qu'en réunissant des affections qui ont une même cause, on forme des groupes nosologiques dont les diverses individualités ont un même pronostic et réclament un même traitement. Il est inutile de vous faire remarquer les avantages pratiques qui en découlent. Aussi, dans le langage ordinaire des médecins aliénistes, vous entendrez parler à chaque instant de folie alcoolique, hystérique, épileptique, etc.

La classe des folies héréditaires, une des plus importantes dans la classification de Morel, a eu le privilége de susciter les critiques les plus vives. On a dit que les cas qui la constituaient étaient artificiellement rapprochés ; que leurs caractères communs étaient sans importance et que leurs dissemblances étaient bien plus marquées que leurs analogies. On a conclu, enfin, qu'il n'y avait pas lieu de distinguer nosologiquement la folie transmise de la folie acquise, et que pratiquement cette distinction était impossible.

Avant d'entrer dans la discussion de ces questions difficiles, il me paraît indispensable de définir nettement ce que l'on doit entendre par folie héréditaire.

Tous les états névropathiques étant transmissibles par l'hérédité, il en résulte que si l'on rangeait dans la classe des folies héréditaires, tous les malades qui doivent leur affection à leurs ascendants, on formerait le groupe le plus hétérogène et le plus disparate qui se puisse imaginer. Mais ce n'est pas ainsi qu'il faut comprendre la folie héréditaire.

Il existe des troubles névropathiques bien définis, bien caractérisés, ayant des symptômes, une marche, un pronostic spéciaux, et formant des espèces bien distinctes. L'hystérie, l'épilepsie sont de ce nombre. Lorsque ces maladies sont transmises par l'hérédité, elles n'en restent pas moins elles-mêmes : ce sont des hystéries, des épilepsies héréditaires, ce ne sont pas des folies héréditaires dans le sens qu'il convient en nosologie de donner à cette expression.

Il en est de même de la paralysie générale des aliénés, en un mot, de toutes les espèces naturelles ; elles peuvent être le résultat de transmissions héréditaires ou être acquises accidentellement par un individu dont les ascendants sont parfaitement sains, mais dans les deux cas, elles présentent un ensemble de caractères communs qui ne permettent pas de les séparer dans une classification.

On doit entendre par *folie héréditaire* une série de troubles psychiques appartenant uniquement aux aliénés héréditaires. C'est une espèce spéciale qui ne peut être accidentellement acquise. Sa génération est absolument liée à la transmission héréditaire. Elle ne peut exister en dehors de l'hérédité.

De même que l'alcoolisme détermine, comme l'épilepsie, des formes spéciales de délire, dont la nature est intimement liée à la cause productrice, de même l'état névropathique des ascendants peut créer chez les descendants une forme spéciale de troubles psychiques qui mérite le nom de folie héréditaire, comme les

(1) Suite. — Voir les numéros des 15, 17, 24 et 31 juillet 1873.

précédentes méritent les noms de folie épileptique ou de folie alcoolique.

La folie héréditaire doit donc être caractérisée non-seulement par ses causes, mais encore par une symptomatologie et une évolution qui n'appartiennent qu'à elles ; sans cela, il serait tout à fait inutile de l'isoler dans un groupe nosologique spécial et d'en faire une espèce à part.

Or, j'espère vous démontrer que cette évolution, ces symptômes spéciaux existent réellement, et que, dès lors, la création du groupe des folies héréditaires est tout aussi légitime que celle des folies alcoolique et épileptique.

Esquirol, parlant de la manie transmise par l'hérédité, s'exprime en ces termes : « Cette funeste transmission se peint sur la physionomie, sur les formes extérieures, dans les idées, les passions, les habitudes, les penchants des personnes qui doivent en être les victimes; elle se fait remarquer même dès l'enfance; elle peut expliquer une multitude de bizarreries, d'irrégularités, d'anomalies. Averti par quelques-uns de ces signes, il m'est arrivé d'annoncer un accès de folie plusieurs années avant qu'il n'éclatât. » Esquirol avait donc pressenti que la folie héréditaire avait des signes spéciaux : il avait même poussé très-loin l'observation, puisqu'il avait constaté l'existence de signes prodromiques à l'aide desquels il avait pu prédire la folie plusieurs années avant son explosion. Malheureusement, il ne nous a pas laissé d'exposé détaillé de ces signes, et c'est à la science moderne que revient tout l'honneur de les avoir décrits et d'en avoir déterminé l'importance.

Quels sont les signes spécifiques des transmissions héréditaires?

La folie héréditaire présente dans ses manifestations symptomatiques une excessive variété. Il en est ainsi, du reste, dans les autres formes étiologiques de la folie, et cette diversité des effets n'exclut nullement l'unité nosologique de la maladie. Est-ce que l'appareil symptomatique qui caractérise l'ivresse alcoolique aiguë ressemble beaucoup au *delirium tremens* ou à la démence, qui caractérisent des formes plus avancées de l'alcoolisme chronique? Évidemment non, et cependant tout le monde s'accorde aujourd'hui pour décrire tous ces états, si différents en apparence, sous le nom générique de folie alcoolique.

Il en est de même pour la folie héréditaire. Les formes les plus bénignes sont caractérisées par cet état de dérangement cérébral à peine appréciable, qui est compatible avec l'accomplissement des devoirs ordinaires de la vie et que l'on désigne sous le nom d'originalité ou d'excentricité. Les formes les plus graves sont représentées par les agénésies ou les débilités intellectuelles, c'est-à-dire par l'idiotie et l'imbécillité. Entre ces deux extrêmes, se trouvent une foule d'états intermédiaires plus graves que les premiers, moins graves que les seconds, et les reliant par une chaîne non interrompue, dont chaque anneau est constitué par une forme spéciale de troubles psychiques.

Tous les descendants de parents névropathes, aliénés, alcooliques, etc., ne deviennent pas fous. Quelques-uns possèdent toute leur vie une intelligence vive et brillante et ne présentent jamais aucun trouble des facultés morales et affectives. D'autres parviennent à un âge avancé sans avoir présenté d'autres troubles psychiques qu'une grande prédisposition native au délire. Ce sont des candidats perpétuels à l'aliénation. Dans l'état ordinaire, leur intelligence et leur volonté paraissent fonctionner régulièrement, mais la moindre cause les fait délirer. Leur activité cérébrale est davantage susceptible de dérangement, mais elle est normale.

A côté de ces cas, il en est d'autres où la transmission héréditaire s'annonce dès l'origine des manifestations psychiques et leur imprime un cachet indélébile qui n'est pas encore celui de la folie proprement dite. Beaucoup d'héréditaires, en effet, ne sont pas de véritables aliénés dans le sens scientifique du mot, et cependant leur dynamisme mental se trouve dans des conditions anormales. Placés sur les limites de l'état physiologique et de l'état pathologique, successivement fous et raisonnables pendant un certain temps, ou plutôt partiellement fous et partiellement raisonnables, ces prédisposés, ces fous incomplets (si vous voulez me permettre cette expression qui rend bien ma pensée), forment un groupe nombreux, et dont l'étude clinique et médico-légale est extrêmement importante.

Enfin, l'hérédité crée des formes plus graves de dégénérescences caractérisées, les unes par les symptômes nettement accusés de l'aliénation mentale, les autres par les agénésies intellectuelles. Et je ne puis à ce propos m'empêcher de vous faire observer la frappante analogie de l'évolution des maladies mentales dans l'espèce et dans l'individu.

Ce n'est pas, en effet, par des symptômes à grand éclat, que naît le plus souvent la folie chez l'individu. Le drame débute silencieusement; les premiers actes s'accomplissent dans l'ombre, et il faut un œil exercé pour prévoir la gravité du dénouement.

Voyez ce qui se passe, par exemple, dans la paralysie générale. Son début est marqué par des irrégularités de caractère à peine appréciables. Le malade diffère un peu de lui-même. Il était affectueux, doux, économe, moral, il devient indifférent, irritable, dépensier et moins scrupuleux sur la nature de ses actes. Ses parents, ses amis, tous ceux qui l'approchent de près sentent bien qu'il se passe quelque chose d'extraordinaire dans son esprit, mais quelle en est la signification? Arrêtez en ce moment, par la pensée, la maladie dans son évolution, et dites, si vous pouvez, si cet individu est fou? Il n'est pas sain, incontestablement, et cependant l'on ne peut pas dire qu'il soit fou. Il est dans cet état intermédiaire dont je vous parlais tout à l'heure. Il est encore dans la raison, mais il côtoie la folie, ou si vous voulez, il est déjà dans la folie, mais sur les limites de la raison.

Mais à quoi reconnaître cette limite ? Où cesse la raison, c'est-à-dire la santé morale? Où commence la folie, c'est-à-dire la maladie mentale?

Ce qu'il y a de certain, c'est qu'entre l'état d'intégrité bien manifeste de l'intelligence et l'état de folie bien confirmée il existe une série d'états mixtes qui conduisent par une pente insensible de la santé à la maladie. Ces états mixtes sont caractérisés par les bizarreries du caractère bien plus que par le délire, où les actes extravagants s'observent au début de presque tous les cas de folie chez l'individu; ils ne sont là qu'une des périodes de la maladie ; leur existence est transitoire ; le mal va progresser, et ces troubles légers vont être remplacés par des troubles plus graves. Suivons notre paralysé général : les désordres de l'esprit s'accentuent, son délire à la fois orgueilleux et niais, aussi bien que ses propos incohérents ne laissent plus aucun doute sur son état. C'est un fou.

Laissons écouler quelques mois et revoyons ce même malade. A ce moment, tous les ressorts de son intelligence sont brisés; ses facultés sont anéanties ; l'aliéné est tombé dans cet état de déchéance physique et intellectuelle qu'on appelle la démence.

Notre malade a donc passé par trois phases successives : la première à caractères inconstants et peu appréciables ; la deuxième caractérisée par l'excitation, la perversion des facultés intellectuelles, morales et affectives; la troisième, caractérisée par la perte et l'anéantissement de ces mêmes facultés.

Eh bien, les choses se passent de la même façon dans l'évolution de la folie dans l'espèce, et ces trois phases se trouvent représentées dans la folie héréditaire.

L'état de démence qui termine la folie de l'individu est aussi la dernière forme de l'aliénation dans l'espèce, où elle est représentée par les débilités natives de l'intelligence : l'imbécillité, l'idiotie, le crétinisme.

L'état de folie est représenté par les cas de folie héréditaire où les symptômes sont nettement accusés.

Enfin, l'état intermédiaire est représenté par une foule d'êtres étranges, bizarres ; leur activité intellectuelle est modifiée et ils sont jetés en dehors des voies naturelles sans que pour cela la maladie s'annonce par des signes bien apparents. Ils présentent à un faible degré toutes les manifestations symptomatiques qui, à un degré plus élevé, constituent la folie héréditaire. Fantasques, excentriques, insaisissables, ils ont toute leur vie des anomalies affectives ne différant de celles qui caractérisent la folie que par leur moindre degré, leur nuance plus claire. Foncez un peu la teinte, et vous aurez la folie. Querelleurs, emportés, violents, oisifs, instinctivement entraînés vers le mal, cruels, orgueilleux, ils ont, dès leur plus tendre enfance, des habitudes toutes spontanées de mensonge et de maraudage, et s'ils travaillent, ce n'est que par boutades, par soubresauts éphémères. Toujours indisciplinés, ils font la désolation de leurs parents et le tourment de leurs professeurs. Rien ne peut adoucir leurs mauvais instincts, rien ne peut amender ces natures que la fatalité pathologique fait invariablement dévier.

Quelquefois, ils présentent des facultés intellectuelles très-développées ; leur mémoire extraordinaire retient tout ; ils apprennent avec une étonnnante facilité et sont les premiers de leur classe. Ce sont de petits prodiges. Puis, quand ils arrivent à l'époque de la puberté, leurs brillantes qualités disparaissent tout à coup ; leur déveppement psychique s'arrête ; ils n'apprennent plus rien ; leur croissance intellectuelle est terminée. La vie aventureuse des marins ou des soldats leurs paraît souvent séduisante. Alors ils s'engagent dans la marine ou dans l'armée. Quelquefois il sont domptés par la sévère discipline à laquelle ils sont soumis, mais plus souvent encore ils s'insurgent à chaque instant contre cette discipline et sont sans cesse accablés de punitions, jusqu'à ce qu'ils soient enfin livrés aux conseils de guerre !

Arrivés à l'âge adulte, ce sont des êtres éminemment dangereux qui portent surtout avec eux la désunion, la misère et le déshonneur, et comme on ne les considère pas comme des fous, il arrive malheureusement trop souvent qu'ils s'introduisent dans les familles et y jettent le trouble et la ruine. Ce sont surtout ces êtres intermédiaires dont l'origine se rattache à l'hérédité que M. Trélat a étudiés dans son livre sur *la folie lucide*.

(A suivre.)

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 28 mai 1873 (1). — Présidence de M. Chassaignac.

Résection du coccyx pour faciliter la formation d'un anus périnéal dans les imperforations du rectum.

M. Verneuil termine ainsi :

Obs. D. — En 1868, on apporta dans une de mes salles, à l'hôpital de Lariboisière, un enfant, né depuis quelques heures seulement, dans le service de mon collègue M. Duplay père. Il était du sexe féminin, venu au moins quinze jours avant terme, et de fort chétive apparence. L'anus manquait entièrement ; le raphé était convexe, en forme de crête saillante, ni fluctuant, ni rénitent. Une sonde, introduite par le vagin, ne fournissait aucun renseignement sur la position du rectum. La constitution fort débile du sujet ne donnait pas grande chance à l'opération ; en revanche celle-ci allait être pratiquée de très-bonne heure et avant le développement de toute irritation abdominale.

L'opération débuta par une incision allant de la pointe du coccyx au voisinage de la commissure postérieure de la vulve ; la dissection fut ensuite dirigée sur le vagin, dans lequel une sonde en argent avait été laissée pour guide. J'avais espoir de trouver accolé à la paroi postérieure du canal vulvo-vaginal, soit le rectum lui-même, soit un cordon fibreux le représentant. N'ayant rien rencontré là, et craignant d'atteindre en remontant trop haut le cul-de-sac péritonéal, dont la situation précise ne pouvait être connue, je poursuivis la dissection vers la pointe du coccyx. Les petites dimensions transversales du bassin ne me permettant pas d'écarter aisément les bords de la plaie à une certaine profondeur, je me décidai vite, après quelques recherches infructueuses à découvrir et à reséquer la pointe du coccyx, ce qui me donna sur-le-champ un jour considérable.

Je ne tardai pas à rencontrer la terminaison du rectum, que j'isolai, fixai et ouvris, comme dans l'observation suivante. Six points de suture métallique furent placés.

Le résultat primitif fut excellent ; ce jour même et les jours suivants, l'anus fonctionna à merveille ; les sutures coupèrent les parties étreintes à partir du troisième jour, mais l'intestin avait déjà contracté des adhérences solides sur presque tout le pourtour de la plaie cutanée, et, à la fin de la semaine, la région opérée présentait trois zones concentriques, très-régulières et ainsi disposées : au centre, un anneau muqueux complet ; au milieu, un anneau bourgeonnant de 3 à 4 millimètres de largeur, et enfin, au dehors, la peau sillonnée de distance en distance par le trajet des sutures, mais à peine rouge, l'inflammation traumatique ayant presque tout à fait disparu. Je comptais sur un succès définitif, lorsque l'enfant fut pris soudainement de sclérème et d'une teinte ictérique marquée. Trois jours après il succombait, sans que la disposition favorable de l'anus artificiel se fût démentie.

Obs. E. — Un enfant du sexe masculin naquit à huit mois et huit jours, dans la nuit du 15 au 16 janvier 1872. Il était chétif comme les autres enfants de cette famille et paraissait à peine viable. C'est seulement le 18 au soir qu'on constata le vice de conformation. L'opération fut pratiquée le 19, à huit heures du matin, exactement soixante-dix-huit heures après l'accouchement.

L'état général était assez fâcheux : ventre très-ballonné, à parois très-amincies ; cordon ombilical énorme, non encore détaché ; peu de vomissements, pas de signes évidents de péritonite ; cependant, adynamie manifeste. L'urine est bien rendue.

L'anus est régulièrement conformé, mais il se termine en cul-de-sac à une profondeur de 12 millimètres.

J'opère de la manière suivante avec l'aide de MM. Blum et Nepveu : incision depuis la pointe du coccyx, jusques et y compris la paroi postérieure du cul-de-sac anal. Recherches vaines de l'intestin, bien que la dissection restât exactement sur la ligne médiane et n'eût entamé aucune artériole importante, le sang coulait en assez grande abondance par les capillaires divisés et masquait continuellement le fond de la plaie, ce qui gênait la recherche et prolongeait fâcheusement l'opération, c'est pourquoi je me décidai, pour abréger et faciliter la recherche, à denuder et à reséquer le coccyx dans l'étendue de 8 millimètres.

Quelques instants après, j'apercevais, au sommet de l'incision, la tache brune caractéristique. La tumeur stercorale, située trop haut pour que je pusse commodément placer les sutures latérales, je me contentai donc de passer, de chaque côté de la paroi rectale, un fil d'attente me permettant de l'attirer en bas et de la fixer provisoirement. L'ouverture faite et le méconium écoulé, je fis huit

(1) Fin. — Voir le numéro du 29 juillet 1873.

points de suture métallique, après quoi le pansement fut fait avec la charpie et des compresses imbibées d'eau fraîche.

L'enfant, rendu à sa nourrice, prit le sein avec avidité. Il était très affaibli par la perte de sang. La face était pâle et le pouls irrégulier. En revanche, le ventre était affaissé et tout à fait indolent. L'état fort précaire pendant quarante huit heures, s'améliora le troisième jour. La plaie avait bon aspect; les bords en étaient à peine gonflés et exempts d'inflammation. Cependant au pansement du matin, on avait trouvé un petit caillot du volume d'un noyau de cerise dans l'angle supérieur de la plaie. Le quatrième jour au matin, encore même phénomène. Le sang écoulé représente le volume d'une cerise. Du reste, il s'est arrêté tout seul et ne reparait pas dans la journée. Le cinquième jour, de quatre à cinq heures du matin, l'hémorrhagie se montre de nouveau et traverse le pansement; on l'arrête par une irrigation d'eau froide sur l'anus et les fesses, mais elle se reproduit deux ou trois fois. J'arrive à six heures, je trouve la plaie remplie de sang coagulé. Le caillot enlevé, je vois sourdre le sang du point déjà signalé. J'y applique une boulette de charpie grosse comme un pois, que je maintiens pendant quelques minutes et que je laisse en place. Cette fois, l'hémorrhagie s'arrête définitivement. J'évalue à 40 grammes pour le moins la quantité de sang perdu.

Cette fois, je crus bien l'enfant condamné. Il était d'une pâleur cireuse et presque en syncope. Ramené par des frictions excitantes, il se remit à teter et resta tout le jour suspendu au sein de sa nourrice sans crier et sans manifester la moindre souffrance. La boulette de charpie resta en place jusqu'au surlendemain, c'est-à-dire au septième jour. A ce moment, la plaie était fort belle, tout à fait détergée, sauf en un point répondant à la section du coccyx, et où l'on distinguait, à sa couleur blanche, la surface cartilagineuse.

Les sutures commençaient à couper les parties molles, mais elles maintenaient encore le rectum en bonne position. Je les enlevai peu à peu. La dernière resta jusqu'au douzième jour.

Le huitième jour, une nouvelle complication se déclara : une rougeur assez vive se montra au côté droit du scrotum avec gonflement, sensibilité à la pression, adhérence de la peau. Il s'agit d'une épididymite aiguë. Je prescris des cataplasmes arrosés d'eau blanche, ce qui diminue l'inflammation mais non l'induration.

Le neuvième jour, le cordon ombilical se détache et laisse à sa place une vaste excavation au fond de laquelle on distingue une hernie volumineuse. J'établis avec la charpie et les bandelettes de diachylon une compression méthodique.

En dépit de tout cela, l'état général est bon. L'enfant renait et prend du poids. Il tette avec avidité, digère bien et rend des matières louables d'un jaune doré.

Au douzième jour, la cicatrisation de l'anus est presque complète, le bourrelet muqueux est bien visible; la surface cartilagineuse du coccyx est recouverte de bourgeons charnus. Je passe légèrement le crayon de nitrate d'argent sur les rares points qui suppuraient encore. Tout est fini le dix-septième jour, et nous croyons tout danger conjuré.

Le vingt et unième jour, sans cause connue, le scrotum se tuméfie de nouveau, mais cette fois du côté gauche. La peau est luisante, rouge, tendue. On peut croire à un phlegmon. Les résolutifs réussissent encore; mais l'inflammation superficielle apaisée, nous reconnaissons un hydrocèle volumineux. Je fais appliquer des compresses imbibées d'une solution de chlorhydrate d'ammoniaque à 5 0/0. En trois jours, l'épanchement a disparu; mais l'épiderme a été soulevé comme par une vésication légère. L'ouverture s'étend au périné et jusqu'à la cicatrice anale qui s'entr'ouvre en un point limité.

Le vingt-neuvième jour, l'enfant est pris de malaise; il a passé la nuit dans l'agitation; il est fort pâle et les extrémités sont refroidies. Nous constatons le développement d'un érysipèle qui, parti de l'ulcération scrotale, s'étend à la peau et au pli de l'aine. En même temps surviennent des coliques, du ballonnement du ventre et un ténesme continuel. Les selles sont très-fluides, mêlées de matières comme coagulées. Dans les efforts incessants de défécation, le rectum fait procidence hors de l'anus et sort parfois de plus d'un centimètre, mais rentre soit de lui-même, soit sous la moindre pression. Je prescris des applications d'eau de sureau, des lavements émollients, une cuillerée de sirop de chicorée. L'érysipèle se dissipe au point de départ, mais il s'étend au fourreau de la verge, aux deux membres inférieurs et au tronc, jusqu'aux omoplates. Cependant l'enfant résiste et continue à prendre le sein. Il vit encore jusqu'au trente-cinquième jour, jusqu'au moment où une péritonite se déclare. La cicatrice de l'anus avait tenu bon jusqu'à la dernière heure.

Le 20 novembre 1872, je fus appelé par mon excellent ami, le docteur Siredey, auprès d'un enfant du sexe masculin, né depuis cinquante et une heures, et dont le vice de conformation n'avait été reconnu que vers la quarante-huitième heure.

L'enfant, venu à terme, était de volume ordinaire. Le ventre était ballonné et quelques vomissements s'étaient montrés depuis la veille au soir. Cependant, les traits n'étaient pas trop altérés et la péritonite était douteuse. Le périné est bombé et paraît fluctuant pendant les cris. Point de pli interfessier; couche épaisse de tissu adipeux sous-cutané dans la région sacro-périnéale. L'anus n'est présenté que par un petit tubercule rougeâtre recouvert d'épiderme, mais ne présentant pas trace de cavité. Les organes génitaux externes sont normaux.

La saillie que faisait le périnée, pendant l'effort, faisait espérer qu'une mince cloison obturait seulement l'intestin. Je me contentai donc de faire d'abord, sur la ligne médiane, une incision de 2 centimètres dont l'extrémité antérieure se terminait au tubercule anal. Ne trouvant rien au fond de cette incision, je la prolongeai jusqu'à la pointe du coccyx et poursuivis la recherche sans plus de succès jusqu'à une profondeur de 2 centimètres. J'osais d'autant moins pénétrer du côté de la vessie que la distension facile du périnée annonçait la minceur relative de ce plancher et la proximité probable de la cavité péritonéale. Je me décidai alors à faire la résection du coccyx dans l'étendue de 8 à 9 millimètres. Je déchire le tissu filamenteux qui se trouve en ce point, et j'arrive à une sorte de cordon médian qui paraît se gonfler un peu, mais qui n'offre pas la coloration brunâtre qui révèle ordinairement la terminaison renflée du rectum. Après avoir attiré et dénudé autant que possible ce cordon, je me décide à le ponctionner avec la pointe du bistouri. Quelques bulles de gaz s'échappent. J'introduis dans la petite ouverture une sonde cannelée qui pénètre profondément et ramène un peu de méconium. Rassuré par cette constatation, je cherche à faire descendre le cordon, mais je m'aperçois d'abord qu'il est peu mobile, puis que la ponction ne porte pas sur sa terminaison, mais bien sur sa face postérieure.

En effet, la sonde cannelée, réintroduite de nouveau, mais cette fois d'arrière en avant et de haut en bas, s'enfonce jusqu'à un centimètre de profondeur dans le centre du cordon et dans la direction de la vessie. Il s'agissait donc bien du rectum se prolongeant assez bas dans le périnée, mais réduit à l'état d'un cylindre creux dont les parois étaient presque en contact parfait.

Au lieu donc de chercher le bout de cet intestin, je continuai en bas et en avant l'incision commencée sur la paroi postérieure et fis la suture des bouts de cette incision avec les lèvres de la plaie cutanée. La première piqûre d'aiguille provoqua une contraction de l'intestin et l'expulsion d'une grande quantité de gaz et de méconium. Lorsque l'écoulement fut fini, je plaçai de chaque côté trois points de suture superposés de haut en bas en posant les deux inférieurs aussi près que possible du tubercule anal.

Comme le pli interfessier n'existait pas, la peau et l'intestin ouvert se trouvaient à une assez grande distance, aussi fallut-il serrer assez fortement les fils métalliques pour obtenir un affrontement qui n'était pas absolu. L'anus artificiel avait la forme d'une fente longitudinale étroite, mais assez large toutefois, pour permettre aisément l'introduction du petit doigt.

L'écoulement de sang avait été minime et les dégâts exercés par la dissection aussi limités que possible. L'enfant, quelques minutes après, prenait le sein avec avidité.

Il ne survint aucun accident. Je laissai les sutures métalliques couper les parties étreintes et se détacher presque d'elles-mêmes, ce qui eut lieu au bout de huit jours environ.

A ce moment, l'orifice cutané était à peu près constitué, les deux membranes tégumentaires n'étant séparées que par un anneau bourgeonné étroit. Au reste, il fonctionnait à merveille, et dès le douzième jour retenait très-bien les matières. Le traitement consista en irrigations tièdes très-fréquentes, en interposition de charpie fine entre la partie superficielle des bords de la plaie et dans l'introduction douce du petit doigt répétée quatre fois dans les vingt-quatre heures. Quelques attouchements légers au nitrate d'argent complétèrent la cicatrisation. A la fin du premier mois, une pneumonie intercurrente ne modifia nullement l'état local. A la cinquième semaine, l'anus avait un singulier aspect; de chaque côté, les sutures, en coupant les parties molles, avaient laissé trois sillons profonds, mais la peau avait progressé vers la muqueuse, de sorte qu'on voyait, au fond d'un pli interfessier assez profond, l'orifice d'où semblait partir six saillies rayonnées en forme de côtes de melon. Peu à peu, ces saillies s'effacèrent, et au troisième mois, cet orifice ne différait guère d'un anus normal; on constatait cependant un anneau fibreux, épais de plusieurs millimètres, doublant à l'intérieur l'ourlet formé par la muqueuse et par la peau.

Je recommandai de poursuivre avec persévérance l'introduction réitérée du doigt; petite manœuvre qui arrachait à l'enfant quelques plaintes très-passagères.

Dans les premiers jours de mars, l'enfant quitta Paris dans l'état le plus satisfaisant, sans aucune incontinence, avec un orifice auquel on pouvait donner jusqu'à 1 centimètre de diamètre, et qui paraissait situé à peu près dans la situation normale.

Quelques jours avant le départ, nous constatâmes un phénomène assez singulier, que la nourrice avait déjà remarqué plusieurs fois sans nous en faire part. Au moment où nous examinions l'anus, l'enfant était en pronation; nous vîmes, sous l'influence d'un effort, sortir de la partie inférieure de l'orifice une bonne cuillerée à bouche d'un liquide un peu jaunâtre, très-transparent et qui ne pouvait être autre chose que de l'urine. D'ordinaire, la miction se faisait naturellement par la verge, mais il paraît que de temps à autre les langes étaient mouillés au niveau du périnée, précisément quand l'enfant urinait par les voies naturelles.

Nous ne recherchâmes pas l'orifice anormal, pour ne pas tourmenter la mère présente à l'examen, mais nous pensons qu'il y a là une fistule uréthro-anale. On sait que dans les cas d'absence de l'anus, le rectum s'abouche parfois dans la région membraneuse, et que la connexion est établie au moins par un cordon plus ou moins dense. Cette disposition existait sans doute sur le sujet en question, et probablement le conduit, d'abord revenu sur lui-même, et ultérieurement redevenu perméable, a livré plus tard passage à l'urine. Ce qui rend l'hypothèse vraisemblable, c'est que je suis à peu près certain de n'avoir blessé pendant l'opération ni l'urèthre ni la vessie — qu'une piqûre de l'urèthre dans la région membraneuse se serait cicatrisée avec le reste de la plaie — et qu'enfin, ayant ouvert l'intestin en arrière au lieu de le détacher à 1 centimètre même, j'ai respecté le cordon fibreux allant s'aboucher dans la région membraneuse et conservé son embouchure dans le rectum.

Il est probable que cette fistule restera permanente, et qu'il faudra plus tard l'oblitérer par la cautérisation ou tout autre procédé analogue.

Tels sont les faits que j'ai recueillis dans ma pratique depuis dix ans. Qu'il me soit permis de les résumer au point de vue des résultats cliniques et du manuel opératoire.

J'ai traité six cas d'imperforation ano-rectale. Cinq enfants étaient du sexe masculin, un seul du sexe féminin. Quatre étaient nés à terme; des deux autres, l'un avait huit mois et une semaine, l'autre huit mois et demi; ils étaient fort chétifs. Aucun sujet ne présentait d'autre vice de conformation. Quatre fois l'anus était régulièrement configuré, mais se terminait en cul-de-sac à une profondeur moyenne de 12 millimètres. Le pli interfessier était aussi marqué qu'à l'état normal. Dans les deux autres cas, le périnée était saillant, bombé, en forme de carène. Une fois, l'anus était représenté par un tubercule sans cavité.

Je n'ai point rencontré jusqu'à ce jour de ces cas simples, où l'occlusion n'est formée que par une mince cloison membraneuse. Jamais, non plus, rien ne m'a indiqué à l'avance la situation précise et la profondeur exacte de la terminaison rectale. Dans l'observation VI, la saillie du périnée dans les cris et les efforts faisait supposer que l'ampoule rectale était très-rapprochée de la surface, et il n'en était rien. Il m'a donc fallu chaque fois aller sans guide à la recherche de l'intestin, en m'aidant seulement des notions anatomiques. J'ai même vainement cherché ce cordon fibreux qui est réputé remplacer la partie close de l'intestin, et qui s'étend de cette partie soit à la vulve, soit à la portion membraneuse de l'urèthre ou à la vessie, soit au cul-de-sac formé par l'anus normal. Ce cordon se trouve quelquefois dans les autopsies, puisqu'il a été indiqué, mais pendant l'opération et dans la plaie sanglante on ne le distingue guère. Une fois, je l'ai cru rencontrer, mais il ne m'a pas conduit au but. Il existait certainement dans l'observation VI, mais je n'ai pas su le constater.

En disant que rien à l'avance ne me révélait la présence de la situation du rectum, j'ajoute que je me suis volontairement privé d'une source de renseignements fournis par la ponction exploratrice préalable, que je proscris d'une manière absolue comme dangereuse et comme n'indiquant rien quand elle est négative.

Bien que privé de tout indice préalable, je suis toujours arrivé non-seulement à découvrir la terminaison de l'intestin, mais encore à la fixer à la peau par la suture, c'est-à-dire à exécuter en entier le procédé d'Amussat. Je n'ai jamais été forcé d'abandonner la voie périnéale pour recourir à l'opération de Littre, et si mes recherches ont été parfois assez longues et assez laborieuses, elles ont toujours réussi, et cela, je l'assure, sans amener de grands dégâts dans la région opérée. Le procédé d'Amussat a cette supériorité incontestable de n'atteindre et de ne léser aucun organe important, lorsqu'on prend bien soin de ne point s'écarter de la ligne médiane et de ne pas pénétrer trop profondément vers la cavité péritonéale.

Je rapporte, sans hésiter, l'honneur de cette série non interrompue de succès opératoires ou de réussites primitives de l'opération, à la modification que j'ai apportée au procédé en question, c'est-à-dire à la résection du coccyx. A la vérité, dans ma première observation, je n'ai pas eu besoin de l'utiliser, parce que la tumeur stercorale se trouvait à moins de 2 centimètres de la peau; mais dans les cinq autres, elle m'a rendu les plus signalés services, et j'affirme que sans elle au moins deux fois, ou j'aurais laissé l'opération inachevée (Obs. III), ou j'aurais ponctionné à l'aventure, ou après avoir trouvé l'intestin, j'aurais été dans l'impossibilité de l'ouvrir convenablement et de le souder à la peau par la suture, but final de l'opération qu'il faut obtenir à tout prix (Obs. II).

Alors même qu'elle ne serait pas absolument indispensable, la résection de la pointe du coccyx facilite et abrége singulièrement l'opération; aussi y ai-je eu recours dans l'observation II, parce que la tumeur stercorale, bien que mise à nu, ne pouvait être attirée assez bas; dans l'observation IV, parce que je craignais d'atteindre le cul-de-sac péritonéal; dans l'observation V, parce que la recherche se prolongeant et une hémorrhagie en nappe menaçant d'épuiser l'enfant, je voulais hâter la manœuvre. Dans l'observation VI, enfin, parce que j'étais allé du côté de la vessie et du péritoine aussi loin que la prudence le permettait.

Dans tous les cas, l'agrandissement du champ opératoire a tellement facilité la manœuvre, qu'il m'a toujours été possible, aussitôt le coccyx excisé, de trouver l'intestin en quelques minutes, alors que je le cherchais auparavant depuis un quart d'heure au moins, laps de temps qui ne paraîtra pas énorme à quiconque s'est trouvé dans la nécessité de faire cette délicate opération.

J'ai dit plus haut, qu'outre la découverte et l'isolement du bout de l'intestin, la résection du coccyx facilita beaucoup la soudure de

la paroi rectale à la plaie cutanée; c'est là un point majeur qui mérite de fixer l'attention. En effet, pour assurer l'innocuité de ce résultat final de l'entérotomie périnéale, pour prévenir l'infiltration stercorale, l'inflammation causée par le contact incessant des matières avec la surface de la plaie, et enfin le rétrécissement consécutif si menaçant, il faut créer un orifice naturel muco cutané, qui conduise facilement les fèces jusqu'à l'extérieur — qui supprime le conduit granuleux — qui permette l'introduction du doigt et des lavements détersifs — qui, enfin, ait chance de rester continuellement ouvert.

L'affrontement du rectum et des téguments peut seul réaliser ces exigences. Mais il est souvent rendu difficile, sinon impossible, par la situation élevée du cul-de-sac rectal et par sa fixation solide aux parties voisines. Si l'on s'efforce trop de l'attirer en bas on peut, soit avec les pinces, soit avec les sutures, déchirer la fragile paroi. Par suite d'une tension trop forte, les sutures même bien placées, couperont les parties étreintes, avant la création d'adhérences suffisantes; l'intestin remontera et un large anneau cicatriciel se formera entre la peau et la paroi rectale.

La résection du coccyx remédie à ces inconvénients, et voici comment : elle dispense d'attirer en bas le cul-de-sac rectal, parce qu'elle permet de l'ouvrir en arrière et de l'attacher sans difficulté à la partie supérieure des bords de la plaie cutanée. A la vérité, l'anus artificiel ainsi placé est situé plus haut et plus en arrière que dans l'état normal, mais dans les trois cas où j'ai pu suivre les opérés assez longtemps, je n'ai pas remarqué que cette ectopie légère présentât de notables inconvénients.

J'aborde un autre point, c'est-à-dire les prétendus dangers de cette modification. Il est d'abord bien entendu que la suppression d'un bout du coccyx n'a aucune importance pour l'avenir. Reste à savoir si cette suppression, en tant que manœuvre opératoire, offre un véritable péril. Je m'évertue en vain à le découvrir. D'abord, on n'enlève que la pointe de l'os, c'est-à-dire un prolongement cartilagineux de 1 centimètre en moyenne et du volume d'une plume d'oie. On l'isole en arrière rien qu'en prolongeant l'incision médiane, et sur les côtés, avec un coup de ciseau, qui rase les bords latéraux; on le sépare en haut du corps de l'os, soit avec la pointe du bistouri, soit avec les ciseaux; en avant, du côté du bassin, on pénètre dans une région occupée par un tissu cellulo-fibreux facile à déchirer avec un instrument mousse, et qui ne renferme aucun organe important, aucun vaisseau notable. Les dégâts occasionnés par cette excision ne sont rien en regard de ceux qui résultent de recherches aveugles faites dans ce point avec les doigts, les pinces et les instruments mousses. Donc les dangers de l'opération susdite sont tout à fait imaginaires; j'en appelle sur ce point à ceux qui voudront bien les répéter sur le cadavre (1).

Il ne me reste plus qu'à résumer les résultats définitifs que j'ai obtenus; ils me paraissent fort encourageants, bien que j'aie opéré dans des conditions souvent bien défavorables, savoir : deux fois sur des enfants chétifs nés avant terme; deux autres fois presque *in extremis*, l'un des enfants étant né depuis quatre jours, l'autre ne se débattant même pas sous le bistouri.

Je compte cependant une guérison, qui date de neuf ans bientôt. Une autre qui, remontant à quatre mois, peut être regardée comme assurée. Deux succès opératoires confirmés au bout d'un mois, puisque la plaie anale était fermée et l'orifice muco-cutané constitué, quand la mort est survenue vers le trente-cinquième jour. Le même résultat local était en train de se réaliser chez l'enfant, qui succombait au neuvième jour. Le sujet de l'observation III, qui même opéré presque mourant, a survécu quarante-huit heures grâce au rétablissement du cours des matières.

(1) J'ai appliqué une fois la résection partielle du coccyx chez l'adulte pour faciliter l'extirpation d'une volumineuse tumeur du rectum. Le malade ayant succombé aux suites de l'opération, je ne puis dire ce qui en serait résulté, je sais seulement que la dissection profonde de la tumeur fut singulièrement aidée par cette opération. (Voir Raymond, *Extirpation des tumeurs*, thèses de Paris, 1870, page 95.)

L'opération a toujours été bienfaisante, et je ne puis la rendre responsable d'aucun des quatre revers que j'ai éprouvés. L'enfant de l'observation III s'est éteint sans symptôme déterminé; celui de l'observation IV a succombé au sclérème.

Des deux sujets qui sont morts dans le deuxième mois, l'un a péri, j'ignore comment, et l'autre par suite d'un érysipèle ambulant.

Dans les six cas, l'anus artificiel a fonctionné d'une manière satisfaisante immédiatement et jusqu'au dernier moment. Une seule fois j'ai observé un rétrécissement consécutif, dont j'ai facilement fait justice par le simple débridement; mais je n'ai jamais constaté ni phlegmon stercoral, ni inflammation locale vive, ni pelvi-péritonite.

Un seul enfant a présenté une série d'accidents locaux ou de voisinage : une hémorrhagie secondaire, une première orchite, puis une seconde avec épanchement dans la tunique vaginale (1); un érysipèle très-étendu, une diarrhée abondante avec prolapsus; il a cependant lutté cinq semaines contre ces assauts.

On en peut conclure que la résection du coccyx, qui facilite si notablement l'exécution du procédé d'Amussat, ne lui ôte rien de sa valeur en tant qu'opération curative, et qu'on peut donc y recourir sans scrupule dès qu'elle paraît aider l'achèvement de l'entérotomie périnéale.

On pourrait croire que la situation excentrique donnée momentanément à l'anus artificiel nuira plus tard à sa constitution et à ses usages. Or, d'après mon expérience, c'est plutôt le contraire qui a lieu. Une fois, j'ai bien dûment constaté un rétrécissement, qu'il a fallu opérer. Dans les autres cas, non-seulement les matières fécales étaient bien retenues et la défécation était nettement intermittente, mais il y avait tendance fort marquée à la coarctation d'un anneau fibreux embrassant l'ourlet muco-cutané; tendance qu'on surmonte, du reste, assez aisément par l'introduction du petit doigt répétée trois ou quatre fois dans les vingt-quatre heures et pendant des mois entiers.

Une seule fois, j'ai noté le prolapsus rectal, mais il était survenu tardivement après vingt jours de fonctionnement régulier de l'anus, et reconnaissait pour cause un violent tenesme et une diarrhée intense. Je suis persuadé qu'il ne serait pas devenu permanent.

Conclusions. — 1° L'entérotomie périnéale est la méthode d'élection dans les cas d'imperforation ano-rectale.

2° Elle doit être pratiquée autant que possible par le procédé d'Amussat, qui la rend à la fois moins grave dans le présent et plus efficace dans l'avenir.

3° Elle présente des difficultés incontestables relatives à la découverte du bout fermé de l'intestin et à la fixation de ce bout ouvert aux bords de la plaie cutanée.

4° La résection partielle du coccyx dans l'étendue de 1 centimètre en moyenne atténue considérablement ces difficultés.

5° Elle permet, sans causer de dégâts notables, d'élargir beaucoup le champ opératoire, d'atteindre le rectum très-haut, de le fixer à la peau sans le tirailler, sans l'attirer en bas de vive force, sans le mobiliser par la section périlleuse de ses adhérences antéro-supérieures.

6° Elle dispense des recherches faites à l'aveugle dans la profondeur du bassin et met à l'abri de la blessure involontaire du cul-de-sac péritonéal et des voies urinaires.

7° Elle abrége notablement la durée totale de l'opération.

8° D'une exécution très-facile, elle ne paraît avoir entraîné jusqu'ici aucun danger qui lui soit propre.

9° L'incision du coccyx n'est pas toujours nécessaire; si après quelques recherches infructueuses on ne trouve pas l'intestin dans l'incision cutanée, ou si cet intestin trouvé, paraît ne pas vouloir descendre facilement, il faut y recourir sans hésiter.

10° Si après la résection susdite, on ne trouve pas *bientôt* le rec-

(1) L'orchite pourrait être attribuée à l'extension de l'inflammation traumatique jusqu'à la prostate, mais elle peut aussi s'être développée spontanément. Deux autres fois déjà, j'ai vu cette affection survenir dans la première semaine de la vie chez des enfants d'ailleurs normalement constitués.

tum, il faut abandonner la voie périnéale et pratiquer l'entérotomie iliaque ou lombaire.

11° L'entérotomie périnéale, bien que méthodiquement pratiquée et définitivement réussie, peut laisser à sa suite une variété particulière de fistule ano-uréthrale due à la persistance d'une disposition embryonnaire.

M. TRÉLAT. Il est évident que par son nouveau procédé notre collègue agrandit le champ de l'application de l'anus artificiel périnéal. L'incision postérieure et la résection de la pointe du coccyx donnent d'autant plus de facilité pour rencontrer l'intestin que celui-ci se présente généralement sous la forme d'une vaste ampoule occupant la concavité du sacrum, faisant parfois saillie dans la région périnéale.

Il n'est pas rare de trouver un diverticulum allant de l'ampoule rectale vers la portion prostatique de l'urèthre, mais il faut savoir que dans ces malformations de l'anus, il existe des variétés nombreuses qui peuvent faire échouer toutes les prévisions du chirurgien. Dans les cas où l'ampoule rectale est facilement accessible, il ne semble pas utile à M. Trélat de reséquer le coccyx.

M. VERNEUIL n'a jamais rencontré les cas simples auxquels fait allusion M. Trélat. Son désir est d'aller franchement au but, sans hésitation, d'atteindre du premier coup les dernières limites de l'entérotomie périnéale. Il pense qu'on achèvera ainsi des opérations qui, sans cela, seraient restées incomplètes. Deux fois sur six opérations, M. Verneuil aurait dû abandonner la voie périnéale, s'il n'avait eu recours à la résection du coccyx.

M. SÉE a fait dernièrement une ponction au trocart pour une imperforation de l'anus, et a donné issue au méconium. Il se disposait à dilater le rectum, mais l'enfant n'a pas été ramené. Il regrette de n'avoir pas connu le procédé de M. Verneuil.

M. GUYON a pratiqué une fois l'anus artificiel périnéal en suivant le procédé de M. Verneuil, mais il ne rencontra pas l'intestin et dut recourir à la méthode de Littre. L'existence d'ancien cordon n'avait pu le guider vers l'ampoule rectale. Il reconnaît toutefois que ce procédé ne fut suivi d'aucun accident opératoire et qu'il donne beaucoup plus de chances de succès, lorsque l'ampoule n'est pas inaccessible.

M. Guyon préfère, chez les nouveau-nés, l'emploi de fils de soie aux fils métalliques qui se prennent dans les langes.

M. TILLAUX demande à M. Verneuil s'il applique l'excision du coccyx à toutes les imperforations de l'anus. Dans les cas où, à l'aide du doigt, on peut soupçonner la présence du cul-de-sac rectal, y a-t-il nécessité d'augmenter le traumatisme au lieu de se borner à une ponction et à la dilatation consécutive ?

M. Tillaux a suivi cette conduite récemment et n'a eu qu'à s'en louer. Une ponction faite avec un trocart ordinaire, en se dirigeant vers la concavité sacrée, amena le méconium, et la dilatation, faite pendant les jours qui ont suivi, a permis le rétablissement complet de la fonction.

M. Verneuil pense-t-il qu'il soit nécessaire de suturer les lèvres de l'intestin à la peau du périnée, même lorsque la portion sphinctérienne de l'intestin existe ? M. Tillaux demande, en outre, à M. Verneuil s'il considère comme fatal le rétrécissement du rectum à la suite d'une ponction simple suivie de dilatation ?

M. VERNEUIL est d'avis que, dans tous les cas, quels qu'ils soient, d'imperforation de l'anus, il convient d'agir comme il le conseille : inciser sur la ligne médiane jusqu'au coccyx et reséquer une partie de cet os, si c'est nécessaire. Il conseille d'avoir toujours recours à la pratique d'Amussat, c'est-à-dire la suture de l'intestin au tégument externe, et il craint bien que le procédé employé par M. Tillaux ne soit suivi d'un rétrécissement auquel il faudra remédier plus tard.

La séance est levée à 5 heures 1/2.

Le secrétaire : TILLAUX.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Dans la séance du conseil municipal du 24 juin, MM. Depaul et Ch. Loiseau ont présenté, sur des travaux à faire à l'hôpital Saint-Antoine, des rapports dont les conclusions ont été adoptées.

— Le préfet de police vient d'adresser une circulaire aux pharmaciens de Paris pour leur rappeler qu'ils s'exposent à des poursuites sévères lorsqu'ils refusent d'ouvrir la nuit à des gens qui ont besoin d'eux.

Le Directeur : Dr E. Le Sourd.

Paris. — Typographie A. Pougin, quai Voltaire, 13.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

Le prix d'abonnement
doit être envoyé en mandats-poste sur
Paris. — L'abonnement part du 1er et 16 de chaque mois.

La Lancette française

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Bureaux : 57, rue des Saints-Pères, 57
PRÈS L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

On s'abonne hors de Paris
dans les bureaux des Messageries et chez les Libraires
Les lettres non affranchies sont refusées.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 8,000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui n'en peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT
POUR PARIS
ET LES DÉPARTEMENTS
Trois mois. 8 fr. 50 c.
Six mois. 16 »
Un an. 30 »

POUR L'ÉTRANGER
le port en sus
suivant les derniers tarifs
des Postes.

SOMMAIRE. — SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE. — HÔPITAL DES ENFANTS MALADES. De l'herpès circinné ulcéreux ; diphthérite cutanée consécutive ; mort (M. Bouchut). — REVUE DE LA PRESSE — — ACADÉMIE DE MÉDECINE. — Thèses. — Nouvelles.

Paris, le 6 août 1873.

SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Enfin, voilà l'Académie débarrassée d'une question qui était devenue un brandon de discorde entre ses membres.

MM. Legouest, Fauvel et Larrey, en introduisant, par un amendement, dans la seconde conclusion de la commission le principe sur lequel surtout l'Académie avait à statuer ; *le service de santé autonome, sous la direction d'un médecin*, ont rendu presque superflue la troisième conclusion, qui aurait reproduit ce même principe en d'autres termes ; et comme cette troisième conclusion contenait le mot *subordination*, dont les pharmaciens se blessaient plus que de la chose en elle-même, dans un esprit de conciliation facile à prévoir, on a préféré laisser le ministre tirer lui-même la conclusion du principe qu'on avait posé.

Au sujet de cette discussion, M. le professeur Chauffard nous a envoyé, malheureusement trop tard pour le numéro de mardi, la lettre suivante, qui résume sa réponse à M. Poggiale.

« Mon cher et honoré confrère, vous insistez avec une extrême obligeance sur la part que vous auriez voulu me voir prendre à la discussion pendante à l'Académie de médecine. Je n'avais rien d'essentiel à ajouter sur le fond de la question, et je ne voulais pas prolonger des débats pénibles à tant de titres, et où la passion de l'intérêt public m'a paru trop souvent s'effacer devant d'autres et moins nobles passions. Cependant il m'en coûte, je l'avoue, de laisser planer au-dessus du corps de santé de l'armée d'odieuses accusations hautement portées à la tribune de l'Académie par l'éminent représentant de la pharmacie militaire.

« M. Poggiale, en effet, a cru devoir faire valoir, dans le but de rehausser le prestige des services pharmaceutiques, le contrôle que les pharmaciens militaires exercent sur les doses et sur les formules des médicaments prescrits ; contrôle sans lequel, ajoute-t-il, des accidents redoutables se produiraient fréquemment dans les hôpitaux. Il a dit, à cette occasion, qu'un pharmacien, subordonné au service médical, ne pourrait signaler à son supérieur médecin une erreur de dose sans danger pour son avancement. Tel est, entre parenthèses, le cas que fait à l'avance M. Poggiale, de l'esprit d'équité des médecins qui seraient appelés à la direction du service de santé. Enfin, pour corroborer tous ces dires obligeants, l'ancien inspecteur de la pharmacie militaire ajoute qu'il pourrait mettre sous les yeux de l'Académie huit prescriptions, signées de médecins traitants dont il veut bien taire les noms, et qui auraient amené la mort de huit individus sans l'intervention des pharmaciens. Sur une motion d'ordre de notre collègue M. Béhier, et devant le sentiment de réprobation manifesté par la grande majorité de l'Académie, ces huit bons sont rentrés dans le dossier de M. Poggiale ; mais il est resté l'accusation émise par celui qui les présentait. Que vaut cette accusation ?

« Voilà huit médecins traitants, c'est-à-dire des médecins élevés dans la hiérarchie militaire, à qui ont été confiés des services hospitaliers, et dont les prescriptions auraient pour effet, non de guérir ou de soulager, mais de tuer infailliblement les malades ! Or, qui se croit autorisé à transformer ainsi publiquement des médecins d'hôpital en meurtriers involontaires ? Qui ? sont-ce des juges compétents, des médecins tenant en leurs mains tous les éléments du procès, l'état du malade d'un côté, les prescriptions faites de l'autre ? Non ; ce sont des juges incompétents, qui ne connaissent qu'un côté de cette question complexe, et le côté le moins fixe, le plus changeant suivant les cas, celui de la dose prescrite. Tout ce que sait le pharmacien se réduit à ceci, le plus ou moins d'élévation d'une dose médicinale ; il peut présumer de l'action de cette dose sur un homme sain, ou sur un malade dont les conditions ne s'éloignent que médiocrement des conditions de l'état de santé ; mais il demeure absolument incompétent en dehors de ces conditions communes, et alors que la maladie a profondément transformé les conditions ordinaires de la tolérance thérapeutique.

« J'admire la confiance ingénue d'un pharmacien qui présente solennellement un paquet de bons, fût-il même d'une douzaine, et qui affirme que ces bons exécutés auraient tué le malade. Qu'en sait-il ? Voyons d'abord quels étaient ces malades, à quelle médication ils avaient été préalablement soumis, quel maladie les frappe et quelle forme revêt cette maladie. Or, on nous présente des bons, comme si c'était tout ; quant à l'histoire du malade, quant à son observation détaillée, authentique, on n'en dit mot, on l'ignore ; il semble que ce soit un côté superflu de la question. Ce sont bien là les préjugés d'un pharmacien, dont la vue se concentre toute sur le médicament qu'il prépare et qu'il dose. Pour un médecin le problème est tout autre, et ne s'offre pas avec cette douce simplicité. Ce qui, pour lui, domine, c'est l'état du malade ; c'est là ce qui commande la dose. Celle-

ci peut paraître mortelle à un pharmacien, et être à peine suffisante pour le malade. Le premier jour où un pharmacien reçut une prescription lui enjoignant de verser 15 à 20 grammes de teinture de digitale dans une potion destinée à un alcoolique affecté de *delirium tremens*, il a dû croire qu'il préparait une exécution mortelle ; et peut-être M. Poggiale tenait-il dans ses mains un bon où se trouvait inscrite quelque formule de ce genre. Si cependant le pharmacien eût suivi, au lit du malade, le médecin qui avait écrit une aussi audacieuse formule, il aurait vu que la potion était absorbée souvent sans avoir modifié d'une manière bien sensible, ni le pouls, ni la température, ni le délire ; et que deux ou trois de ces doses énormes étaient nécessaires pour obtenir le calme désiré ; et je parle ici de choses que j'ai vues, ce que devraient faire tous ceux qui veulent porter un jugement en ces matières, même les pharmaciens. Je ne signale que des faits vulgaires pour les médecins. Qui de nous ne s'est souvent étonné des doses effroyables de médicaments auxquelles il était conduit par la force des choses, c'est-à-dire par la résistance thérapeutique ou par l'accoutumance des malades? Qui n'a fait à ce sujet les observations les plus extraordinaires, alors surtout qu'il s'agit de médicaments narcotiques? Ici, les plus faibles doses déterminent des effets toxiques; et, là, les plus fortes sont merveilleusement tolérées; et, parfois, il faut en arriver à ces doses extrêmes, sous peine de ne rien obtenir, et de manquer le but qu'on voulait atteindre.

« Je m'arrête, et ne veux point me laisser entraîner par ces questions. J'en ai dit assez pour montrer la valeur qu'il convient d'attacher à cette étrange présentation de bons. De pareilles exhibitions rappellent la scène et les effets de théâtre, plutôt qu'elle n'appartient à la science.

« Une formule thérapeutique n'est rien sans l'observation raisonnée du malade auquel elle s'applique. En face d'une prescription qu'il suspecte, le pharmacien n'a que le devoir de s'enquérir si la dose qui l'effraye n'est pas due à un *lapsus calami*. Je ne pense pas que M. Poggiale nous ait apporté de ces erreurs involontaires ; cela ne serait pas sérieux. Parfois encore, le pharmacien peut avertir le médecin des réactions que les médicaments prescrits doivent exercer les uns sur les autres, réactions qui peuvent annuler, accroître, transformer leurs effets. Il n'est pas probable que M. Poggiale nous ait voulu fournir, en ce genre, un témoignage de sa haute science chimique et pharmaceutique, dont personne ne doute. Sauf ces cas, je ne sache pas que le pharmacien ait à exercer un contrôle sur les prescriptions qu'il reçoit ; je ne pense pas que, dans les hôpitaux militaires, les attributions respectives des pharmaciens et des médecins soient changées. Je ne vois pas dès lors à quel titre M. Poggiale pouvait venir nous dénoncer huit bons patiemment recueillis depuis longues années sans doute, et sur des milliers de bons arrivés entre ses mains qui savent conserver ce qui leur est confié.

« Vous voyez, mon cher confrère, quelle est la portée de ces accusations, lancées avec autant de témérité que de fracas. Je ne cherche point à justifier les auteurs de ces formules incriminées ; j'estime qu'ils sont au-dessus de telles attaques. Mais je tiens à protester contre des insinuations qui voudraient atteindre le corps éminent des médecins traitants de l'armée, corps auquel je suis fier d'avoir appartenu durant nos huit mois de malheur. »

On le voit, cette lettre n'ayant pas trait directement aux questions du ministre, n'a rien perdu de son actualité, bien que paraissant après le vote.

D'ailleurs, l'irritation légitime causée par les étranges procédés de M. Poggiale avait eu le temps de s'émousser en trois semaines ; et quand ces sortes d'incartades viennent de la seconde jeunesse d'un homme en retraite, il vaut mieux qu'on soit indulgent et qu'on les oublie.

Dr Victor Revillout.

HOPITAL DES ENFANTS-MALADES. — M. Bouchut.

De l'herpès circinné ulcéreux. — Diphthérite cutanée consécutive. — Mort.

On ne saurait trop applaudir au retour de la médecine clinique vers l'étude des diathèses à laquelle ne peuvent conduire ni l'anatomie pathologique ni l'histologie. L'observation des malades dans la variété des systèmes et de la terminaison d'une maladie peut seule y conduire. Plus on avance dans la vie médicale, et plus on se fortifie dans cette conviction que la *lésion*, si importante qu'elle soit à connaître, n'est qu'une faible partie du problème à résoudre auprès d'un homme souffrant ; car, à côté de la lésion, il y a la *maladie*, c'est-à-dire la manière dont le malade endure sa lésion, et, dans la maladie, les diathèses originelles ou acquises.

Ainsi, voilà une petite fille de trois ans, entrée le 23 juillet 1873, qui sort du dépôt des Enfants trouvés, où elle a contracté une *maladie parasitaire* qui se nomme l'*herpès circinné*. Comme vous le savez, c'est une affection contagieuse de la peau et du cuir chevelu, ayant pour origine le *tricophyton tonsurant*. Sur la peau, elle se présente sous forme de petites vésicules en anneau rougeâtre qui s'élargit tous les jours un peu, et acquiert des dimensions considérables. Dans le cuir chevelu, les anneaux et les vésicules sont moins visibles, et la maladie fait tomber les cheveux qui cassent au niveau des follicules en formant une tonte partielle. C'est la *teigne tonsurante* ou *tondante*.

La petite fille que je vous montre n'a d'herpès circinné que sur le corps, et la maladie date de quinze jours. Elle en a sur le dos, sur les fesses, sur la partie postérieure des cuisses, et jusque sur le pied, au-dessous de la malléole externe. Ces anneaux ont un diamètre qui varie de 1 à 4 centimètres. A une exception près, tous sont ulcérés et forment des anneaux de derme grisâtre, corrodé, suppurant, couvert çà et là de croûtes impétigineuses et entourées d'une auréole inflammatoire. Là où il n'y a pas croûte existe une teinte grisâtre de l'ulcération, qui est tout à fait semblable à celle d'un vésicatoire affecté d'infiltration diphthéritique.

Un seul de ces anneaux n'est ulcéré, grisâtre, que dans la moitié de sa circonférence, tandis que l'autre moitié du cercle offre les caractères entiers habituels de l'herpès tonsurant, c'est-à-dire un érythème annulaire étroit couvert de petites vésicules miliaires extrêmement petites. S'il n'y avait pas eu cet anneau d'herpès bien nettement figuré, conservant ses caractères primitifs, parmi les autres anneaux altérés par l'ulcération, j'aurais eu quelque peine à reconnaître la nature primitive du mal et à y admettre une cause parasitaire. Je me serais trouvé en présence d'ulcérations annulaires, pouvant faire soupçonner mais non pas affirmer leur nature herpétique tonsurante, tandis que la découverte de ce fragment conservé de la lésion primitive m'a enlevé toute hésitation.

Voilà donc un premier fait acquis dans l'étude de cas rares et intéressants. Il s'agit d'une maladie parasitaire, l'*herpès tonsurant* caractérisé par un grand nombre d'anneaux herpétiques de *tricophyton*. Jusque-là, tout est vulgaire. Mais ces ulcérations

annulaires, couvertes çà et là de croûtes impétigineuses, montrant une réunion de l'herpès et de la scrofule en même temps que certaines parties sont affectées de diphthérite, offrent matière à réflexion.

Ce n'est pas la première fois que l'on voit, chez un sujet lymphatique et scrofuleux, ces diathèses modifier des maladies locales, engendrer l'eczéma impétigineux ou l'impétigo, la suppuration des écorchures de la peau, favoriser la chronicité des phlegmasies viscérales ou engendrer la tuberculose. On sait, en effet, que certains sujets peuvent se blesser légèrement la peau sans avoir de suppuration, et que leurs plaies se cicatrisent toujours assez rapidement, tandis que d'autres ont la *peau venimeuse*, comme dit le vulgaire, c'est-à-dire qu'ils ne peuvent avoir de bouton, d'écorchure ou de coupure, sans y voir survenir de la suppuration ou des croûtes d'impétigo. Cela s'observe souvent aussi, à la suite de la vaccine, sur les pustules du bras qui jettent et suppurent au lieu de se dessécher; ce qui fait que quelques personnes disent que la vaccination met l'humeur en mouvement.

Ainsi se produisent les adénites chroniques du cou, du mésentère ou du médiastin, consécutives à un état aigu, l'entérite chronique postérieurement à une entérite aiguë; la pneumonie chronique. De même aussi la dégénérescence caséeuse des ganglions ou des viscères chroniquement malades, et enfin la tuberculose qui n'est qu'un produit d'inflammation, comme l'a si bien établi Broussais.

Tout est dans la diathèse, et ce que l'on observe dans les cas de diathèse lymphatique ou scrofuleuse relativement aux faits que je viens de mentionner et relativement à ce cas d'herpès tonsurant devenu un impétigo ulcéreux annulaire, se voit également d'une façon différente dans les diathèses arthritique, goutteuse et syphilitique — sans faire du sujet diathésique une espèce d'outre qu'il suffit de piquer pour en faire sortir le principe diathésique. Il est incontestable qu'il y a autant de diversités pathologiques locales qu'il y a de diathèses (1), et si la diathèse est très-prononcée, la moindre irritation, blessure ou inflammation produit sur place une manifestation diathésique évidente. Les ulcérations qui se produisent après les applications de sangsues sur quelques sujets profondément scrofuleux ou syphilitiques, ou après la vaccine, la forme différente des ophthalmies, la tuberculose des méninges, des glandes ou des poumons après l'excitation congestive de ces organes et la chronicité consécutive à certaines phlegmasies en est la preuve.

Donc, chez cette enfant, si *l'herpès tonsurant*, maladie parasitaire qui guérit en quelques jours par mon traitement, est devenu impétigineux et ulcéreux, c'est en raison de l'altération du support, c'est-à-dire de la diathèse. — Voilà un premier fait acquis.

Mais il y a plus, sur cette ulcération impétigineuse consécutive à l'herpès tonsurant, il est venu se greffer une nouvelle altération qui est la *diphthérite cutanée*. C'est peut-être encore une affection parasitaire; mais je ne veux pas exposer ici mes idées à cet égard, j'y reviendrai dans une autre occasion.

L'enfant a donc, comme affection ternaire, une diphthérite cutanée de forme annulaire. Cette maladie est caractérisée par l'infiltration grisâtre du derme mêlée de points noirâtres, de mortification superficielle s'étendant tous les jours davantage.

(1) Voyez E. Bouchut, *Pathologie générale*, 2e édition, article : DIATHÈSES.

Elle occupa d'abord deux des plaques ulcéreuses, puis elle se montra sur toutes les autres.

A ce moment, apparurent de l'œdème du visage et un peu d'anasarque, signes d'une quatrième affection, la néphrite parenchymateuse diphthéritique. En effet, les urines précipitaient, par la chaleur et par l'acide nitrique, une abondante quantité d'albumine.

De cette dernère constatation résulte que l'enfant nous offre : 1° herpès tonsurant suivi d'une éruption d'impétigo ; 2° ulcération des parties impétigineuses ; 3° diphthérite cutanée des parties occupées par l'ulcération impétigineuse ; 4° albuminurie par résorption diphthéritique et néphrite parenchymateuse.

Son état est des plus graves, car une diphthérite cutanée, gangreneuse, aussi étendue que celle-ci, doit presque certainement entraîner la mort. Déjà, il se fait une résorption diphthéritique qui caractérise l'albuminurie et l'œdème. Tout n'est pas perdu, car l'enfant mange encore volontiers, et je lui donne de la purée de viande crue et de l'alcool. Cela pourra peut-être donner le temps d'agir à la médication locale, qui se compose de compresses de coaltar saponiné de Lebeuf ou de poudre de camphre, qui réussit très-bien dans ces circonstances. Mais, je le répète, le cas est très-grave, et il y a tout à craindre pour la vie de la malade.

Le surlendemain de cette conférence, la malade mourut, et voici ce que l'on trouva à l'autopsie :

Les reins, presque doublés de volume, avaient subi presque entièrement la dégénérescence graisseuse. Leur substance corticale hypertrophiée, grise, décolorée, était ramollie et semblable à de la chair d'anguille ; leur substance tuberculeuse était de même couleur, et toute ligne de démarcation avait disparu à ce point qu'il était en certains endroits impossible de les distinguer l'une de l'autre.

La rate était volumineuse, décolorée, notablement ramollie.

Le foie était gros, un peu gras, avec des plaques blanches anémiques.

Les poumons étaient remplis de noyaux apoplectiques d'infiltration sanguine noirâtre, variant du volume d'une lentille à celui d'un pois. Ces infarctus disséminés étaient durs, résistants, et la plupart de coloration uniforme. Un seul présentait au centre un noyau, d'infiltration grisâtre, sans liquide collecté.

Le cœur, grisâtre, ramolli, atteint de myocardite, offrait une endocardite végétante de la mitrale et de la tricuspide avec caillots auriculo-ventriculaires, volumineux, mous et noirs sur quelques points, et durs, décolorés, élastiques sur d'autres.

Enfin, dans le tissu cellulaire des membres inférieurs, se trouvaient quelques infarctus sanguins dus à l'infiltration du sang dans le tissu cellulo-adipeux.

REVUE DE LA PRESSE

Inoculabilité des pustules d'ecthyma. — M. Vidal, médecin de l'hôpital Saint-Louis, ne saurait dire si la pustule d'ecthyma est inoculable à l'homme sain, mais il peut affirmer qu'elle est auto-inoculable, ses expériences ayant réussi sur près d'un tiers des sujets auxquels il a inoculé le liquide recueilli sur eux-mêmes. Ses recherches ont porté principalement sur l'ecthyma simplex et sur l'ecthyma de la fièvre typhoïde. Il rapporte trois observations de malades atteints de la fièvre typhoïde sur lesquels l'expérience a parfaitement réussi. Une quatrième observation recueillie par Chalvet, dans le service de M. Vidal, fournit un exemple d'inoculation de pustule d'ecthyma simplex.

Voici les conclusions dans lesquelles sont résumés les résultats de ces expériences :

1° Les pustules de l'ecthyma de la fièvre typhoïde et celles de l'ecthyma simplex sont auto-inoculables.

2° La pustule d'inoculation suit, dans les phases de son développement, une marche identique à celle de la pustule spontanée. Le premier jour, quelques heures après l'inoculation, on voit à la place de la piqûre un point rouge, déjà un peu induré, et qui est ordinairement le siége d'un prurit assez vif. Le second jour, la rougeur s'étend sur un diamètre d'environ 0m,01, un noyau dur se forme et fait saillie au-dessus du niveau de la peau. Le troisième jour, la rougeur est plus étendue, le noyau d'induration inflammatoire s'acumine et forme la base d'une petite vésicule contenant un peu de sérosité trouble. Le quatrième jour, la pustule d'ecthyma est parfaitement caractérisée, adulte, pour ainsi dire, et fournit un pus inoculable. Elle se dessèche du neuvième au dixième jour, et les croûtes tombent du seizième au vingtième jour.

3° Le liquide pris sur ces pustules de seconde génération est auto-inoculable.

4° Son activité va diminuant dans les inoculations successives; son pouvoir reproducteur cesse à la troisième ou quatrième génération. (*Annales de dermatologie.*)

Des propriétés et de la structure des muscles rouges et des muscles pâles. — M. Ranvier vient de communiquer à la Société de biologie les résultats de ses recherches sur les propriétés et la structure des muscles rouges comparativement aux muscles pâles. On sait, en effet, que chez le même individu il existe certains muscles dont la coloration diffère beaucoup de celle des autres; c'est ainsi que chez le lapin le demi-tendineux présente une coloration rouge, qui contraste avec la coloration blanche des autres muscles. Cette coloration rouge, suivant M. Ranvier, ne tient pas à la présence d'une quantité de sang plus considérable dans le tissu de ces muscles. Sur un lapin curarisé chez lequel l'action des centres nerveux et des nerfs sur les muscles est annulée, et dont la vie est entretenue par la respiration artificielle, M. Ranvier démontre que, sous l'influence d'un courant induit, les muscles rouges ne présentent pas une contraction brusque comme les muscles blancs; ils se contractent lentement, et quand on vient à interrompre le courant électrique, ils reviennent avec la même lenteur à l'état de résolution. Relativement à leur structure, M. Ranvier a observé que, dans les muscles blancs, la striation transversale est très-marquée, tandis que la striation longitudinale l'est très-peu. C'est l'inverse dans les muscles rouges; une autre différence entre les muscles rouges et les muscles blancs, c'est que les premiers perdent beaucoup plus vite leurs propriétés après la mort. (*Soc. de biologie.*)

Des altérations des humeurs dans l'intoxication saturnine. — M. Bouchard fait connaître les résultats de ses nombreuses observations sur ce sujet. Il distingue trois périodes : dans la première période, correspondant aux cas où l'intoxication est de date récente, il y a diminution notable de la sécrétion urinaire, augmentation de la densité, mais non proportionnelle à la diminution de la quantité; il y a donc diminution des matières extractives; l'urée est en quantité six ou sept fois moins grande, l'acide phosphorique, l'acide urique, le chlore diminuent, les matières colorantes sont beaucoup plus abondantes. Dans la seconde période, période à laquelle le plomb est introduit dans les organes et agit sur leurs fonctions, la quantité d'urine est encore inférieure à la normale, les principes extractifs sont en petite quantité, l'urée ne présente que la moitié de sa quantité normale, ainsi que les acides phosphorique et urique; les matières colorantes sont encore très-abondantes. Enfin, dans la troisième période, où il y a anémie, intoxication confirmée, on observe un état permanent de l'altération de l'urine caractérisée par une quantité et une densité moindres, par une diminution notable d'urée, d'acide phosphorique et d'acide urique. Comme dans ces cas, on retrouve dans le sang une quantité d'urée, d'acide urique et phosphorique double de la normale, il y a plutôt lieu de rapporter la diminution de l'urée dans les urines à l'imperméabilité qu'à des troubles de désassimilation. Quant à l'anémie s'ajoute l'albuminurie, les quantités d'urine secrétées sont très-variables, la densité est très-faible, les matières extractives diminuent; toutefois, qu'il y ait albuminurie ou non, on n'observe pas d'exagération de la quantité d'acide urique dans le sang. La relation établie par Garrod entre le saturnisme et la goutte semble donc difficile à admettre. (*Société de biologie.*)

Traitement du tænia par les semences de potiron ou Cucurbita pepo. — Ce tœnicide, longtemps oublié, revient en faveur. On peut en faire un électuaire avec du miel.

Semences de citrouille mondées et pilées..	60 grammes.
Miel de Narbonne..........................	20 —

Triturez.

A prendre par cuillerées à dessert toutes les demi-heures.

On peut aussi administrer les semences de citrouille en dragées, ou bien encore en faire une émulsion aromatisée avec de l'eau de menthe poivrée, que l'on fait prendre en deux fois à une demi-heure d'intervalle.

Ce remède a l'avantage de n'être pas irritant pour l'estomac, de ne présenter aucun inconvénient et de pouvoir être continué pendant longtemps. (*Bulletin de thérapeutique.*)

Kyste multiloculaire de la glande thyroïde, ponction, destruction des poches, guérison. — M. le docteur Macaro (de Lisbonne) rapporte l'observation d'une jeune fille de vingt-six ans, portant depuis douze ans à la partie antérieure du cou une tumeur, qui avait toujours été prise pour un goître. Elle s'étendait de la fourche du sternum au cartilage thyroïde, et commençait à gêner considérablement la respiration. Bien que cette tumeur présentât tous les signes objectifs d'une tumeur solide, M. Macaro trouvant une sensation singulière au toucher, qui n'était cependant pas de la fluctuation, pratiqua une ponction exploratrice. Il sortit 500 grammes environ d'un liquide ambré, d'une consistance sirupeuse. Il s'agissait d'un [kyste] multiloculaire, dont le siége était le corps thyroïde. Malgré une injection d'alcool et une compression bien faite, le liquide se reproduisit. Après une nouvelle ponction, la destruction des poches kystiques, l'introduction d'une sonde à demeure et l'injection de divers liquides, et particulièrement de la liqueur de Villate, dans le but d'obtenir la suppuration de la cavité kystique, cette jeune fille fut complétement guérie. (*Journal de médecine et de chirurgie pratiques.*)

Empoisonnement par le chlorate de potasse. — M. le docteur Ferris rapporte l'observation d'un homme de ving-six ans qui dit avoir avalé par mégarde une grande cuillérée de chlorate de potasse. Le lendemain, sa peau était livide et cyanosée; ses extrémités froides; son pouls presque nul; il se plaignait de ne pouvoir uriner. Après plusieurs cathétérismes infructueux, on retira de la vessie une grande quantité de liquide noir, visqueux. Toute la journée se passa dans le même état, seulement avec une grande tendance au sommeil. L'intelligence était intacte. Malgré de fortes doses d'eau-de-vie et de liqueur ammoniacale, le malade mourut vers le soir.

A l'autopsie, tout le corps présente une couleur sombre, noirâtre. Le cœur et les poumons sont sains. Les oreillettes et les vaisseaux communiquant avec elles sont obstrués par un coagulum noirâtre, homogène, d'une très-grande ténacité. Ni les reins, ni la vessie, ni le cerveau ne furent examinés, de telle sorte que cette observation, pour être concluante, laisse encore bien des *desiderata.* Le chlorate de potasse est-il vraiment toxique à cette dose? (*Pacific medical and surgical journal.*)

Traitement des hémorrhoïdes enflammées chez les femmes en couches. — M. Joulin applique sur la tumeur hémorrhoïdale un morceau de glace contenu dans un petit sac de caoutchouc ou en baudruche. La glace est remplacée à mesure qu'elle fond. Ce traitement peut être suspendu ou continué selon les effets produits. Il faut avoir soin d'envelopper le sac d'un linge fin mouillé pour que l'application ne soit pas trop directe, et lorsqu'on veut ces-

ser le traitement, il faut laisser la glace fondre entièrement sur place pour éviter une réaction trop vive qui serait douloureuse. (*Gazette de Joulin.*)

Du charbon malin et des maladies charbonneuses, par M. le docteur Mauvezin. — Sous le nom de charbon malin, l'auteur désigne une forme excessivement grave de la maladie charbonneuse, dans laquelle les symptômes généraux précèdent ou tout au moins accompagnent dès le début les symptômes locaux. Cette affection, commune chez les animaux, où elle est désignée sous le nom de fièvre charbonneuse avec tumeurs, est tellement rare chez l'homme, que M. Mauvezin a pu n'en observer qu'un seul cas, dont il rapproche deux autres faits; l'un fourni par M. Girbe, et l'autre rapporté par M. Raimbert, sous le nom d'œdème malin. Dans la première de ces observations, après quarante-huit heures d'une fièvre intense, survient un œdème mou du cou et de la joue, bientôt suivi d'une rémission de la fièvre et de l'apparition de la tuméfaction. Douze heures après seulement apparaît une petite vésicule; puis bientôt un groupe de vésicules non transparentes et non purulentes, avec petite eschare centrale, sans induration sous-jacente. A partir de ce moment, les accidents locaux prennent des proportions extraordinaires, et le malade meurt après soixante-douze heures de maladie avec l'ensemble des symptômes habituels. Dans le second cas, la maladie suit la même marche. Dans celui de M. Raimbert, elle débute par un frisson, une courbature générale et des nausées. En même temps, survient une douleur de l'aisselle, bientôt suivie d'œdème, d'adénite, d'oppression épigastrique, d'anxiété extrême; mort le troisième jour. Dans ces faits, l'apparition primordiale des symptômes généraux est une preuve, suivant l'auteur, qu'il s'agit là du charbon malin et non de la pustule maligne ni de l'œdème malin où, au contraire, les symptômes locaux précèdent les phénomènes généraux. Prenant ces faits pour point de départ, M. Mauvezin fait une étude très-complète du charbon malin, et insiste particulièrement sur la pathogénie. (*Arch. générales de méd.*)

De la désinfection des salles de gâteux à l'hospice de Bicêtre. — M. Constantin Paul, pendant l'année 1872, alors qu'il avait la direction du service de l'infirmerie à l'hospice de Bicêtre, fut péniblement affecté de voir l'infection des salles de gâteux, qu'on n'avait pas su faire disparaître, malgré les plus grands efforts et les soins de propreté les plus assidus.

Voici comment on procédait. Chaque gâteux était couché sur un coussin renfermant de la balle d'avoine, qu'il inondait de ses déjections. Toutes les six heures, on remplaçait non-seulement le paillasson, mais les draps de lit et le linge du corps. Ainsi le malade était mis dans du linge blanc quatre fois par jour. Les rideaux du lit étaient changés tous les mois; l'aération, bien surveillée, était établie par des vasistas, et la peinture de la salle refaite tous les ans.

Malgré tous ces soins, l'air de la salle était bientôt infecté, quand même il n'y avait que trois ou quatre gâteux; mais le nombre s'en élevait souvent à quinze, et alors ce n'était plus tenable.

M. C. Paul chercha tout d'abord à se rendre compte de la cause de cette infection, et put s'assurer qu'elle était produite par les urines qui avaient subi la fermentation putride et dégageaient de l'ammoniaque. Les matières fécales n'en étaient pas la cause : leur putréfaction se fait avec plus de lenteur dans ces conditions, et, du reste, elles sont souvent rares chez les vieillards. Il se mit donc à examiner les urines des gâteux, prises au moment de l'émission, et remarqua qu'elles étaient rarement ammoniacales à ce moment, mais qu'elles ne tardaient pas à le devenir. Il restait à trouver une substance qui empêchât la fermentation putride de l'urine de se faire dans la vessie ou en retardât de plusieurs heures la putréfaction à l'air libre jusqu'au moment du changement de linge, c'est-à-dire six heures après.

Il donna la préférence à la térébenthine, mais à la térébenthine cuite, ne désirant conserver que la résine qui s'élimine par les urines et retarde leur décomposition putride. Chaque malade reçut alors, deux fois par jour, dans sa soupe, une pilule contenant 20 centigrammes de térébenthine cuite. La tolérance en est parfaite, les gâteux ne se doutent même pas qu'ils prennent une pilule; leur digestion n'est nullement troublée, et l'on ne perçoit aucune modification dans leur santé, si ce n'est que l'urine résiste pendant plus de vingt-quatre heures à la putréfaction.

On a, du reste, continué les soins de propreté comme auparavant, et l'infection de la salle ne s'est plus produite. Il y a eu dans une salle jusqu'à quatorze gâteux sans qu'il y eût la moindre odeur. L'expérience a été continuée pendant six mois avec un plein succès. Aujourd'hui ce moyen n'est plus seulement appliqué dans l'infirmerie, on l'étend au service des grands infirmes. (*Répertoire de pharmacie.*)

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 5 août 1873. — Présidence de M. Depaul.

CORRESPONDANCE OFFICIELLE

M. le ministre de l'agriculture et du commerce transmet :

1° Le compte rendu des maladies épidémiques qui ont régné, en 1872, dans la Haute-Vienne, ainsi que les rapports des médecins des épidémies. (Comm. des épidémies.)

CORRESPONDANCE NON OFFICIELLE

La correspondance non officielle comprend :

1° Une lettre d'une sage-femme de Tonnay-Boutonne, relative à un cas de grossesse extra-utérine. (Comm. : M. Hervieux.)

M. Fauvel présente, de la part de M. le docteur Seux (de Marseille), une brochure relative à l'étiologie du choléra. Les conclusions de ce travail sont contraires à celles que M. le docteur Tholozan a indiquées dans sa dernière communication à l'Académie.

M. Larrey offre en hommage, de la part de M. le docteur Tholozan, 1° un exemplaire de la communication faite à l'Académie, sous le titre de *Considérations générales sur les points d'origine des grandes épidémies cholériques*; 2° une note intitulée : *Du développement de la peste dans les pays montagneux et sur les hauts plateaux de l'Europe, de l'Afrique et de l'Asie.*

M. Briquet dépose sur le bureau une brochure, au nom de M. le docteur Dagonet, médecin de l'asile Saint-Anne, intitulée : *l'Alcoolisme au point de vue de l'aliénation mentale.*

M. Poggiale fait une rectification au procès-verbal.

L'ordre du jour appelle la suite de la discussion sur la réorganisation du service de santé de l'armée.

Suite de la discussion sur la réorganisation du corps de santé militaire.

M. le Président rappelle que, dans la dernière séance, l'Académie a voté la clôture de la discussion générale et décidé que l'on passerait aujourd'hui, immédiatement, à la discussion des articles. Il donne lecture des conclusions du rapport.

« 1re *conclusion.* Le système de la fusion de la médecine et de la pharmacie militaires doit être rejetée comme préjudiciable aux intérêts de l'armée. »

Cette conclusion, mise aux voix, est adoptée après quelques observations de MM. Bouillaud, Chauffard et Larrey.

« 2e *conclusion.* L'organisation actuelle du service de santé militaire ne répond pas aux besoins et aux intérêts de l'armée; il est nécessaire que ce service soit placé sous la direction d'un chef compétent pris dans son sein. »

M. Legouest propose de substituer aux mots « compétent pris dans son sein », les mots : « pris dans son sein et appartenant à la profession médicale ».

M. Poggiale propose l'amendement suivant :

« Il est nécessaire, dans l'intérêt du service, que les deux sec-

tions du corps de santé militaire continuent à être indépendantes l'une de l'autre. »

Cet amendement, mis aux voix, est rejeté.

La discussion est ouverte sur l'amendement proposé par M. Legouest.

M. FAUVEL propose l'addition suivante à l'amendement de M. Legouest :

« Il est nécessaire que ce service soit placé sous la direction d'un médecin et ait toutes les attributions qui relèvent de ce service. »

L'orateur fait valoir, à l'appui de sa proposition, la nécessité de bien définir les attributions du service placé sous la direction du médecin. Il craint que sans cette délimitation la direction médicale ne soit plus nominale qu'effective, et que l'autorité, ainsi que cela a eu lieu pendant que Michel Lévy était directeur du service de santé, ne reste en réalité dans les mains de l'intendance.

MM. LARREY et LEGOUEST combattent l'amendement de M. Fauvel, dans la crainte que la délimitation trop précise du service de santé n'entraîne des interprétations limitatives et des conflits avec l'intendance.

M. GIRALDÈS, au contraire, défend la proposition de M. Fauvel. Tant que dans l'armée anglaise les attributions des directeurs du service de santé n'ont pas été bien définies, bien délimitées dans tous leurs détails, des conflits avec l'administration éclataient en toute occasion, au grand préjudice des intérêts de l'armée. Ces conflits ont cessé depuis qu'une décision du Conseil royal a exactement défini quelles sont les attributions du service de santé militaire.

M. LARREY pense que les amendements de MM. Legouest et Fauvel pourraient être fondus ensemble, au moyen de la rédaction suivante de la deuxième conclusion :

« L'organisation actuelle du service de santé militaire ne répond pas aux besoins et aux intérêts de l'armée. Il est nécessaire que ce service soit placé sous la direction d'un chef, pris dans son sein, appartenant à la profession médicale (amendement Legouest), et ayant dans ses attributions tout ce qui concerne le service de santé (amendement Fauvel).

MM. FAUVEL et LEGOUEST adoptent cette rédaction.

La deuxième conclusion du rapport de la commission, ainsi amendée par MM. Legouest, Fauvel et Larrey, est mise aux voix et adoptée.

« 3e *conclusion*. L'autonomie du service de santé entraîne comme conséquence la subordination de la pharmacie militaire à la médecine. »

Divers amendements ont été proposés.

L'un, de M. Gaultier de Claubry, est ainsi conçu :

« Les médecins, chirurgiens et pharmaciens militaires sont pourvus de titres équivalents et ont droit aux mêmes prérogatives. La subordination dans le service consiste seulement dans l'application des principes et des dispositions des 11 floréal an X, et 21 germinal an XI. »

Cet amendement n'est pas appuyé.

Il en est de même d'un autre amendement de M. Devergie, dont voici le texte :

« L'autonomie du service de santé militaire entraîne comme conséquence logique la subordination de la pharmacie et des autres branches du service de santé à la médecine dans l'armée. »

Une discussion très-vive et confuse s'engage sur l'adoption ou le rejet de la troisième conclusion du rapport de la commission. MM. Hérard, Wurtz, Béhier, Fauvel, Giraldès, Delpech la considèrent comme inutile et en demandent le rejet, à cause du mot subordination qu'ils jugent blessant pour les pharmaciens militaires. L'autonomie du service de santé étant acquise et une direction étant donnée au médecin par suite de l'adoption de l'article précédent, il est bien inutile, puisque la subordination du pharmacien est la conséquence logique de cette adoption, de maintenir le mot, ayant la chose, et d'en faire l'objet d'un article spécial.

MM. CHAUFFARD, LARREY, LEGOUEST, VERNEUIL demandent avec énergie le maintien de la troisième conclusion dans tous ces termes; ils ne comprennent pas que, si l'on accorde la chose, on se montre si difficile sur le mot. Ce mot n'a rien de blessant pour les pharmaciens. La subordination est le principe de toute organisation militaire. Il ne s'agit pas d'ailleurs d'une subordination scientifique, mais purement militaire et hiérarchique. D'ailleurs, M. le ministre de la guerre consulte l'Académie sur ce point. C'est lui qui a écrit le mot *subordination*, et il importe qu'il lui soit répondu dans les mêmes termes. Enfin, si la subordination des pharmaciens n'est pas écrite explicitement dans un article spécial, il est à craindre que les pharmaciens ne se prévalent de cette omission et qu'il en résulte précisément ces conflits que l'on veut éviter. La suppression de cet article détruit toute l'économie du projet de loi et met en péril l'autonomie que l'on a reconnu nécessaire.

M. LE PRÉSIDENT met aux voix la troisième conclusion du rapport de la commission. Cette conclusion est rejetée.

A quatre heures, l'Académie se réunit en comité secret pour entendre la lecture du rapport de M. Woillez sur les titres des candidats à la place vacante dans la section de pathologie médicale.

THÈSES

SOUTENUES A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS PENDANT L'ANNÉE 1873.

221. Vézeau de Lavergne. Étude pratique sur la pathogénie des hydropisies aiguës *à frigore*, sans albuminurie.

222. Froustey. De la tarsalgie, et principalement de ses symptômes et de son traitement.

233. Henszel. Quelques considérations sur le diastasis traumatique de la colonne vertébrale.

224. Breau. Parallèle entre la lithotritie par les voies naturelles et la lithotritie périnéale.

225. Gorez. Quelques particularités de la pneumonie lobaire chez les enfants.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Prix Aubanel. — La Société médico-psychologique de Paris décernera au mois d'avril 1875, le prix Aubanel, de la valeur de 2,400 francs, à l'auteur du meilleur mémoire sur la question suivante :

« Des troubles de la sensibilité générale dans les diverses variétés du délire mélancolique, et plus spécialement dans le délire hypochondriaque et dans le délire des persécutions. »

Les concurrents devront surtout rechercher l'influence que ces troubles peuvent exercer sur la genèse et sur la forme du délire.

Les mémoires écrits en français porteront une épigraphe, reproduite dans un pli cacheté renfermant le nom et l'adresse de leur auteur.

Ils devront être adressés, avant le 31 décembre 1874 (terme de rigueur), à M. le docteur Motet, secrétaire général de la Société médico-psychologique, rue de Charonne, 161, à Paris.

Les membres titulaires sont seuls exclus du concours.

— *École de médecine de Grenoble.* — M. le docteur Bisch, suppléant pour les chaires d'anatomie et de physiologie, est attaché, en la même qualité, aux chaires de médecine proprement dites.

— On mande de New York au *Daily Telegraph*, le 23 juillet, que le choléra sévit dans le nord du Missouri.

— Dans le cours d'une seule année, en Irlande, il a été délivré dans les dispensaires des prescriptions médicales à 581,224 malades, et 203,200 autres ont reçu la visite du médecin à leur domicile. Le coût des secours médicaux ainsi administrés s'est élevé à 123,000 livres sterling. Aujourd'hui, la population de l'Irlande est d'environ

5,500,000 âmes, et l'on peut évaluer celle de la ville de Londres avec ses faubourgs à 4 millions.

Ainsi, en supposant que les secours médicaux soient établis dans cette ville comme en Irlande et que la dépense soit dans le même rapport que la population, cette dépense serait pour la ville de Londres de 89,450 livres, soit, à raison des prix plus élevés, de 100,000 livres.

Les dispensaires ont été établis dans la capitale en vertu du bill de M. Cathorne Hardy, qui est devenu loi en 1867.

Les revenus des hôpitaux de Londres, y compris les asiles d'aliénés, s'élèvent à 607,141 livres sterling par an.

— Nous apprenons la mort de M. Mériadec Laennec, docteur en médecine, ancien chef de clinique à la Faculté de médecine de Paris, ancien président du Conseil général de la Loire-Inférieure, maire de la Chapelle-Basse-Mer, décédé le 3 juillet 1872, à sa terre de la Mazure, commune de la Chapelle-Basse-Mer, dans sa soixante-seizième année.

— La Société de médecine de Paris tiendra sa prochaine séance le samedi 9 août 1873, 3, rue de l'Abbaye, à trois heures et demie très-précises.

Ordre du jour : 1° Lecture du procès-verbal de la précédente séance ; — 2° Continuation de la discussion sur les procédés nouveaux de trachéotomie ; — 3° D'une variété insolite de loupe du cuir chevelu, par M. Gillette ; — 4° Vote sur la candidature de M. Oulmont au titre de membre honoraire ; — 5° Vote sur la candidature de M. Abadie au titre de membre titulaire ; — Rapport de M. Boinet sur la candidature de M. Gallez, chirurgien de l'Hôtel-Dieu du Châtelet (Belgique), au titre de membre correspondant.

Le Directeur : Dr E. Le Sourd.

Paris.— Typographie A. Pougin, quai Voltaire, 13.

N° 92. — SAMEDI 9 AOUT 1873. 46e ANNEE. SAMEDI 9 AOUT 1873. — N° 92.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Bureaux : 57, rue des Saints-Pères, 57
PRÈS L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix d'abonnement doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

On s'abonne hors de Paris dans les bureaux des Messageries et chez les Libraires
Les lettres non affranchies sont refusées.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui n'en peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS : Trois mois. . 8 fr. 50 c. — Six mois. . . 16 — — Un an. . . . 30 —

POUR L'ÉTRANGER le port en sus suivant les derniers tarifs des Postes.

REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE

LES POINTS DE CÔTÉ

La névralgie intercostale de l'embarras gastrique.

Durant cette dernière semaine, nous avons encore eu l'occasion d'observer plusieurs cas d'embarras gastriques, qui tous étaient accompagnés de névralgie intercostale.

Mais chez ces malades la névralgie n'avait pas cette intensité qui, chez d'autres, la rend semblable au point de côté de la pleurésie. Elle était à peine marquée en dehors de toute pression ; il fallait la chercher, mais alors on trouvait les trois points caractéristiques, y compris le point latéral, situé vers le milieu de l'espace affecté.

Nous avons dit précédemment que la névralgie intercostale de l'embarras gastrique pouvait également revêtir l'une ou l'autre de ces deux formes :

1° Celle qu'accuse le malade, qui gêne la respiration, qui peut faire croire à quelque affection intra-thoracique par son extrême ressemblance avec les points de côté de la pleuro-pneumonie.

2° Celle qui passerait facilement inaperçue si le médecin, averti, ne la cherchait pas, car la douleur ne devient vive que si l'on exerce une pression au niveau des points douloureux.

La première forme est la moins fréquente, mais c'est la plus importante à connaître pour le praticien, car c'est elle qui pourrait surtout donner lieu à des erreurs de diagnostic.

C'est à elle que se rapportent les nouvelles observations que M. le docteur Dieu, médecin-major de la garde républicaine, nous a communiquées dans les termes suivants :

« Je prends la liberté de vous écrire cette lettre pour venir confirmer pleinement, dans votre estimable journal, les observations que vous avez consignées, dans les derniers numéros de la *Gazette des Hôpitaux*, sur la névralgie intercostale venant compliquer l'embarras gastrique.

« Ayant eu l'occasion d'observer, cet été, un assez grand nombre d'embarras gastriques, maladie très-fréquente chez les militaires, j'avais été frappé de la quantité de malades se plaignant de douleurs de côté. Plusieurs fois même, j'avais été conduit ausculter ces hommes, tant le point pleurétique était évident ; mais, contre mon attente, je ne trouvais absolument aucune lésion dans les organes thoraciques.

« Depuis la publication de votre travail, c'est-à-dire depuis le 22 juillet, j'ai eu l'occasion d'observer quatre nouveaux cas, qui viennent pleinement confirmer les assertions que vous avez émises à ce sujet.

« Voici le résumé de ces observations :

« 1° M. X..., capitaine, d'une bonne santé habituelle, mais sujet à des attaques de rhumatisme, était atteint d'une angine légère, et sans appétit depuis quelques jours, lorsque, dans la nuit du 29 juillet, il est pris d'une violente douleur au-dessous du teton gauche, douleur qui était assez aiguë pour rendre la respiration très-pénible, et pour amener de l'anxiété précordiale.

« Il me fait aussitôt appeler, très-inquiet de sa situation, croyant avoir une affection aiguë du cœur ou du poumon. J'examine avec attention la poitrine, et je constate que les organes thoraciques sont parfaitement sains. Langue blanche, saburrale, perte d'appétit, nausées, rougeur du fond de la gorge, léger mouvement fébrile. La région douloureuse est sensible à la pression, surtout en arrière, au niveau de la gouttière vertébrale et en avant, un peu au-dessous du teton gauche. Je diagnostique un embarras gastrique fébrile, avec névralgie intercostale, et je rassure pleinement mon malade sur la gravité de son état. Prescription : ipéca stibié et application de sinapismes sur la région douloureuse.

« Le lendemain, le mieux se fait déjà sentir ; la respiration n'est plus anxieuse. J'ordonne pour les jours suivants de l'eau de Pulna tous les matins, et aujourd'hui cet officier est presque entièrement rétabli.

« 2° Les trois autres cas sont relatifs à des hommes de la première légion de la garde républicaine ; leurs observations sont tellement semblables aux vôtres que je crois inutile de les rapporter tout au long. Il me suffira de dire que la maladie se caractérisait par tous les signes de l'embarras gastrique fébrile, avec douleur assez violente du côté gauche du thorax. Sous l'influence d'un vomitif, le premier jour, d'un purgatif salin le lendemain et d'un révulsif sur la poitrine, l'affection cédait rapidement, ne laissant qu'un peu de faiblesse qui empêchait ces militaires de faire leur service pendant trois ou quatre jours.

« Je suis persuadé que beaucoup de confrères auront rencontré des cas semblables depuis que vous avez appelé l'attention sur ce point particulier de l'histoire de l'embarras gastrique. Je

dois dire cependant que tous les cas qui se sont présentés à mon observation n'offraient pas le symptôme névralgique ; je pourrais même évaluer à la moitié des cas le nombre de ceux où ce symptôme a fait défaut. Mais ici, bien entendu, je ne parle que de mémoire, et dorénavant, mon attention étant éveillée, il est possible que je trouve plus souvent la douleur de côté coïncidant avec l'embarras gastrique.

« Je finis cette lettre, beaucoup trop longue, en m'associant entièrement à vos idées émises sur la prédominance de certains symptômes suivant les constitutions épidémiques, et je me demande si ce que nous remarquons cette année a été méconnu par nos devanciers, ou si ce phénomène pathologique est un fait de constitution médicale particulier à l'année 1873, et au milieu dans lequel nous observons. »

Ainsi, cette année, parmi les cas d'embarras gastrique que M. Dieu avait observés avant que son attention n'eût été appelée sur la névralgie intercostale concomitante, moitié environ avaient présenté cette névralgie sous sa forme la plus aiguë, sous celle qui simule le point de côté pleuro-pneumonique. Bien entendu, la névralgie ne pouvait être alors recherchée chez les autres malades, puisqu'il aurait fallu la soupçonner d'avance chez ceux qui ne s'en plaignaient pas.

Or, il s'est trouvé que, depuis le jour où la forme la moins pénible n'eut plus passé inaperçue, tous les malades, au nombre de quatre, qu'a examinés M. Dieu, accusaient cette névralgie sous sa forme la plus intense et la plus rare.

Ce sont encore là des hasards de statistique.

Les observations de M. Dieu sont d'autant plus intéressantes que, comme la première série des miennes, elles ont été recueillies sur des hommes, que personne ne songera à comparer aux femmes hystériques, puisqu'il s'agit de soldats d'élite, de la garde républicaine.

Le siege de la névralgie était à gauche chez les quatre malades que notre distingué confrère a dernièrement étudiés. Il était le plus souvent à gauche (et de beaucoup) chez les malades de ma première série ; mais je l'ai cependant trouvé assez souvent à droite pour qu'il ne soit pas possible de dire de ceux qui sont atteints d'un embarras gastrique ce que M. Peter dit des anémiques, dans ses remarquables leçons cliniques actuellement en cours de publication :

« ... Quelque soit le siége primitif du mal, la névralgie intercostale de l'anémie est toujours à gauche ; de telle sorte que, si elle existe à droite, on est autorisé à en rechercher l'origine dans la maladie d'un organe situé de ce côté (plèvre, poumon ou foie)... »

Du reste, même en ce qui concerne les névralgies des anémiques, cette formule de M. Peter nous semble un peu trop absolue, et, dans sa dernière partie, elle traduit une tendance un peu exagérée à soupçonner derrière le symptôme douleur une névrite par propagation d'inflammation avoisinante.

PROMENADE DANS LES HOPITAUX

—

LES POINTS DE CÔTÉ

Les douleurs de la névrite du nerf phrénique, etc.

Cette tendance à voir dans les douleurs le résultat d'un processus inflammatoire est plus naturelle sans doute chez M. Peter que chez tout autre, car c'est lui qui le premier a parfaitement décrit tout l'ensemble symptomatique d'une névrite par propagation, celle du nerf phrénique dans les affections du péricarde ou de l'aorte.

L'aortite, la péricardite peuvent naturellement influer sur les nerfs qui sont accolés à l'aorte et au péricarde. C'est ainsi que M. Lancereaux, pièces en mains, a expliqué en certains cas l'angine de poitrine par une lésion inflammatoire de l'aorte ayant rayonné sur les nerfs du plexus cardiaque.

Le nerf phrénique se trouve, par sa situation même, au moins aussi sujet que le plexus cardiaque à des névrites de ce genre, névrites qui se traduisent, comme les névralgies, par un ensemble de points douloureux sur le trajet du nerf malade.

Ces points douloureux, on peut les étudier en ce moment sur un malade atteint d'une affection du cœur et de l'aorte, dans le service de M. Lancereaux.

Il en existe d'abord à la région cervicale, lorsqu'on comprime le nerf phrénique en avant du scalène antérieur, sur les parties latérales du cou, puis vers toutes les insertions costales du diaphragme, lorsqu'on presse sur elles, et dans le corps même du diaphragme, lorsqu'on le refoule de bas en haut par une pression exercée sur l'abdomen.

Ceci appartient exclusivement au nerf phrénique. D'autres phénomènes douloureux qui coexistent chez ce malade, se rapportent plutôt au plexus cardiaque.

De pareils faits ne sont pas très-rares. Si même on veut joindre aux névrites proprement dites les névralgies du nerf phrénique et du plexus cardiaque, on pourra dire qu'il s'agit là d'affections communes, méconnues jusqu'à présent, que M. Peter a eu le mérite de voir, de décrire et de faire entrer définitivement dans le cadre nosologique par une série de leçons, qui sont peut-être les plus originales de son savant ouvrage.

Que maintenant il se soit laissé entraîner un peu au delà des justes limites par une généralisation excessive de théories, qu'il avait basées sur des faits, il fallait presque s'y attendre.

Les leçons sur les *points de côté*, au nombre de cinq dans l'ouvrage de M. Peter, y occupent une place relativement assez considérable ; et la névralgie y disparaît presque devant la névrite.

Les points de côté des pneumoniques, des pleurétiques, des phthisiques seraient toujours le résultat de névrites par propagation, et les névralgies sans névrite (sauf la névralgie sous-mamelonnaire gauche de l'anémie) seraient si rares, que M. Peter n'hésite pas à écrire les passages suivants :

« En principe, une douleur aussi vive et fébrile des premiers espaces intercostaux, cela veut dire névrite ; cette névrite elle-même signifie pleurésie des sommets, et cette pleurésie des sommets signifie tuberculisation pulmonaire... »

« C'est parce que cette douleur des sommets de la poitrine a une haute signification, c'est parce qu'elle est *invariablement*, sinon toujours, liée à la tuberculisation du sommet des poumons, qu'elle nous a conduit à la rechercher et à la découvrir dans un de ces cas où d'ordinaire on ne la soupçonne guère... »

Et ailleurs :

« Par tout ce que nous avons vu de sa raison pathogénique, la douleur des sommets de la poitrine est un des faits les plus nécessaires de la tuberculisation pulmonaire. Il s'ensuit qu'elle en est un des symptômes les plus constants, et, par là, un des signes les plus probants ; fiez-vous-y donc... »

Il s'y fie si bien, pour sa part, que, pour montrer quelle est sa confiance dans ce signe, *qui*, selon lui, *ne l'a jamais trompé*, il rapporte une consultation qu'il avait basée sur lui seul.

« C'est pour toutes ces raisons, dit-il, que constatant ces douleurs aux deux premiers espaces intercostaux droits (fosses sus et sous-épineuses) chez une dame de province pour laquelle je devais donner une consultation motivée, je disais au distingué confrère chargé de la soigner : « Je ne trouve pas de matité à « la percussion du sommet droit et il n'y a pas de signes pro- « bants à l'auscultation ; mais cette douleur siége : 1° *à droite* « et non pas à gauche, comme la névralgie intercostale sympto- « matique de la chloro-anémie ; 2° *au sommet*, et non pas au « quatrième ou cinquième espace intercostal, comme il est con- « stant pour cette dernière névralgie ; mais la respiration est « plus faible qu'à gauche, au lieu d'y être plus intense, comme « cela est physiologiquement nécessaire. En conséquence, je « crois qu'il importe de réserver l'avenir et de ne pas nier abso- « lument la tuberculose. »

La tuberculose ne se développa pas et ne fut jamais constatée chez cette dame ; mais M. Peter n'en tient pas moins à son diagnostic, et il continue en ces termes :

« Or, cette dame a un frère qui lui ressemble remarquablement, non-seulement par la figure, mais aussi par les aptitudes physiologiques, et ce frère, qui mène à Paris la vie anti-hygiénique de certains jeunes gens riches, est devenu depuis aussi tuberculeux qu'on peut l'être. De sorte que je ne doute guère, quant à moi, que si la sœur, au lieu de vivre l'hiver à Limoges, dans son vieil hôtel aux spacieux appartements, et l'été dans son château plus vaste encore, vivait à Paris dans un de ces petits hôtels aussi coquets qu'insalubres, la tuberculisation se serait développée chez elle comme chez son frère, dont elle est le Sosie féminin. »

Pour nous qui avons vu souvent cette névralgie intercostale des sommets chez des clients que nous avons suivis pendant longtemps, et qui, bien que menant la vie antihygiénique de Paris, ne sont jamais devenus tuberculeux, la conclusion de M. Peter nous paraît un peu hasardée.

Non, les névralgies qui ne siégent pas dans le quatrième ou cinquième espace intercostal gauche ne sont pas toutes ou à peu près le résultat de névrites par propagation.

Non, il ne faut pas ainsi chercher presque toujours dans les connexions des nerfs intercostaux avec la plèvre et de celle-ci avec le poumon, dans une pleurésie symptomatique ou idiopathique, l'origine des points de côté qui sont accusés par des malades non anémiques.

L'histoire de la névralgie intercostale de l'embarras gastrique nous a fourni un bel exemple du contraire. Nous en donnerons d'autres.

M. Peter a le sens trop médical, l'esprit d'observation critique trop développé, son ouvrage est trop intéressant à tous les points de vue, pour qu'on ne soit pas heureux de trouver l'origine de ces petits défauts dans la découverte d'une affection, qu'on peut aller observer notamment chez le malade de M. Lancereaux.

D[r] VICTOR REVILLOUT.

LUXATION DE LA PHALANGETTE DU POUCE EN ARRIÈRE

DÉCHIRURE ÉTENDUE DES PARTIES MOLLES

Par le D[r] Fleys (d'Aurillac).

M. G..., employé des contributions indirectes, a passé la cinquantaine.

Le 22 octobre 1872, il glissa sur un trottoir, essaya de se retenir au mur voisin, le long duquel glissa sa main étendue, et finalement fit une chute ; le pouce droit vint appuyer violemment sur le sol, dans l'extension.

Il se releva la main ensanglantée, portant au pouce une blessure grave, et se rendit dans une pharmacie pour se faire panser. Vu la gravité de la blessure, le pharmacien se contenta de nettoyer la plaie et la main par des affusions d'eau froide et engagea M. G... à se rendre chez un médecin.

A l'examen, le pouce droit de M. G... présente une désarticulation incomplète de la phalangette. Celle-ci est complétement renversée en arrière; les deux faces articulaires, à nu, sont sur un même plan ; les ligaments latéraux de l'articulation ne tiennent que par quelques filaments. Le fléchisseur est rompu, et les parties comme déchiquetées sur les deux tiers de la circonférence du doigt. La peau a cédé dans le sillon articulaire palmaire ; la déchirure envoie un prolongement vers la racine du doigt, à la partie palmaire externe. La plaie a saigné et saigne encore abondamment. La sensibilité de la pulpe du doigt est nulle et persistera quelque temps.

La plaie nettoyée, la réduction est obtenue sans difficulté. Les parties molles sont affrontées et maintenues par des bandelettes étroites d'un taffetas très-agglutinatif. Un fourreau de sparadrap protége ce pansement, et le tout, enveloppé de compresses d'eau froide fréquemment renouvelées. Le repos absolu est recommandé.

Le lendemain 23 gonflement, chaleur, couleur violacée de l'extrémité du doigt. Je relâche quelques bandelettes qui me paraissent exercer une compression nuisible.

Les jours suivants, 23, 25 et 27, fièvre, inappétence, malaise et douleurs noctures. Vers la blessure, gonflement léger. Vers la main et le bras, traînées lymphatiques. Cataplasmes sur la main et le bras. Purgation.

Ces symptômes cèdent rapidement. Le 30, en changeant le pansement souillé de pus, je m'aperçois qu'une partie de la plaie extérieure est réunie par première intention, et que deux trajets étroits fournissent seuls un léger suintement de liquide filant mêlé de pus. Le doigt est toujours fortement gonflé ; l'extrémité toujours violacée.

Du 2 au 15 janvier, ces symptômes vont en s'amendant.

Le 20, les deux trajets fistuleux sont fermés ; il ne reste que du gonflement et un peu de sensibilité. Par suite de tentatives modérées de flexion, ou peut-être parce que les surfaces articulaires sont encore malades, un des trajets fistuleux se rouvre le 26 et fournit quelques gouttes de pus.

Le 2 février, tout va pour le mieux, et comme, en somme, l'ankylose est le meilleur moyen d'éviter la production de nouveaux inconvénients, qu'elle est probablement inévitable et du reste peu gênante, je recommande au malade de ne plus tenter de mouvements de flexion et de laisser au doigt le repos le plus complet.

Le 13 fevrier, le doigt est débarrassé de tout empâtement, et à part l'impossibilité de la flexion et la cicatrice linéaire qu'il présente, il ressemble exactement à son congénère.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Séance du 8 mars 1873. — Présidence de M. LUNIER.

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

CORRESPONDANCE MANUSCRITE

1° M. de Saint-Germain remercie la Société de l'avoir nommé membre titulaire ;

2° M. Chéron pose sa candidature et demande un tour de lecture.

M. LE PRÉSIDENT offre à la Société le premier numéro du journal *la Tempérance*, bulletin de l'Association française contre l'abus des boissons alcooliques.

M. BÉDOIN adresse : 1° son rapport fait à la Société de médecine de Rouen sur le *Bulletin de la Société de médecine de Paris* 1870-1871; 2° la description de son brancard-lit.

DISCUSSION

Sur la syphilis vaccinale.

M. PETER. Je tiens à dire quelques mots à propos du remarquable rapport de M. Aimé Martin sur le travail de M. Bédoin.

Contrairement à l'auteur, je crois, comme M. Aimé Martin, que les cas de syphilis dont il nous a envoyé l'étude sont bien des cas de syphilis vaccinale. Seulement, ici comme toujours en pareil cas, on a inoculé la vaccine avec la lymphe vaccinale, et la syphilis avec le sang pris par mégarde sur la lancette.

On ne peut ici invoquer l'immunité de tous les sujets qui ont été revaccinés le même jour avec le même vaccinifère, attendu qu'on peut comprendre qu'un seul individu, dans toute la série, ait été revacciné accidentellement avec du vaccin mêlé de sang. De plus, en supposant que la syphilis ait été contractée autrement, comment se fait-il que les manifestations syphilitiques se soient produites précisément au niveau des pustules vaccinales.

Pour moi, dit M. Peter, la pustule vaccinale peut être considérée comme un *organisme* spécifique dont le produit n'est que de la lymphe vaccinale pure, laquelle, inoculée, ne peut donner que la vaccine, et cela même chez un sujet syphilitique.

D'un autre côté, le sang d'un syphilitique contient en soi le germe syphilitique, et, inoculé, il donne la syphilis. Ce sang syphilitique, qui charrie tout ce que l'organisme a de virtuel, le communique au sperme et à l'ovule, et transmet ainsi des qualités ou des défauts, organiques ou diathésiques (syphilis ou autres) : c'est l'hérédité.

Pour M. Peter, rien ne lui semble plus facile à concevoir, étant connues les propriétés virulentes des liquides à dose même infinitésimale, et les propriétés contagieuses du sang syphilitique, si bien démontrées par les observations de l'école de Lyon, citées par M. Viennois et par les expériences de Pellizari.

M. CHARRIER. Je ne puis admettre que la femme soit infectée par l'enfant et non directement par le mari. Il y a des observations publiées par Cullerier, M. Notta et moi, qui sont tout à fait concluantes contre l'opinion de M. Peter.

M. PETER. A l'appui de mon dire, je vous citerai le fait suivant.

Un confrère eut la syphilis en 1857; chancre induré, etc. Il se maria en 1860, se croyant bien guéri. Sa femme devint grosse presque de suite, et au cinquième mois de sa grossesse, elle avait une roséole et des plaques muqueuses aux grandes lèvres. L'enfant vint au monde syphilitique et mourut. Le mari, pour toute manifestation de la syphilis, avait un peu de psoriasis palmaire, mais rien aux parties génitales.

M. CHARRIER. Ce fait, pour moi, ne peut venir à l'appui des idées de M. Peter; car le psoriasis palmaire s'accompagne souvent de fissures qui peuvent contaminer. Ainsi, dans le fait de M. Cullerier, un enfant est subitement atteint de plaques muqueuses aux lèvres. On recherche l'origine, et on finit par découvrir que l'oncle, qui vient souvent à la maison, a du psoriasis palmaire syphilitique; et toutes les fois que l'oncle venait dans la famille avec sa canne, l'enfant allait la lui prendre et en portait la poignée à ses lèvres. Ainsi dans le fait de M. Peter, le mari a parfaitement pu transmettre la syphilis à sa femme par son psoriasis palmaire.

Dans un cas curieux que j'ai pu suivre de près, le mari ayant des plaques muqueuses à l'anus et rien à la verge, je le préviens de prendre toute espèce de précautions. Il suit mes avis. Sa femme devient enceinte. La femme n'a jamais rien eu, et l'enfant naquit indemne de vérole et n'a jamais présenté la moindre manifestation syphilitique.

M. DUROZIEZ. J'ai vu un mari qui, croyant avoir un clou à la lèvre lorsque c'était un chancre, vit sa femme. Au troisième mois de grossesse, celle-ci fut prise de roséole légère; l'enfant naquit syphilitique, et je le soigne depuis plusieurs années avec l'iodure de potassium, qui réussit assez bien contre les accidents qui se succèdent.

M. DELASIAUVE. Je demanderai s'il est nécessaire qu'il y ait des accidents locaux pour qu'il y ait transmission.

Il cite le fait d'une dame, qu'il conduisit chez Cullerier neveu, il y a de longues années. Elle présentait des douleurs ostéoscopes violentes, et, sur certains points des indurations exostotiques, jugées par le médecin du Midi comme de nature vénérienne. Le mari, ancien soldat, avait eu, antérieurement à son mariage, des affections syphilitiques, dont depuis longtemps il ne conservait aucune trace.

M. AIMÉ MARTIN. J'appuie l'opinion de M. Peter, car il y a quelquefois des cas de transmission de la vérole héréditairement, dans lesquels on voit se développer la maladie chez des sujets de dix à vingt ans, sans qu'on trouve trace de la voie par laquelle ils ont pris la syphilis. Dans ce cas la source doit en remonter au père.

M. DE RANSE. Nos confrères, MM. Aimé Martin et Peter, considèrent la pustule vaccinale comme un petit organisme sécrétant le vaccin, lequel vaccin, s'il est pur de tout mélange avec le sang, ne peut communiquer par l'inoculation autre chose que la vaccine. C'est là une théorie généralement admise, surtout depuis la dernière discussion qui a eu lieu devant l'Académie de médecine, mais j'avance que je ne puis l'accepter sans quelque réserve.

Les recherches de M. Chauveau nous ont appris que les éléments actifs des liquides virulents sont des corpuscules figurés.

D'un autre côté, suivant les recherches de Cohnheim, confirmées par la plupart des physiologistes et des histologistes, les leucocytes ont la propriété de traverser les parois vasculaires et d'émigrer dans les tissus.

Il est permis de conclure de ces deux ordres de recherches que les éléments figurés de la lymphe vaccinale viennent simplement du sang après une migration semblable à celle des leucocytes. Or, s'il en est ainsi, on comprend peu que le sang soit virulent et que la lymphe vaccinale ne le soit pas.

Si le sperme, comme l'admettent MM. Aimé Martin et Peter, peut communiquer la syphilis, il doit en être de même de la lymphe vaccinale, qui est sécrétée par un petit organisme que constitue la pustule vaccinale, comme le sperme est sécrété par le testicule.

M. FORGET fait remarquer que la démonstration citée par M. Peter à l'appui de son opinion sur l'innocuité du vaccin pris sur un syphilitique, n'est pas assez bien établie pour que l'on puisse l'accepter sans contrôle.

Il est difficile, en effet, de croire que la pustule vaccinale développée sur un enfant atteint de syphilis, ne participe pas de la viciation spécifique dont est imprégné l'organisme du sujet.

La pustule elle-même constitue un produit épigénésique, qui, pour naître, se développer et produire le liquide de sécrétion vaccinale, exige entre lui et l'organisme au sein duquel il a pris naissance, une relation intime de vascularisation et de vitalité.

Or, il est physiologiquement admissible que, par suite de cette communauté vasculaire, le liquide de sécrétion vaccinale ait puisé dans l'organisme syphilitique le principe virulent; et, pour ma part, je considère comme très-dangereux l'usage d'un vaccin né dans de telles circonstances.

Les enfants de dix à seize ans cités par M. Aimé Martin comme ayant eu la vérole, peuvent très-bien avoir été contaminés directement.

M. PETER. Pour moi, les travaux de M. Viennois (de Lyon) prouvent que toutes les fois qu'il y a inoculation de la syphilis par la vaccination, dans tous les cas, on a vacciné avec un liquide mêlé de sang. Et il est curieux de voir le premier malade de M. Bédoin affirmer que la lancette avec laquelle il a été vacciné était chargée de sang. Malgré mon opinion, à ce sujet, je ne vaccinerai jamais avec du vaccin pris sur un sujet syphilitique.

M. AIMÉ MARTIN. Je tiens à appuyer les opinions émises par M. Peter. Pour cela, je rappellerai les expériences remarquables consignées dans la thèse de M. Delzenne, et je citerai le fait suivant : Un interne de la Pitié voulant faire des expériences, avait recueilli un certain nombre de tubes de vaccin sur un sujet syphilitique; un de ses amis trouvant ces tubes, les prit sans en demander la provenance, et vaccina avec leur contenu toute une famille : père, mère et enfants. Aucun des vaccinés n'eut la syphilis.

M. DUROZIEZ. Je crois devoir faire remarquer que souvent on ne prend pas assez de précautions en vaccinant. On ne nettoie pas la lancette après chaque vaccination.

M. ANTONIN MARTIN. J'ai fait de nombreuses vaccinations dans l'armée sans prendre beaucoup de précautions, et jamais je n'ai inoculé la vérole. Mais il m'est arrivé deux fois ceci :

1° J'avais un vaccinifère atteint d'ecthyma, et le sujet vacciné fut atteint, après sa vaccination, d'ecthyma ;

2° Dans le second cas, j'ai vu un impétigo transmis de la même façon.

M. DE RANSE. Je connais les faits rappelés par M. Aimé Martin, de même que tous ceux qui ont été produits dans la discussion académique. J'avoue que la plupart de ces faits donnent raison à la théorie défendue par notre collègue. Mais je crois que ces faits sont encore trop peu nombreux pour qu'on admette désormais comme une vérité démontrée, absolue, que la lymphe vaccinale puisse ne jamais donner la syphilis. L'inoculation de la vérole par le sang est déjà assez rare ; que celle qui peut avoir lieu par le vaccin soit plus rare encore, je ne le nie pas ; mais que cette inoculation soit impossible, c'est, je le répète, ce qui n'est pas suffisamment prouvé et ce qu'il est dangereux, jusqu'à nouvel ordre, de professer. Je maintiens donc mes réserves.

(*La discussion sera continuée.*)

Observation de corps étranger du lobule de l'oreille. — M. DE SAINT-GERMAIN. Messieurs, je vous demande la permission de vous entretenir d'un fait pathologique d'assez peu d'importance, si l'on considère son absence de gravité et la simplicité des moyens thérapeutiques employés, mais offrant un certain intérêt au point de vue de sa rareté et de la difficulté d'expliquer son mécanisme.

Le 21 février au soir, je fus mandé près de la fille d'une de mes clientes. Le cas était, disait-on, des plus urgents, et nécessitait une prompte intervention. Je fis toute diligence, et à mon arrivée, je constatai les faits suivants : la malade (une jeune fille de dix-neuf ans) souffrait de l'oreille droite, et le mal avait pour cause une boucle d'oreille incarnée, si je puis ainsi m'exprimer. Le lobule de l'oreille malade était, en effet, rouge, tendu, luisant, douloureux. La face externe offrait, à considérer à son centre, un brillant exactement enchâssé ou mieux [illegible] ment communiqué à ce bouton provoquait de vives douleurs, surtout lorsqu'on tentait de le soulever et de découvrir son pédicule. La face interne du lobule, plus tendue encore et plus turgescente que l'externe, ne présentait au premier abord aucune solution de continuité ; mais, après une investigation plus minutieuse, on arrivait à constater à son centre un très-petit orifice noirâtre, et pouvant tout au plus livrer passage à un stylet de la plus petite dimension.

Comment le bouton de brillant se trouvait-il ainsi fiché dans le lobule, c'est ce que je cherchai tout d'abord, et pour ce faire, j'étudiai la boucle d'oreille du côté gauche, c'est-à-dire du côté sain.

Ici, permettez-moi, messieurs, pour me faire mieux comprendre, d'ouvrir une parenthèse relative aux boucles d'oreilles. Nous connaissons tous la boucle classique, constituée par une anse métallique traversant le lobule perforé et se reliant à une pendeloque. Cet antique système accusé de causer ou l'arrachement ou la section du lobule à la suite de tractions plus ou moins brusques, a été depuis quelque temps déjà remplacé par des boucles en forme de mors de serres-fines pinçant le lobule non perforé et s'y maintenant suspendues à l'aide d'une pression continue.

Adoptée durant quelque temps, cette disposition si simple avait pour inconvénient, d'une part, la pression souvent insupportable que déterminait la constriction continue ; d'autre part, la perte fréquente de la boucle. Aussi, lui a-t-on substitué le système que j'observai chez ma cliente, et que je vais vous décrire brièvement : le lobule perforé est traversé d'outre en outre par une tige munie d'un pas de vis extrêmement fin. Cette tige, terminée en dehors par un bijou quelconque, reçoit à la partie interne une véritable virole plate, que l'on peut à volonté rapprocher ou éloigner de la peau. Le lobule se trouve par le fait compris entre les deux surfaces, le bouton d'une part et de l'autre la virole. Je ferme ici la parenthèse et je reviens à mon sujet.

La malade m'affirmait que depuis quatre jours elle avait absolument perdu de vue la virole interne et que, depuis ce moment, elle souffrait.

J'avoue qu'au premier abord je ne crus pas à l'incarnation de cette virole et que je pensai qu'elle s'était détachée et perdue à l'insu de la malade elle-même. Un fait me démontra bientôt mon erreur. Je veux parler de la fixité du bouton de diamant qui était évidemment maintenu en place par un corps étranger situé dans le lobule lui-même. Je cherchai à constater l'existence de ce corps étranger. Je fis quelques pressions latérales sur le lobule dans le but d'expulser s'il était possible la virole renfermée, et je constatai alors quelques gouttes de pus se faisant jour par l'orifice plus haut décrit, puis une petite pointe métallique appartenant évidemment à la tige traversant l'oreille. Cette exploration fut, du reste, assez imparfaitement supportée par la malade, qui me demandait tout naïvement si je n'avais pas un instrument fait pour dévisser ces choses-là. Il était tard ; j'étais mal éclairé ; je remis l'opération au lendemain, et je fis tout simplement appliquer un cataplasme sur le point malade. Le lendemain, je revins et je procédai à l'extraction.

Comme, d'une part, l'oreille était fort douloureuse et que, d'autre part, on paraissait craindre quelque peu le chloroforme, je me déterminai à employer l'anesthésie locale. Je fis tenir au-dessous du lobule une cuiller à soupe, et je la remplis d'un mélange de sel et de glace pilée, au milieu duquel la partie malade resta plongée trois minutes environ. J'introduisis alors la pointe d'un bistouri à lame très-étroite dans l'orifice que j'ai signalé plus haut et le long de cette petite tige dont la pointe seulement paraissait à l'extérieur, puis, arrivé sur la virole et arrêté par elle, je fis une très-petite incision s'arrêtant à sa circonférence. Cette incision représentait exactement le rayon de ladite virole. Cela fait, je pus introduire au-dessous de ce bord ainsi découvert un des mors d'une pince à artères. Je fixai le corps étranger et lui imprimai quelques mouvements de va-et-vient qui, aidés de pressions sur les bords de la moitié d'abord, puis la totalité du petit disque métallique. Il me fut alors facile de fixer solidement d'une part le bouton de brillant, puis, d'abord à l'aide de la pince, ensuite avec mes doigts, de dévisser la virole, et enfin cette opération faite, de retirer la tige et le bouton. Une inflammation très-vive se manifesta à la suite de cette opération, et le lendemain même je n'étais pas sans quelque inquiétude relativement à l'érysipèle. Heureusement il n'en fut rien, et trois jours après la malade était complétement guérie.

Ainsi que je le disais en commençant, cette observation ne présente quelque intérêt qu'en raison de la grande rareté du cas et de la difficulté d'expliquer la pénétration complète d'un objet relativement volumineux par un orifice extrêmement étroit et fort peu dilatable. La meilleure ou la moins mauvaise explication est, je crois, la suivante : le lobule en question avait été perforé à plusieurs reprises depuis quelques années, et son orifice agrandi probablement par des boucles d'oreilles trop pesantes, avait été tiraillé de manière à présenter une véritable petite fente. Il est possible que la pression déterminée par la tête durant le sommeil ait permis à la virole de s'engager par la moitié de sa circonférence. L'inflammation serait alors survenue, aurait déterminé une turgescence considérable du lobule, et le segment métallique demeuré à l'extérieur aurait fini par se laisser recouvrir et par disparaître tout à fait. Ce qui rendrait peut-être cette explication presque plausible, c'est qu'elle se trouve d'accord avec le dire de la malade, qui a observé la disparition graduelle et progressive du corps étranger.

Note sur un cas de diphthérie communiquée de l'enfant à l'adulte. Déduction pratique. — M. ANTONIN MARTIN. Les épidémies de diphthérie semblent chaque année devenir de plus en plus fréquentes et plus graves. Cette question de la diphthérie n'a

pas fait un grand pas jusqu'ici au point de vue de la thérapeutique; au moins devons-nous, si nous ne pouvons faire mieux, en étudier les causes de propagation et chercher à les prévenir.

Le fait suivant rendra plus évidente encore la nécessité d'éloigner de tout foyer de contagion les personnes atteintes d'affections inflammatoires simples de la gorge ou du larynx.

Je fus appelé le 11 février dernier à donner des soins à l'enfant H..., rue de Bercy, 201. Cette petite fille, âgée de deux ans et demi, était atteinte de diphthérie vulvaire depuis cinq ou six jours, à laquelle les parents n'avaient prêté qu'une médiocre attention. Malgré le traitement le plus énergique, la diphthérie, qui avait dès le jour même envahi les amygdales, le larynx, emporta l'enfant trois jours après; le 14 février elle succombait.

Une voisine, Mme C..., âgée de trente-huit ans, demeurant sur le même carré que Mme H..., l'avait aidée à donner des soins à cette petite fille. Cette dame, enceinte de six mois et demi, était atteinte de laryngite subaiguë depuis un mois.

Le 16 février, elle me fit prier de la visiter. Je constatai une laryngite avec un degré assez prononcé d'enrouement. Rien sur les amygdales ni au pharynx, la malade me dit être enrouée depuis un mois. L'auscultation me révèle des râles sibilants mélangés de râles muqueux aux deux sommets. Loin de penser à une contagion diphthéritique, je songeais à une laryngite rebelle pouvant faire craindre un début de tuberculose.

Je fis appliquer un vésicatoire volant à la base du larynx, des sinapismes aux membres inférieurs.

J'ordonnai un gargarisme astringent, celui de Bennati, qui m'a déjà été très-utile dans les aphonies symptomatiques.

Le soir, je fus rappelé; l'oppression était plus accusée, l'aphonie complète; la malade très-inquiète; pas de diphthérie dans la gorge. Néanmoins, songeant immédiatement à la possibilité d'une contagion diphthéritique, je fis prier notre excellent collègue M. Peter de la visiter avec moi. Le lendemain matin 17 février, à huit heures et demie, les symptômes sont encore plus marqués que la veille, néanmoins, nous ne pouvons nous prononcer encore entre un œdème de la glotte ou un véritable croup. Le traitement est institué en vue de cette dernière affection. [illegible] de potasse, puis de l'eau de chaux médicinale pulvérisée avec l'appareil Siégle. J'insiste en même temps sur les révulsifs. Mais malgré tous mes soins, cette malade succomba dans la nuit du 19 au 20 février, présentant un œdème énorme du cou, ayant conservé jusqu'à la fin l'intégrité de ses facultés intellectuelles.

La fausse couche s'était faite la veille à onze heures du matin; l'enfant, qui ne présentait pas de trace de diphthérie a succombé trois heures après sa naissance.

Un autre enfant de Mme H..., âgé de dix mois, que j'avais fait éloigner aussitôt mon arrivée, alors que j'avais été appelé pour soigner sa sœur, a été rapporté à son domicile le 26 février, atteint également de croup et a succombé le 28, les parents n'ayant pas consenti à tenter la trachéotomie.

L'observation qui précède nous offre un exemple de contagion de croup à l'adulte. On y remarquera : 1° que la diphthérie ne s'est jamais manifestée à l'arrière-gorge; 2° qu'elle a atteint d'emblée le larynx et que cette contagion directe doit avoir été la conséquence de l'affection inflammatoire de cet organe déjà préexistante.

L'inflammation semble avoir été une porte ouverte à la diphthérie, et l'exemple de cette malheureuse femme, victime de son dévouement, alors que la mère des deux enfants restait indemne, doit nous apprendre que si, nous médecins, notre devoir nous astreint à donner des soins à des malades atteints de diphthérie, alors même que nous nous trouvons atteints d'affections inflammatoires de la gorge, nous ne devons pas permettre à des personnes atteintes d'angines ou de laryngites simples de s'exposer à une contagion pour laquelle leur affection semble un terrain tout préparé.

M. PETER. J'admets que cette femme étant atteinte d'angine, était tout à fait dans des conditions favorables pour prendre la diphthérie. Et, à ce propos, je rappellerai le fait de M. Gillette, le père de notre collègue; ayant une grippe, il s'exposa à la contagion, en ramenant lui-même à Paris un enfant atteint du croup et en assistant à la trachéotomie que je fis.

Ainsi, ces conditions de contractibilité morbide sont évidentes; aussi nous devons éloigner des malades diphthéritiques toutes les personnes qui sont atteintes d'affections catarrhales.

M. PETER. Dans la dernière séance, M. Duroziez a voulu déterminer d'une façon précise à quel point du thorax correspond la pointe du cœur. Mais il y a là une première difficulté, c'est de préciser l'espace intercostal. Pour éviter cette cause constante d'erreur dans la pratique, je me sers du mamelon comme point de repère. A l'état physiologique, le cœur bat en dedans du mamelon. Quand le cœur est hypertrophié, le cœur bat en dehors du mamelon.

M. RELIQUET. Mais chez la femme le mamelon n'a point une position fixe.

M. PETER. On peut toujours remettre le mamelon à sa place.

M. DUROZIEZ. J'ai voulu montrer que le cœur bat toujours dans le quatrième espace intercostal. Pour éviter les causes d'erreur, je crois qu'il vaut mieux s'en rapporter à la percussion qu'à la position du battement cardiaque par rapport au mamelon.

M. PETER. Évidemment, il faut percuter l'organe; mais on peut se passer de la percussion quand on constate bien que le cœur bat plus bas et en dehors du point où il bat dans l'état physiologique.

La séance est levée à cinq heures et demie.

Le secrétaire annuel : RELIQUET.

VARIÉTÉS

Traité pratique des maladies des nouveau-nés, des enfants à la mamelle et de la seconde enfance, par E. BOUCHUT, médecin de l'hôpital des Enfants-Malades. *Sixième édition* (1).

Il n'est pas besoin d'insister beaucoup sur l'utilité d'un livre que [illegible] éditions successives ont mis entre les mains de la plupart des médecins. Nous ne voulons que signaler à nos lecteurs la mise en vente de la *sixième édition* assez profondément modifiée et augmentée de plusieurs chapitres.

L'auteur a enlevé beaucoup de figures et d'observations, qui auraient trop grossi le volume, déjà riche de 1,100 pages, et il a ajouté différents paragraphes sur la nature des oreillons; sur les signes ophthalmoscopiques des maladies cérébro-spinales; sur l'endocardite de l'enfance; sur la diphthérite; sur l'hypermégalie musculaire ou paralysie pseudo-hypertrophique, etc.

La science marche vite et se renouvelle en détail. Il faut que l'auteur qui aspire à la confiance de ses confrères, se tienne au courant de tout ce qu'il se fait de nouveau et de bon, et qu'il expérimente, qu'il contrôle et qu'il juge. A ce titre, la sixième édition du *Traité des maladies de l'enfance* de M. Bouchut se présente au médecin comme une œuvre de pratique, épurée de ce que le temps a condamné et enrichie des acquisitions nouvelles de la science la plus récente.

THÈSES

SOUTENUES A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

PENDANT L'ANNÉE 1873.

226. Maljean. Étude critique sur le symptôme fétidité.

227. Biencourt. Considérations sur le traitement des fractures compliquées de plaies; de l'attelle plâtrée postérieure dans les fractures de jambe et de bras.

228. Faucheux. Des caractères essentiels et de l'étiologie des maladies spécifiques.

---

(1) Paris, 1 vol. in-8°. Prix : 16 francs.

229. Pouzergues. De l'ulcère tuberculeux de la langue.

230. Oyon. Recherches sur les causes de la gravité de la rougeole à l'hospice des Enfants assistés de Paris.

231. Roque. 1° De l'inégalité des pupilles dans les affections unilatérales des diverses régions du corps ; — 2° Des dégénérescences héréditaires produites par l'intoxication saturnine lente.

232. Sainte-Colombe. Des fractures du corps du maxillaire inférieur, considérées au point de vue de leurs complications et de leur traitement.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Traité des sections nerveuses : physiologie, pathologie, procédés opératoires, par E. LETIÉVANT, chirurgien en chef désigné de l'hôtel-dieu de Lyon. Paris, 1873. 1 vol. in-8° de XXVIII-550 pages, avec figures intercalées dans le texte. — Prix : 8 francs. — J.-B. Baillière et fils.

Leçons sur la physiologie normale et pathologique du système nerveux, par le docteur GOINCARÉ, professeur adjoint à la Faculté de médecine de Nancy. T. I[er]. Paris, 1873. 1 vol. in 8° de 395 pages, avec figures intercalées dans le texte. — Prix : 5 francs. — J.-B. Baillière et fils.

L'Étudiant micrographe, traité pratique du microscope et des préparations, par ARTHUR CHEVALIER, O. ✻, 1 vol. de 600 pages, 600 figures : 7 fr. 50. — Delahaye, place de l'École-de-Médecine. — Catalogue illustré des microscopes, gratis, chez Arthur Chevalier, Palais-Royal.

Thèses soutenues à la Faculté de médecine de Paris. A. Coccoz, libraire, rue de l'École-de-Médecine, n° 30.

Résumé d'anatomie, par le docteur FORT. — 1 vol. in-32 de 500 pages, avec figures. — Prix : 5 fr.

Le Directeur : D[r] E. LE SOURD.

Paris. — Typographie A. POUGIN, quai Voltaire, 13.

N° 93. — MARDI 12 AOUT 1873. 46e ANNÉE. MARDI 12 AOUT 1873. — N° 93.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Bureaux : 57, rue des Saints-Pères, 57
PRÈS L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix d'abonnement doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

On s'abonne hors de Paris dans les bureaux des Messageries et chez les Libraires. Les lettres non affranchies sont refusées.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui n'en peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS: Trois mois. . 8 fr. 50 c. — Six mois. . . 16 — Un an. . . . 30 —

POUR L'ÉTRANGER le port en sus suivant les derniers tarifs des Postes.

Paris, le 11 août 1873.

SÉANCE DE L'ACADÉMIE DES SCIENCES

Depuis quelque temps déjà les communications qui sont de notre ressort à l'Académie des sciences semblaient avoir pris leurs vacances. Il n'en est rien malheureusement, et l'abondance est telle aujourd'hui que nous serons obligé de renvoyer à notre prochain compte rendu la communication de M. Roux sur l'urée et celle de M. Marey sur le cœur pour nous consacrer entièrement au mémoire, tout d'actualité, du docteur Édouard Fournié sur les *localisations cérébrales et sur les fonctions du cerveau.*

La discussion soulevée par M. Bouillaud sur l'aphasie n'était qu'une édition nouvelle, mais non augmentée, de toutes les discussions qui avaient eu lieu sur ce sujet, et dans un de nos précédents comptes rendus, nous avions émis le vœu que les orateurs, pour la rajeunir, s'inspirassent des travaux de la physiologie moderne. M. Fournié n'a pas voulu attendre qu'on mît ses travaux à contribution ; il a préféré en exposer lui-même les principaux résultats devant l'Académie.

La critique de M. Fournié touchant les localisations et les localisateurs est courte mais topique : « Il ne suffit pas, dit-il, en physiologie, de constater que tel organe remplit telle fonction ; il faut surtout expliquer le mécanisme fonctionnel de cette fonction, car c'est dans cette explication que réside essentiellement tout problème physiologique. Si, depuis plus de quarante ans qu'on connaît plus ou moins la localisation de la parole, à laquelle se rattachent d'une manière éclatante les travaux de M. Bouillaud, on se fût moins préoccupé du fait même de la localisation pour s'attacher à déterminer les éléments anatomiques qui entrent dans le mécanisme fonctionnel de la parole, on aurait reconnu certainement que la *coordination des mouvements de la parole* n'est pas un fait élémentaire que l'on puisse rattacher à un organe déterminé, mais un enchaînement de phénomènes régulièrement produits par le mécanisme fonctionnel du cerveau, et présentant le caractère formel que nous avons assigné à tous les *mouvements intelligents.*

« Cette recherche, dans tous les cas, aurait eu pour résultat de faire connaître les éléments divers qui, bien qu'éloignés des lobes antérieurs, n'en concourent pas moins à la formation de la parole, et l'on aurait eu ainsi l'explication de certains faits, en apparence contradictoires (troubles de la parole coïncidant avec des lésions des lobes postérieurs ou du cervelet), que l'on a invoqués contre la localisation absolue de la parole dans les lobes antérieurs.

La critique que nous venons de formuler à propos de la parole et touchant la localisation de Gall, peut être appliquée à tous les organes de la phrénologie et à tous ceux qui ont imité plus ou moins ouvertement l'illustre réformateur. Cette critique peut être généralisée ainsi : au lieu de déterminer le siége et le rôle fonctionnel des éléments qui concourent à l'activité cérébrale, recherche qui, à elle seule, constitue la physiologie de cet organe, les localisateurs n'ont songé qu'à localiser un ensemble de manifestations qui résultent du fonctionnement du cerveau sans prétendre expliquer ce fonctionnement lui-même. »

On ne saurait en moins de mots faire ressortir l'inanité des efforts des localisateurs. Mais M. Fournié ne se borne pas à critiquer. « Il est évident, dit-il, que les diverses manifestations de l'activité de l'esprit humain correspondent à l'activité de certains éléments anatomiques ; mais ces localisations, si réelles et si précieuses à connaître, doivent être recherchées d'après des principes et des lois que les localisateurs n'avaient pas songé à invoquer. »

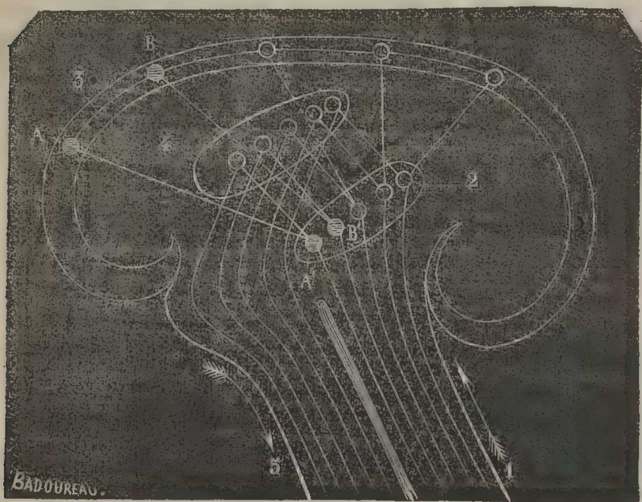
Après avoir exposé ces principes et ces lois, M. Fournié se préoccupe de les appliquer à la physiologie cérébrale, et avec la figure schématique ci-contre, il détermine les principales localisations et explique le fonctionnement du cerveau.

Cette partie du travail de M. Fournié n'est pas susceptible d'être écourtée par l'analyse ; nous la reproduisons telle que nous la trouvons dans les *Comptes rendus de l'Académie.*

« Un mot d'abord sur les éléments qui entrent dans cette figure.

« Dans la région n° 1, nous voyons les nerfs impressionneurs, c'est-à-dire les nerfs qui portent vers le cerveau le résultat d'une impression reçue et qui occupent la partie postérieure de la moelle. Ces nerfs aboutissent à la région n° 2, connue sous le nom de *couches optiques*, et composée en grande partie de cellules nerveuses ; des fibres partent de ce centre sous forme de rayons et le font communiquer, d'un côté, avec la région n° 3, composée de cellules et désignée sous le nom de *couche corticale du cerveau ;* de l'autre, avec la région n° 4, composée, elle aussi, de cellules, et désignée sous le nom de *corps striés.* De cette dernière région partent les nerfs du mouvement qui occupent

dans la région n° 5 la partie antérieure de la moelle. Ces cinq régions représentent la plupart des localisations acquises à la science. Reste à déterminer leur rôle fonctionnel.



« Semblable en cela à tous les organes de la vie, le cerveau requiert, pour entrer en fonction, l'intervention d'un excitant spécial. Cet excitant est une impression reçue à l'extrémité périphérique d'un nerf impressionneur. L'impression a pour effet de modifier la vitalité du nerf, de proche en proche, jusqu'aux couches optiques, et, là, le nerf modifie à son tour la cellule à laquelle il vient aboutir. Le résultat de la modification de ce dernier élément par le mouvement impressionneur est un phénomène merveilleux, immense, sans analogue ; c'est une sensation ou, pour mieux dire, une *perception simple*. Le phénomène de la perception simple a bien son siége dans les couches optiques, car, si on détruit cet organe chez le chien vivant, l'animal n'est plus sensible à aucune impression : il n'odore plus, il n'entend plus, il ne voit plus ; en un mot, il vit, mais il ne sent pas. Quand l'homme est modifié dans les couches optiques, il *sent*, et voilà tout. Sentir, c'est vivre d'une certaine façon. Nous voulons dire par là que, pour sentir *avec connaissance*, il faut autre chose que la *perception simple :* il faut cette *perception* simple et quelque chose de plus que nous allons faire connaître.

« Le phénomène-perception s'accompagne nécessairement d'un mouvement propre des cellules que le mouvement impressionneur a provoqué. Or, ce mouvement ne s'épuise pas sur place ; les couches optiques ne sont pas isolées au milieu de la substance cérébrale, et il est tout naturel que le moindre mouvement dont elles sont le siége se communique aux parties voisines. C'est ce qui arrive : des couches optiques, le mouvement impressionneur s'étend de proche en proche à travers les fibres du noyau blanc, pour aboutir, en définitive, aux cellules qui forment la couche périphérique du cerveau. Ces cellules sont modifiées d'une certaine façon par le mouvement impressionneur, et nous devons nous demander quel phénomène correspond à cette modification. L'expérimentation sur les animaux vivants et l'observation pathologique nous permettent de répondre à cette question d'une manière formelle.

« Déjà, depuis longtemps, on avait remarqué que, chez les déments, la couche corticale du cerveau était ramollie ou plus ou moins lésée. Nous-même, dans nos expériences sur les chiens, nous avions constaté que, lorsque nous détruisions cette région par le caustique, nous provoquions une sorte de folie ; l'animal conservait tous ses sens comme les déments, mais il ne connaissait pas, il n'avait plus de mémoire. Notre conclusion sur ce fait fut que le phénomène-*perception*, que nous avions vu se produire dans les couches optiques, ne se produisait pas dans la couche corticale, puisque les déments, ainsi que les chiens dont la couche corticale est lésée, conservent leur sensibilité. Mais comme, d'un autre côté, les couches optiques ne concourent qu'à la perception *sans connaissance*, nous fûmes conduit à rechercher par quel mécanisme la perception simple, dans les couches optiques, se transforme en perception *avec connaissance*, grâce au concours de l'activité des cellules de la couche corticale du cerveau. Ce mécanisme, qui est celui de la mémoire, est assez simple.

« Supposons un cerveau vierge de toute impression et soumettons-le à l'influence d'un corps odorant. Le mouvement impressionneur se transmet à travers le nerf de l'odorat jusqu'à la cellule A' du centre optique, et, dès lors, l'homme sent l'odeur. Puis, le mouvement impressionneur continue sa route jusqu'à la cellule A' de la couche corticale, et la modifie d'une certaine façon. Si nous retirons le corps odorant, tous les mouvements que sa présence a provoqués cessent, et l'homme ne sent plus rien, il rentre dans le néant dont nous l'avions sorti. A présent, supposons que, par un moyen quelconque, nous puissions déterminer dans la cellule A le mouvement qui lui est propre. Qu'arrivera-t-il ? Il arrivera que le mouvement de cette cellule se transmettra, à travers les fibres du noyau blanc, jusqu'à la cellule A', dont elle réveillera l'activité propre. Or, comme cette activité correspond à une perception d'odeur, l'homme sentira de nouveau cette odeur en l'absence de l'objet impressionnant capable de la provoquer. Telle est la première condition de la mémoire : sentir comme on a déjà senti, mais en l'absence de tout objet impressionnant et sous l'influence seule de l'activité d'une cellule de la couche corticale du cerveau. Ce fait élémentaire ne constitue pas toute la mémoire : pour se souvenir, il faut *sentir* qu'on a déjà senti d'une certaine façon, et établir un rapport entre la manière de sentir actuelle et celle de jadis. En d'autres termes, on n'a le sentiment du passé qu'à travers le sentiment de l'état actuel. Ce trait d'union entre le passé et le présent, nécessaire pour qu'il y ait souvenir, est le résultat d'un mécanisme fonctionnel que nous devons faire connaître. Supposons donc que le corps odorant était une orange, et que les sens de la vue et de l'odorat vont être simultanément provoqués par elle. L'impression visuelle réveillera le centre de perception B' en même temps que le centre A' sera réveillé par l'impression odorante, et le mouvement impressionneur visuel ira réveiller l'activité propre de la cellule B, pendant que le mouvement impressionneur odorant provoquera celle de la cellule A. Dans ces conditions, l'homme sent qu'il est modifié de deux façons différentes, et voilà tout. Mais si, après avoir retiré l'orange, nous la soumettons de nouveau à l'activité du seul sens de la vue, qu'arrivera-t-il ? L'homme verra l'orange ; mais, comme le mouvement impressionneur ne s'épuise pas dans les couches optiques, il ira provoquer l'activité propre de la cellule B ; la cellule B étant unie par ses prolongements à la cellule A, déterminera dans cette dernière l'activité qui lui est propre, et, en définitive, le centre de la perception odorante A' sera, lui aussi, réveillé. De sorte que, bien que l'orange soit assez éloignée pour que l'homme ne puisse l'odorer, il l'odorera néanmoins par le souvenir, et il sentira ce qu'il sentit réellement jadis en voyant l'orange ; il se souviendra, en un mot, que l'orange est un corps odorant, et, en se souvenant de ce caractère, il n'aura plus une *perception simple* de cet objet, mais une perception distinguée d'une autre, une *perception avec connaissance.* Voilà comment, en expliquant le mécanisme de la mémoire, nous

avons été conduit à formuler la différence qu'il y a entre une *perception simple* et une *perception avec connaissance*, et à déterminer, en même temps, le rôle fonctionnel des cellules de la couche corticale du cerveau.

« Les cellules de la couche corticale du cerveau représentent, sous forme de modalité dynamique *in posse*, toutes les notions acquises, et c'est aux connexions anatomiques qui unissent ces cellules aux couches optiques qu'elles empruntent la possibilité de réveiller successivement le centre de perception pour donner naissance aux phénomènes de mémoire.

« Le rêve n'est autre chose que le réveil du centre de perception par l'activité des cellules de la couche corticale, alors que ce même centre est fermé aux influences extérieures.

« Toutes les cellules de la couche corticale sont unies entre elles par leurs prolongements; elles peuvent donc réveiller mutuellement leur propre activité. Il suffit, en effet, que l'une d'elles fonctionne pour que le fonctionnement des autres s'ensuive.

« Quant à l'ordre admirable qui préside au classement de toutes nos connaissances, nous le devons à l'intelligence sublime qui a tout créé : le cerveau est une tapisserie admirable dont le Créateur a fourni le canevas et dont nous remplissons tous les jours les mailles.

« Jusqu'ici, nous n'avons exposé qu'une partie de la fonction cérébrale : l'excitant fonctionnel et la matière fonctionnelle. Cela n'est pas suffisant. La fonction des organes, en effet, ne consiste pas seulement à rassembler des éléments déterminés; la fonction suppose un but à atteindre, et ce but n'est pas dans l'organe lui-même, mais en dehors de lui. Il faut donc que, par des mouvements particuliers, l'organe projette au dehors les éléments de sa fonction. Ce sont ces mouvements que nous désignons sous le nom de *mouvements fonctionnels*.

« Le cerveau qui se bornerait à sentir et à se souvenir vivrait en lui-même d'une certaine façon, mais personne n'en saurait rien; pour que sa fonction soit complète, il faut que chacune de ses manières de sentir et de se souvenir se reflète au dehors d'une manière sensible. C'est ce qui a lieu, en effet, et c'est par des mouvements que le cerveau extériorise sa manière d'être. Faire connaître la nature de ces mouvements et déterminer les éléments anatomiques qui les exécutent, telle sera la dernière partie de notre exposition.

« La route que nous avons assignée tout à l'heure au mouvement impressionneur, des nerfs sensitifs aux couches optiques, et de ces dernières aux cellules de la couche corticale, n'est pas la seule voie suivie par ce mouvement. Les couches optiques sont unies par des fibres spéciales à un autre noyau de cellules que l'on désigne sous le nom de corps striés. C'est dans ce noyau que viennent aboutir toutes les fibres des nerfs du mouvement placés à la partie antéro-latérale de la moelle. Ces connexions anatomiques sont déjà une présomption en faveur du rôle important que nous attribuons aux corps striés dans l'exécution des mouvements. Cette présomption s'est transformée en certitude, quand nous avons vu l'abolition de tout mouvement succéder, chez les chiens vivants, à la destruction de ces organes. Dès lors, il nous a paru possible d'expliquer le mécanisme fonctionnel de tous les mouvements volontaires ou involontaires.

« Les mouvements sont involontaires lorsque la cause impressionnante, un danger, par exemple, est assez vive pour réveiller directement l'activité des corps striés et provoquer aussitôt, par l'intermédiaire des nerfs moteurs, un mouvement déterminé.

« Les mouvements sont volontaires lorsque la cause impressionnante donne le temps à l'attention de soumettre l'impression sentie à la pierre de touche des connaissances acquises, de réveiller, par conséquent, l'activité de la couche corticale. Ce n'est qu'après cet examen que l'impression dominante, dans les couches optiques, détermine l'exécution du mouvement qui lui est corrélatif.

« Dans le cas des mouvements involontaires, le mouvement exécuté est ce qu'on appelle vulgairement un *premier mouvement*. Dans le cas des mouvements volontaires, l'examen préalable a fait prévaloir dans les couches optiques une impression dominante qui donne par ce seul fait au mouvement exécuté les caractères d'un mouvement raisonné et voulu. Les mouvements de la parole rentrent dans ces derniers mouvements.

« Pour compléter la description de la fonction cérébrale, ce serait le moment de fournir un exemple général en décrivant la fonction langage (1); mais ce serait dépasser les limites du cadre que nous nous sommes tracé. Notre but exclusif a été de montrer comment il fallait comprendre les localisations cérébrales et comment il était possible, dès à présent et d'après cette connaissance, d'écrire le chapitre des fonctions cérébrales. »

CORPS ÉTRANGER MOBILE DE L'ARTICULATION DU GENOU

EXTRACTION PAR INCISION DIRECTE. — MODE DE FIXATION DU CORPS. GUÉRISON.

Par M. le docteur LEJAMPTEL, de Dol-de-Bretagne (Ille-et-Vilaine).

Le 26 juillet dernier, un jeune homme âgé de vingt et un ans, d'assez bonne constitution, se présente à ma consultation pour des douleurs articulaires réellement syncopales, dues à la présence d'un corps étranger du genou. Ces douleurs se faisaient sentir depuis environ cinq ou six ans, la présence du corps ne s'était révélée que depuis quatre à cinq mois. Ce garçon n'avait jamais été contusionné du côté du genou, pas de rhumatisme antérieur. La mobilité de ce corps était telle que, dans toutes les positions de la jambe, celui-ci fuyait avec une extrême facilité. Dans la station assise, il pouvait de lui-même conserver sa position à la partie interne de la rotule, mais le moindre contact l'en faisait sortir.

Avant de procéder à l'opération que le jeune homme réclamait avec insistance, je dus m'assurer du moyen de maintenir le corps dans une position invariablement fixe. Le procédé du trident ne semblait pas m'offrir toutes les garanties suffisantes pour sa fixation, et je n'eusse employé ce moyen que dans le cas d'incision sous-cutanée, procédé opératoire que je rejetai comme devant m'offrir de grandes chances de voir échapper le corps. Devant donc procéder par incision directe, l'idée me vint d'assujettir le corps à la partie interne de la rotule au moyen d'une clef, dont l'anneau embrassait le corps et par une pression assez forte lui fermait toute issue en dehors des limites de cet anneau.

Je fis mon incision dans le champ de l'anneau, et je pus facilement extraire un corps articulaire de la grosseur d'une petite fève. L'aide continuant la pression de l'anneau sur l'articulation, l'air ne pouvait pénétrer dans son intérieur, et j'obviais à un des plus graves inconvénients de l'opération. J'appliquai ensuite un morceau de sparadrap sur la plaie, je recouvris l'articulation d'une large plaque d'ouate, et plaçai par-dessus le tout un appareil dextriné. Au bout de dix jours, j'enlevai mon appareil : la plaie était cicatrisée; je n'avais pas eu trace d'inflammation ni de douleur.

Je crois donc ce procédé très-avantageux, puisqu'il permet de parfaitement maintenir le corps et d'empêcher l'introduction de l'air dans l'articulation.

---

(1) Ces questions sont d'ailleurs suffisamment exposées dans notre *Physiologie de la voix et de la parole* et dans notre *Physiologie du système nerveux*. (Paris, 1872, Adrien Delahaye, éditeur.)

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 4 juin 1873. — Présidence de M. Maurice PERRIN.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

CORRESPONDANCE

La correspondance comprend :

La *Gazette des Hôpitaux ;* — l'*Union médicale ;* — la *Gazette hebdomadaire;* — la *France médicale;* — la *Tribune médicale ;* — le *Bordeaux médical ;* —la *Gazette médicale de Strasbourg ;* — le *Bulletin général de thérapeutique ;* — les *Archives générales de médecine et de chirurgie.*

M. DUBOUÉ, membre correspondant, offre à la Société un ouvrage intitulé : *Recherches sur les propriétés thérapeutiques du seigle ergoté.*

M. Beau (de Toulon) offre un ouvrage intitulé : *Du traitement des plaies en général, et en particulier d'un mode de pansement antiseptique par le coaltar et le charbon.*

M. Ch. Monod adresse deux exemplaires de sa thèse inaugurale pour le concours du prix Duval : *Étude sur l'angiome simple souscutané circonscrit.*

M. VERNEUIL offre, de la part de M. Alfred Flournier, un ouvrage intitulé : *Leçons sur la syphilis, étudiée plus particulièrement chez la femme.*

M. Bourgogne (de Condé), candidat au titre de membre correspondant, adresse les ouvrages suivants : *Épidémie cholérique observée pendant l'année 1866 ; — De la grippe épidémique ; — Du choléra infantile ; — Vaste plaie de l'avant-bras ; hémorrhagies consécutives très-rebelles ; ligature dans la plaie ; guérison.*

M. Chassaniol, deuxième chirurgien en chef de la marine en retraite, candidat au titre de membre correspondant, adresse un mémoire manuscrit intitulé : *Quelques considérations sur la combustion spontanée.* (Comm. : MM. Horteloup, Forget, Paulet, rapporteur.)

M. LARREY offre une collection de thèses de chirurgie et les portraits de de Graëfe et de Valentin Mott, membres correspondants étrangers.

M. Buchanan Baxtes (de Londres) envoie la traduction anglaise du *Manuel d'histologie pathologique* de Rindfleich.

M. FORGET offre, de la part de M. Bonnafont, la deuxième édition de son *Traité théorique et pratique des maladies de l'oreille.*

Suite de la discussion sur l'anus artificiel périnéal.

M. MARJOLIN. J'ai fait un certain nombre de fois l'opération de l'anus artificiel périnéal, mais il me serait impossible de fournir une statistique, car, le plus souvent, on ne peut suivre les enfants opérés à l'hôpital ; certains que j'avais cru guéris étaient morts, et réciproquement. Lorsque l'opération est pratiquée quatre ou cinq jours après la naissance, elle a beaucoup moins de chances de réussir, parce que les enfants sont souvent atteints de péritonite à cette époque. Je pense, contrairement à M. Verneuil, qu'il est des cas où l'on sent assez bien l'intestin avec le doigt. Guersant avait donné le conseil excellent de toujours sonder les malades pour apprécier l'existence de l'ampoule. Dans ces cas, si le doigt rencontre le rectum, l'opération est très-simple et réussit d'habitude par une simple incision. Je demanderai à M. Verneuil si, même dans ces cas simples, il donne le conseil de suturer la paroi intestinale à la peau.

M. VERNEUIL. Je n'ai jamais rencontré de cas aussi simples que ceux que suppose M. Marjolin. Rien n'est plus trompeur que cette sensation de l'ampoule périnéale avec le doigt ; on la croit très-superficielle, lorsqu'elle siége au contraire assez haut. Il est évident que si le périnée bombe, l'incision simple ne présente aucun inconvénient. Mais que l'ampoule rectale soit loin ou près des téguments, il faut toujours, dans tous les cas, suturer la muqueuse à la peau, car c'est le seul moyen d'éviter le phlegmon stercoral.

M. BLOT demande à M. Verneuil jusqu'à quelle hauteur il lui est possible d'arriver à l'aide de son procédé, car il a vu des ampoules rectales situées à 8 et 10 centimètres, et il ne pense pas qu'on puisse y atteindre par la voie périnéale.

M. VERNEUIL regarde également ces cas comme justiciables des opérations de Littre ou de Callisen, auxquelles il a recours s'il ne rencontre pas l'intestin après avoir reséqué un centimètre du coccyx. Il considère que par la voie ainsi ouverte on peut remonter à 3 centimètres de hauteur.

M. FORGET. Par la question qu'il adresse à M. Verneuil relativement à la hauteur à laquelle on peut porter la dissection à l'intérieur du bassin, M. Blot soulève un point délicat qu'on ne peut préciser avant l'opération. Elle seule, en effet, permet de reconnaître le lieu précis qu'occupe l'ampoule rectale. Or, en médecine opératoire, il est une règle qui prescrit de n'opérer qu'en voyant clair à ce que l'on fait, et en sachant où l'on va.

Est-ce à dire que dans le cas pathologique dont il s'agit, je veuille blâmer l'acte opératoire préconisé par M. Verneuil? Non, assurément ; car il n'y a rien de mieux à faire que de chercher à rétablir l'orifice anal dans sa place naturelle. Sans doute il y a des incertitudes sur le point où se termine le rectum, et même sur son existence; il peut manquer en grande partie, et être remplacé par un cordon fibreux de plusieurs centimètres de longueur. J'ai communiqué à la Société de chirurgie un cas où l'anus offrait tous les caractères extérieurs d'une conformation normale ; l'exploration permit de s'assurer qu'il était imperforé, et qu'il s'agissait d'un pseudo-anus, n'allant pas à plus d'un centimètre de profondeur.

Je n'insisterai pas sur les détails de l'anatomie pathologique de ce cas, qui sont longuement exposés dans le tome IVe de nos Bulletins (2e série).

Je rappellerai seulement qu'un cordon fibreux remplaçait le rectum dans toute son étendue, et que, pour atteindre le gros intestin, il eût fallu porter la dissection jusqu'au-dessus de l'angle sacro-vertébral.

Il est certain que l'opération d'Amussat, à laquelle M. Verneuil ajoute la résection du sommet du coccyx en vue d'élargir la voie d'exploration, ne réussirait pas dans cette variété de malformation du rectum ; mais celle-ci est, je crois, exceptionnelle, et on ne saurait par des exceptions juger une méthode opératoire, dont l'opportunité a été démontrée par les six cas que M. Verneuil a cités. Aussi, d'après ce que j'ai observé depuis trente années de pratique, je considère que la voie périnéale est la seule à suivre pour le rétablissement d'un anus ; et, à défaut d'y réussir, je me déciderai difficilement à faire l'opération de Littre ou de Callisen, parce qu'en admettant qu'elle réussisse, les déplorables conditions où se trouve l'opéré sont de nature à lui rendre la vie insupportable.

M. DESORMEAUX fait un rapport sur les observations suivantes, adressées à la Société par M. le docteur Julliard (de Genève).

Anévrysme diffus primitif intra-orbitaire. — Guérison par inflammation du sac. — Gangrène du globe oculaire. — La nommée Françoise M..., âgée de soixante-neuf ans, entre à l'hôpital cantonal de Genève le 25 avril 1872. Cette femme qui, jusqu'à présent, s'était toujours très-bien portée et n'avait jamais été malade, étant assise, occupée à un travail de couture, ressentit soudainement et sans cause occasionnelle aucune, une violente douleur dans l'œil et la tempe gauches, et perdit connaissance pendant quelques instants. Dans la nuit qui suivit cet accident, les douleurs persistèrent très-vives. La malade s'aperçut en même temps que son œil gauche grossissait rapidement et que la vue s'en allait de ce côté.

Le lendemain matin, elle est amenée à l'hôpital. Je constate que l'œil gauche est fortement projeté au dehors et forme une tumeur grosse comme la moitié du poing. La paupière supérieure est d'un rouge foncé, fortement tendue et œdématiée. L'œil, repoussé au dehors de la cavité orbitaire, dépasse d'un centimètre au moins la paupière supérieure ; la cornée repose sur la joue, un peu au-dessous de l'os de la pommette ; la conjonctive est rouge, boursouflée et gorgée de sang ; la cornée est encore transparente ; la pupille se distingue facilement : elle est immobile et dilatée.

La tumeur présente des battements isochrones à ceux du cœur,

et qu'on perçoit aisément en appliquant la main sur la tumeur. Quand la malade baisse la tête ou fait des mouvements, les battements augmentent d'intensité.

En appliquant le stéthoscope sur la tumeur, on n'entend aucun bruit. La main appliquée sur la tumeur ne perçoit aucun frémissement. La malade souffre beaucoup de l'œil gauche, et a le sentiment très-net des battements dont il est le siége; elle se plaint, en outre, d'un bruissement continuel dans l'oreille et la région temporale gauches. Aucun organe n'est paralysé. Le pouls est accéléré, plein et irrégulier. Les artères sont manifestement athéromateuses. La malade a, en outre, une affection organique du cœur, caractérisée par des battements irréguliers et tumultueux, et par un bruit de souffle au premier temps. L'œil droit est sain et présente un arc sénile des plus prononcés.

Application d'une vessie de glace sur la tumeur. — Potion de digitale.

Le 27, la cornée est ternie; la conjonctive commence à se mortifier. Les battements de la tumeur sont plus prononcés que la veille, au point qu'on les distingue facilement depuis le pied du lit de la malade. L'auscultation de la tumeur fait entendre un bruit de susurrus continu avec redoublement prononcé. La compression de la carotide gauche fait complétement cesser les battements, sans toutefois produire l'affaissement de la tumeur; celle-ci est tellement douloureuse quand on la comprime qu'il est impossible d'essayer de la réduire. L'état fébrile est toujours intense.

Le 28, l'œil tout entier est sphacélé. Céphalalgie très-vive; la peau est chaude; la peau est sèche. — 104 pulsations.

Le 3 mai, la fièvre a disparu. Les douleurs de tête persistent. La malade, s'étant levée, a eu un vertige qui l'a obligée à se remettre au lit. L'eschare formée par l'œil mortifié commence à se détacher. Les battements continuent avec la même intensité; le bruit de susurrus est toujours très-facile à percevoir.

Le 8, les battements de la tumeur diminuent. Les douleurs sont moindres. Le bruit de susurrus ne s'entend plus.

Le 20, les battements ont complétement disparu. L'œil est en partie éliminé. La tumeur orbitaire a diminué; elle est actuellement de la grosseur d'un œuf de poule, dure et non douloureuse à la pression.

2 juin. — Depuis hier soir la malade a ressenti dans l'œil droit des douleurs assez fortes, accompagnées de battements. Céphalalgie dans la région temporale correspondante. L'œil gauche est complétement éliminé. Pas de fièvre. — Purgatif.

Le 6 juin, paralysie de la paupière supérieure droite, que la malade ne peut plus soulever. La vision est intacte. Douleurs dans la région temporale, s'étendant à la racine du nez et dans toute la moitié droite de la tête. — Vésicatoire à la tempe.

Le 20, après quelques séances d'électrisation, la paralysie de la paupière a disparu. La céphalalgie a cessé depuis quelques jours.

Le 24, la malade quitte l'hôpital en parfaite santé. La tumeur orbitaire est encore de la grosseur d'un œuf de poule. Les paupières sont encore œdématiées, mais de coloration normale.

Le 20 février 1873, je revois la malade. L'exorbitisme a totalement disparu; toutefois, l'œil gauche n'est pas enfoncé, comme cela s'observe lorsqu'il y a eu perte du globe de l'œil. Aucun battement dans la cavité orbitaire. — La malade est en parfaite santé, sauf une kérato-conjonctivite chronique, survenue il y a cinq mois.

Dans l'observation que je viens de rapporter, il s'agit évidemment d'une congestion cérébrale qui a provoqué la rupture de l'artère ophthalmique et entraîné la formation d'un anévrysme intra-orbitaire. L'absence complète de tout prodrome, la soudaineté du début, la douleur vive éprouvée par la malade au moment de l'accident, tout concorde à faire admettre une rupture artérielle. Cette rupture, qui ne peut être attribuée à aucune cause extérieure, s'explique d'ailleurs très-bien par l'état athéromateux du système artériel auquel, sans nul doute, participait l'artère ophthalmique.

Le seul point de diagnostic qui puisse ici faire une difficulté, est la question de savoir s'il s'agit d'un anévrysme diffus primitif ou d'un anévrysme diffus consécutif; en d'autres termes, si l'épanchement sanguin est dû à la rupture d'un vaisseau artériel ou à celle d'un sac anévrysmal antérieurement existant.

Cette question ne saurait être résolue d'une façon définitive que par l'autopsie. En effet, vu le petit volume de l'artère ophthalmique, un anévrysme à sac peut se former sur son trajet sans donner lieu à aucun symptôme extérieur, et par conséquent passer inaperçu, puis, la tumeur continuant, les parois du sac se rompant sous l'influence de la pression sanguine, le malade éprouve alors des sensations auxquelles il fait remonter le début de son mal.

J'observerai à ce propos que si, chez la malade, un anévrysme a pu exister antérieurement sans manifester sa présence par des signes extérieurs, il est probable qu'il se serait révélé par de vagues sensations et par des troubles fonctionnels. Or, dans l'espèce, on ne trouve rien de semblable; l'accident est survenu au milieu de la santé la plus parfaite, sans aucun prodrome quelconque. Il devient donc infiniment plus naturel d'admettre que, sous l'influence de la pression sanguine, exagérée par une congestion cérébrale — et il y a eu évidemment congestion cérébrale puisqu'il y a eu perte de connaissance — l'artère ophthalmique dont les parois étaient altérées s'est rompue, et qu'il s'est produit de la sorte un anévrysme diffus primitif.

Un autre fait des plus intéressants à observer, est le volume considérable de la tumeur et la rapidité avec laquelle elle s'est développée.

L'exorbitisme est un symptôme constant des anévrysmes intra-orbitaires : il est signalé à des degrés divers dans toutes les observations, accompagné de troubles plus ou moins intenses de la vision. Mais nulle part, sauf dans une observation de M. Freer (de Birmingham), je ne l'ai trouvé poussé aussi loin qu'il l'était chez ma malade. Chez elle, la tumeur était vraiment énorme : l'œil était expulsé en entier de la cavité orbitaire, et la cornée reposait un peu plus bas que l'os de la pommette.

C'est à cet exorbitisme excessif qu'est dû le sphacèle du globe de l'œil, phénomène d'une extrême rareté et dont je n'ai pu trouver l'analogue que dans l'observation de M. Freer, à laquelle j'ai déjà fait allusion. Il s'agissait, dans ce cas, d'un jeune homme qui, à la suite d'une fièvre inflammatoire, éprouva dans l'orbite un sentiment de douleur, accompagné de battements. En peu de jours, l'œil fut chassé de l'orbite et suppura.

La rapidité avec laquelle la tumeur anévrysmale s'est développée, est un phénomène tout à fait insolite. En effet, comment les choses se passent-elles quand une artère d'un calibre aussi petit que l'artère ophthalmique vient à se rompre? Le sang, en s'extravasant peu à peu, distend progressivement les tissus environnants. Il se forme ainsi, au bout d'un certain temps, une cavité irrégulière communiquant librement avec l'artère; cette tumeur donne lieu à des battements, et tend à s'accroître indéfiniment. Aussi voyons-nous les anévrysmes intra-orbitaires se développer lentement, et ce n'est habituellement qu'à une époque plus ou moins éloignée du début que l'exorbitisme apparaît pour s'accroître d'une façon lente et continue.

Dans le cas qui m'occupe, les choses se sont passées tout autrement. C'est, en effet, dans l'espace de quelques heures seulement que l'anévrysme, refoulant devant lui les tissus environnants, a acquis son maximum de développement. Le lendemain du début des accidents la tumeur était considérable, et l'œil chassé jusqu'au dessous de l'os zygomatique. Un semblable développement ne serait pas extraordinaire pour un anévrysme se formant aux dépens d'un gros tronc artériel et au milieu de tissus lâches; il est d'autant plus remarquable que l'artère qui a donné lieu à l'anévrysme est d'un très-petit calibre, et que le sang épanché a dû refouler des tissus tout particulièrement résistants.

On m'objectera peut-être, que le développement subit et considérable de cet anévrysme étant disproportionné avec le calibre de l'artère qui lui a donné naissance, il n'y a pas eu là simplement rupture d'un vaisseau, mais bien d'un sac anévrysmal déjà formé. Je répondrai à cela que, si un anévrysme existait antérieurement,

il devait être nécessairement d'un très-petit volume, puisqu'il n'avait donné lieu à aucun symptôme, à aucun trouble quelconque. Or, je ne vois pas comment un anévrysme d'un volume aussi restreint donnerait plus facilement issue à une grande quantité de sang que ne pourrait le faire la rupture d'un vaisseau comme l'artère ophthalmique.

Je trouve, pour ma part, l'explication de la soudaineté et de l'étendue de cet épanchement dans l'état des parois artérielles et dans l'affection organique du cœur que portait la malade. Sous l'influence de la maladie cardiaque, il s'est produit une congestion cérébrale qui doit être attribuée bien plus à la suspension morbide de l'action des artères et aux obstacles, au libre dégorgement des veines, qu'à l'excès d'action contractile du ventricule gauche. L'artère, dont les parois étaient affaiblies, a cédé, et l'épanchement qui a été la conséquence de cette rupture a été d'autant plus abondant que, grâce à la congestion encéphalique, la pression sanguine était plus intense.

Il me reste, en finissant, quelques remarques à faire sur la guérison de cet anévrysme et sur le traitement que j'ai mis en usage. Je me suis borné pour toute médication à l'application continue sur la tumeur d'une vessie de glace, jusqu'au moment où les battements ont commencé à disparaître. On serait tenté, au premier abord, d'attribuer à la méthode réfrigérante tout le mérite de cette guérison. Or, il n'en est pas ainsi. Lorsque je vis la malade quinze ou dix-huit heures après le début de son mal, la tumeur orbitaire présentait des signes évidents d'inflammation. La douleur locale vive, que la moindre pression rendait insupportable, la chaleur et la rougeur de la peau, enfin la réaction générale qui se maintint pendant plusieurs jours, dénotent un état inflammatoire qu'il n'est pas possible de méconnaître.

Cette inflammation, qui a évidemment débuté par les tissus environnants violemment déplacés et irrités par le sang brusquement extravasé, s'est propagée à l'anévrysme, dans lequel elle a provoqué la formation de caillots passifs, qui ont fini par amener l'oblitération du sac et de l'artère. Ce n'est donc pas en vue de provoquer la guérison de l'anévrysme que j'ai employé la réfrigération, méthode infidèle et dont la puissance curative dans le traitement des tumeurs anévrysmales est plus que douteuse, mais bien dans le but de combattre et de prévenir les accidents que l'inflammation des anévrysmes entraîne souvent après elle. A ce titre, mais à ce titre seulement, la réfrigération a joué dans la guérison de ma malade un rôle important.

Absence de l'anus avec abouchement anormal du rectum. — Opération par la méthode périnéale. — L'enfant qui fait le sujet de cette observation appartient au sexe masculin. Il est venu au monde petit et chétif, au terme de huit mois, le 25 décembre 1871, à l'hôpital cantonal de Genève.

Le 27, l'infirmière me dit que cet enfant est malade; il n'a pas encore voulu prendre le sein, il n'a pas eu de selles, il est très-agité et rend des gaz par la verge.

En examinant les parties, je vois qu'il n'a pas d'orifice anal. Je ne constate dans le sillon interfessier aucun des plis qui s'observent autour de l'anus. A la place de l'orifice anal, la peau présente une petite ouverture de la grosseur d'une tête d'épingle, comme taillée à l'emporte-pièce, et autour de laquelle on ne voit pas la peau prendre les caractères d'une muqueuse. Le stylet introduit dans cet orifice pénètre dans une petite cavité, à une profondeur d'un demi-centimètre environ. Il ne sort aucune matière par cet orifice. Pendant que je me livrais à cet examen, l'enfant se mit à uriner. Il sortit d'abord une urine parfaitement limpide; mais vers la fin de la miction, l'urine apparut colorée en jaune verdâtre par le méconium et mélangée de gaz qui sortait avec bruit. Je conclus de ce fait qu'il y avait une communication entre l'intestin et les organes génito-urinaires.

En même temps, je constatai un gonflement considérable du ventre, qui était tendu, fortement ballonné, et donnait à la percussion un son tympanique. Des veines nombreuses se dessinaient sur la surface de l'abdomen. Les bourses et la verge présentaient un œdème considérable. État général mauvais : l'enfant est agité, ses traits sont altérés; il n'a pas encore voulu prendre le sein.

Je me mis aussitôt en devoir de l'opérer. Toutefois, avant de commencer l'opération, je voulus rendre les assistants témoins de la miction de cet enfant. Dans ce but, je pressai avec la main la région hypogastrique : l'urine s'échappa aussitôt, mais cette fois elle sortit colorée dans sa totalité par le méconium. A la fin de la miction, des gaz s'échappèrent bruyamment par le méat, comme la première fois.

Je cherchai d'abord à introduire une sonde dans la vessie, mais l'œdème des parties génitales était tel qu'il me fut impossible de trouver le méat urinaire et je dus renoncer à placer un cathéter dans l'urèthre. L'enfant étant couché sur le dos, je fis une incision sur la ligne médiane depuis l'origine des bourses jusqu'au coccyx. J'incisai dans la profondeur des tissus, couche par couche, avec beaucoup de ménagements, en ayant soin de me tenir toujours tout près du sacrum, de crainte de blesser l'urèthre. Arrivé à une profondeur d'environ 3 centimètres, j'aperçus à la partie supérieure et antérieure de la plaie une masse d'un gris jaunâtre, que je jugeai être l'intestin : il était flasque et nullement distendu par les matières, comme je m'attendais à le trouver. Après m'être assuré que j'avais bien affaire au rectum, je le séparai des tissus voisins avec une sonde cannelée, et l'attirai facilement avec des pinces jusqu'au niveau de la peau.

Il ne me restait plus qu'à détruire l'adhérence de l'intestin avec les voies urinaires. Dans ce but, comme je n'avais pas de cathéter dans l'urèthre pour me guider dans mes manœuvres, je coupai l'extrémité de l'intestin, et j'introduisis un doigt dans le rectum; j'arrivai ainsi à sentir l'orifice de la fistule et à me rendre un compte exact de l'adhérence, que je sentais très-nettement entre la pulpe du doigt et le bout de ma sonde cannelée. J'essayai alors de la rompre avec la sonde, et ne pouvant y parvenir, je me servis de ciseaux. Mais je ne tardai pas à m'apercevoir qu'il était impossible de la vaincre sans couper l'urèthre ou l'intestin. En outre, vu la profondeur à laquelle je me trouvais, je craignais de blesser le péritoine. J'arrêtai là l'opération, et j'affrontai la muqueuse rectale avec la peau au moyen de sutures métalliques. Le méconium s'écoula avec abondance.

Le 28, les sutures ont bien tenu. L'intestin est maintenu en contact avec la peau. Les matières s'écoulent facilement. Le ballonnement du ventre a disparu, ainsi que l'œdème des parties génitales. L'état général est satisfaisant : l'enfant a pris le sein à plusieurs reprises, ce qu'il n'avait pas fait avant l'opération.

Le 29, les matières sortent toujours avec facilité. Je constate que l'enfant rend de l'urine par le rectum, en même temps que par la verge. L'urine qui sort par le méat est limpide. Une légère rougeur a apparu sur le pourtour de la plaie, ainsi que de l'empâtement. L'état général continue à être satisfaisant. Je fais enduire la peau avec du cérat afin d'éviter le contact irritant de l'urine.

Le 1er décembre, j'enlève les fils qui coupent les tissus; l'intestin reste en place; toutefois, il n'est pas réuni à la peau.

Le 8 décembre, le nombril de l'enfant est rouge et ulcéré. Diarrhée, amaigrissement. L'enfant ne tette pas. Contracture aux extrémités. Les matières sortent toujours par le rectum, qui est resté en place et n'a aucune tendance à remonter. La plaie est rouge et ne se cicatrise pas; la peau circonvoisine est enflammée et ulcérée. Bains, cataplasmes.

Le 10 décembre, l'enfant a succombé. *Autopsie* : j'introduis d'abord une bougie dans l'urèthre. Cette bougie arrive dans le rectum, et il est impossible de la faire parvenir dans la vessie; à chaque nouvelle tentative, elle pénètre invariablement dans l'intestin. J'incise la face antérieure de l'urèthre jusqu'au col de la vessie, et je trouve dans la région prostatique un petit orifice, qui fait communiquer l'urèthre avec le rectum. Cet orifice, froncé sur ses bords, est arrondi et assez large pour donner passage à une bougie nº 8. L'intestin adhère avec la région prostatique de l'urèthre, dans une étendue d'environ un centimètre. En ce point, la paroi antérieure

du rectum se confond avec la paroi postérieure de l'urèthre. L'adhérence est constituée par une membrane fibreuse, perforée à son centre; cette membrane est si mince et si résistante qu'il fut impossible de séparer les deux organes par la dissection. Le péritoine ne présente aucune trace d'inflammation. Voici comment il est disposé : l'intestin, par son adossement avec l'urèthre, forme un angle ouvert en haut, et dont le sommet est constitué par l'adhérence uréthro-intestinale. La séreuse abdominale recouvre la paroi postérieure de la vessie, descend jusqu'au niveau de l'abouchement anormal, contre lequel elle se réfléchit pour remonter le long de l'intestin; elle forme ainsi un cul-de-sac accolé contre le bord supérieur de l'adhérence uréthro-intestinale. Il n'y a aucun vestige du sphincter anal. Les autres organes ne présentent aucune altération.

(A suivre.)

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

De la circoncision, d'un nouveau procédé opératoire, par le docteur AÏSSA HAMDY. — 1 vol. in-8° avec planches. Prix : 3 fr. Paris, P. Asselin.

Le Directeur : Dr E. LE SOURD.

Paris.— Typographie A. POUGIN, quai Voltaire, 13.

N° 94. — JEUDI 14 AOUT 1873. 46e ANNEE. JEUDI 14 AOUT 1873. — N° 94.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Bureaux : 57, rue des Saints-Pères, 57
PRÈS L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

Le prix d'abonnement
doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne hors de Paris
dans les bureaux des Messageries et chez les Libraires
Les lettres non affranchies sont refusées.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui n'en peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS: Trois mois. . 8 fr. 50 c. Six mois. . . 16 — Un an. . . . 30 —

POUR L'ÉTRANGER le port en sus suivant les derniers tarifs des Postes.

Les Bureaux et Ateliers étant fermés à l'occasion des fêtes de l'Assomption, le journal ne paraîtra pas Samedi.

Paris, le 13 août 1873.

SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

La discussion sur le typhus est revenue sur le tapis, à l'étonnement universel.

Tout le monde avait applaudi M. Chauffard, lorsque, dans une des précédentes séances, renonçant lui-même à soutenir la théorie qu'il avait avancée, il avait déclaré la question épuisée pour le moment.

Elle l'était, en effet.

M. Briquet n'a pu que se répéter sous une autre forme.

M. Bouillaud a repris plus en détail un historique qu'il avait déjà fait en quelques mots.

Il y a eu déploiement d'un talent oratoire incontestable ; mais, en résumé, cette séance est nulle comme résultat scientifique.

Il est temps de passer à une autre question.

Est-ce à dire que tout ce qui touche le typhus, ses formes, ses causes et sa nature soit maintenant bien connu, que la genèse et la propagation des formidables épidémies de typhus des armées et du mal de famine ne présentent plus de problème à étudier, que l'on ait saisi l'agent toxique et montré son mode d'action?

Non, sans doute. Mais on a tiré des anciennes observations tout ce qu'elles pouvaient donner au point de vue théorique. Il faut en attendre de nouvelles, qui permettent de les contrôler.

Rappelons brièvement l'état de la question, les points qui semblent bien établis et ceux qui sont encore douteux.

Nul ne soutient plus l'identité de la fièvre typhoïde et du typhus fever. M. Briquet lui-même, en appelant typhus la fièvre typhoïde, en sépare avec soin, comme tout à fait à part, le *typhus fever*, fièvre de famine.

En effet, on ne trouve pas dans ce dernier les altérations caractéristiques des plaques de Peyer, etc.: c'est une maladie qui n'est pas localisée, comme l'est, au contraire, la fièvre typhoïde.

La fièvre typhoïde forme donc une classe et le typhus fever une autre.

Jusqu'ici, l'accord est presque unanime. Mais ce qui paraît moins prouvé, bien que généralement admis, c'est l'identité absolue de la fièvre de famine, du typhus fever endémique dans certains pays, et du formidable typhus des armées.

On ne trouve pas d'altérations intestinales dans le typhus des armées. Ceci paraît certain, bien que M. Briquet soit d'un avis contraire. On n'en trouve pas davantage dans le typhus fever endémique et dans la fièvre de famine. Tel est le premier argument en faveur de l'identité, argument négatif, impuissant à lui seul pour appuyer une conclusion. Mais on ajoute que l'exanthème serait semblable de part et d'autre, que la propagation aux individus sains se ferait de même manière, que la marche de l'affection serait la même dans les cas types. Ceci, prouvé, serait en effet convaincant.

C'est en se basant sur ces données, en admettant l'identité de tous ces genres de typhus que M. Chauffard avait été naturellement conduit à soutenir que le typhus, sous une forme ou sous une autre, était le privilége des races chez lesquelles le typhus fever est endémique.

On lui a répondu en lui montrant le typhus des armées, précédé et accompagné de tout un cortége de maladies connexes, scorbut, etc., se développant toujours partout où il trouvait des circonstances favorables.

La démonstration était évidente pour qui était bien persuadé de l'unité de tous les typhus autres que la fièvre typhoïde ; et M. Chauffard a renoncé à défendre sa théorie.

Mais ses arguments, présentés avec le talent qu'on lui connaît, ont fait une certaine impression, que lui-même n'avait peut-être pas prévue.

On a commencé à avoir des doutes sur l'identité absolue d'une affection qui, endémique dans certains pays, y devient parfois épidémique, et d'une autre affection qui est de tous les pays et de toutes les races, bien que ne paraissant jamais que dans certaines circonstances déterminées.

L'étude approfondie, attentive, du typhus dans ses diverses formes, faite comparativement sur une large échelle, pourra seule dissiper ces doutes ou les confirmer.

Et encore cette étude sera-t-elle délicate, puisqu'il s'agit de maladies infectieuses, non localisées, caractérisées par leurs symptômes, par leur marche, et non point par des lésions pré-

cises. Or, on sait combien il est difficile d'individualiser les maladies de ce genre. On discute encore aujourd'hui, après plusieurs années, sur la nature réelle de cette fièvre récurrente, qui a dépeuplé l'île Maurice.

Le plus grand nombre des médecins anglais qui la traitaient, la regardaient d'abord comme une transformation de l'*impaludisma*, qui serait ainsi devenu contagieux et épidémique ; d'autres en ont fait une maladie particulière à germe tout spécial ; d'autres y reconnaissent une forme de *typhus fever*, développé cette fois dans d'autres conditions que ses conditions habituelles et dans une contrée différente, ayant revêtu d'autres symptômes et présentant une autre marche.

Ce serait le pendant du typhus des armées.

Jusqu'à ce qu'un même praticien, au coup d'œil juste, à l'esprit précis, ait soumis à son observation l'ensemble de ces affections considérées comme typhiques, tout nouveau discours serait inutile.

Dr Victor Revillout.

ÉCOLE PRATIQUE. — M. Legrand du Saulle.

De la folie héréditaire (1).

Pour décrire avec ordre tant d'états si différents par leur gravité et leurs manifestations symptomatiques, il est indispensable de les classer en un certain nombre de catégories.

Morel a divisé en quatre groupes l'espèce des folies héréditaires : le premier groupe est caractérisé par l'exagération du tempérament nerveux. On y trouve tous ces malades chez lesquels l'état morbide se manifeste par les originalités et les bizarreries du caractère, par la perversion des sentiments coexistant avec un développement normal de l'intelligence. Dans le deuxième groupe, se placent les cas de folie morale. Le troisième comprend les maniaques instinctifs chez lesquels l'intelligence est peu développée. Enfin, le quatrième est formé par les débilités et les agénésies intellectuelles congéniales.

Cette classification est basée sur une étude très-approfondie de la folie héréditaire, et je crois qu'il serait bon de la conserver si on voulait faire une description complète de tous les types cliniques de la folie héréditaire. Mais telle n'est pas mon intention. Je me propose de vous faire connaître simplement la séméiologie générale des transmissions héréditaires.

La folie héréditaire, en effet, s'annonce par un petit nombre de symptômes fondamentaux dont on trouve les traces dans tous les cas, même les plus légers. Ces symptômes une fois bien connus, il devient facile de les rechercher, et conséquemment d'arriver à poser un diagnostic précis.

La séméiologie générale des transmissions héréditaires comprend de nombreux phénomènes, que l'on peut scinder pour la facilité de l'exposition, en trois catégories :

La première renferme les caractères de l'ordre physique ;

La deuxième, ceux de l'ordre intellectuel proprement dit ;

La troisième, celle de l'ordre moral et de l'ordre affectif.

I. *Caractères de l'ordre physique.* — Les transmissions des maladies nerveuses, dit Morel, ont souvent un retentissement apparent sur les caractères physiques de l'individu. C'est là une proposition dont l'observation confirme tous les jours l'exactitude. Chez les héréditaires, la dégénérescence ne se montre pas seulement par les signes de l'aliénation mentale : elle se manifeste par des malformations d'organes, comme elle se manifeste par des malformations intellectuelles, et la réunion de ces deux ordres de phénomènes est si constante que l'étude des caractères physiques des héréditaires est presque aussi importante au point de vue du diagnostic, que celle des troubles de l'intelligence ou de la volonté. Morel a trouvé une expression fort heureuse pour caractériser la valeur de ces signes physiques : il les appelle les stigmates de l'hérédité. Je vous demande la permission d'entrer à leur sujet dans quelques développements, que légitiment suffisamment, je pense, leur importance même et aussi l'oubli volontaire dans lequel les laissent encore aujourd'hui quelques psychologues.

On dit que les individus qui naissent dans de fâcheuses conditions héréditaires sont fréquemment d'un tempérament lymphatique exagéré, qu'ils sont prédisposés aux diverses manifestations de la diathèse scrofuleuse et que pendant leur jeunesse ils sont souvent frappés de rachitisme. J'ai cherché dans mes souvenirs et dans mes notes la confirmation de cette idée, et j'avoue que je n'ai rien trouvé de bien démonstratif à cet égard. Certainement les héréditaires peuvent être scrofuleux et le rachitis ne les épargne pas ; mais les scrofules et le rachitis ne sont pas beaucoup plus fréquents chez eux que chez les personnes qui ne sont pas victimes de l'hérédité névropathique.

Le crâne des héréditaires présente très-fréquemment des malformations. Ces malformations, dont l'étude complète serait extrêmement intéressante, ont été jusqu'à présent assez mal déterminées. On s'est contenté d'en signaler l'existence sans les classer méthodiquement et sans rechercher les rapports qui pouvaient exister entre l'état de l'encéphale et celui de sa boîte osseuse. Il serait pourtant fort intéressant de savoir si, chez les héréditaires, les malformations du crâne ne sont pas le résultat de malformations cérébrales. Il semble que la violente réaction dont la doctrine de Gall a été l'origine, ait écarté les travailleurs de cette voie, car personne, que je sache, n'a dirigé dans ce sens une série sérieuse de recherches.

Quoi qu'il en soit, le crâne peut être altéré dans son volume ou dans ses formes.

Quelquefois, une ossification trop précoce des os du crâne a mis un arrêt à son développement, et le sujet reste microcéphale ; quelquefois, au contraire, un certain degré d'hydrocéphalie est la cause, par un mécanisme facile à comprendre, d'une exagération du volume du crâne.

Le macrocéphalie et la microcéphalie coïncident le plus souvent avec les formes graves des dégénérescences. On les observe uniquement chez les imbéciles ou les idiots.

Les déformations du crâne qui nous restent à étudier peuvent, au contraire, s'observer dans les formes moins graves des transmissions héréditaires : il ne faut jamais oublier de les rechercher avec un soin minutieux, lorsqu'on soupçonne chez un malade l'existence de la folie héréditaire. Ces déformations du crâne sont extrêmement variées. On a signalé la présence de saillies volumineuses, de bosses, de crêtes osseuses sur différents points de la tête. On a encore noté les proéminences exagérées des régions pariétale, frontale ou occipitale.

Les types de malformations que l'on observe le plus fréquemment sont au nombre de trois : le premier, c'est le type asymétrique dans lequel les deux moitiés latérales du crâne ne sont pas semblables, soit qu'elles aient un volume différent, soit que leurs courbures ne se correspondent pas. Le deuxième est caractérisé par l'allongement insolite de l'ovale antéro-postérieur du crâne. Dans ce cas, les diamètres antéro-postérieurs

(1) Suite. — Voir les numéros des 15, 17, 24, 31 juillet et 5 août 1873.

sont augmentés relativement aux diamètres transversaux qui sont amoindris. On observe alors une dépression frontale, qui rend le front fuyant, et l'ensemble de la tête allongée d'avant en arrière, se rapproche par sa forme de celle des singes ou des mammifères plus inférieurs. Le troisième type a été décrit avec soin par M. Campagne, dans un travail dont j'aurai à vous parler plus tard. Cet auteur a eu l'occasion d'étudier les formes et les dimensions du crâne chez treize héréditaires atteints de troubles psychiques spéciaux (*manie raisonnante*).

Chez douze de ses malades, la tête présentait une difformité identique. Elle était plus petite que chez les personnes saines d'esprit et que chez les aliénés non héréditaires; de plus, elle présentait une déformation particulière, consistant en un aplatissement de la région postérieure de la tête. En d'autres termes, sur treize observations, M. Campagne a trouvé douze fois le crâne amoindri au détriment de la région occipitale.

Cette constante uniformité de la déformation crânienne dans une série de cas où les symptômes morbides présentaient une incontestable similitude, est un fait extrêmement remarquable et qui porte involontairement à se demander s'il n'existait pas un rapport entre la nature de la déformation crânienne et la nature des troubles psychiques.

Il est inutile de vous rappeler que toutes les malformations crâniennes ne sont pas congénitales. Il en est qui sont acquises après la naissance, et qui sont par conséquent tout à fait indépendantes des transmissions héréditaires. Vous savez que, dans certains pays, on conserve encore le stupide usage de déformer la tête des enfants en l'enfermant aussitôt après la naissance dans des coiffures serrées, qui en gênent et en dirigent le développement. Comme les sutures ne sont pas encore ossifiées, comme les os sont encore extrêmement malléables, on arrive facilement avec un peu de persévérance à donner au crâne les formes les plus bizarres. Il suffit de connaître ces faits pour ne pas les interpréter faussement lorsqu'ils se présentent à l'observation.

La face des héréditaires présente des anomalies aussi fréquentes et peut-être aussi importantes que celles du crâne. Quelquefois, il y a absence d'harmonie du visage; les différents segments n'ayant pas entre eux les proportions normales. Ainsi, le front peut être extrêmement exigu relativement à la face, ou inversement, sur un front trop développé on remarque une face trop petite.

Plus souvent encore, la face est asymétrique; une de ses moitiés latérales est plus petite ou plus élevée que l'autre, ce qui donne à la physionomie un aspect dysharmonique choquant. L'asymétrie faciale est extrêmement fréquente chez les héréditaires. C'est un des stigmates de l'hérédité les plus ordinaires et les plus saillants. Mais il faut tenir compte de la possibilité d'erreurs et ne pas considérer comme héréditaires tous les gens dont la face est asymétrique.

Beaucoup de conditions peuvent, en effet, donner naissance à l'asymétrie faciale. Je ne vous parlerai pas des maladies qui peuvent produire une tuméfaction temporaire unilatérale de la face. Il faudrait être aveugle pour les confondre avec des cas d'asymétrie congénitale. Mais il existe d'autres lésions qui pourraient être des causes d'erreurs si l'on n'était parfaitement prévenu.

Ainsi, l'absence des dents molaires d'un côté, avec conservation de celles du côté opposé produit une asymétrie des joues dont il est, il est vrai, très-facile de découvrir l'origine.

Il en est de même de l'atrophie musculaire progressive et de l'atrophie paralytique.

(*A suivre.*)

AMYGDALITE UNILATÉRALE INFLAMMATOIRE

NON SPÉCIFIQUE, TERMINÉE PAR GANGRÈNE

PARALYSIE UNILATÉRALE DU VOILE DU PALAIS ET DU PHARYNX, ŒDÈME DE LA GLOTTE. — PARALYSIE BILATÉRALE DU VOILE DU PALAIS, DU PHARYNX ET DU LARYNX. — MORT.

Par M. le Dr Perkowski (de Beaumont-sur-Sarthe).

Le 16 septembre 1872, je fus consulté, dans mon cabinet, par Mme C..., âgée de trente-trois ans, la femme d'un agriculteur, habitant un petit hameau de la commune de Lucé, assez éloignée de ma résidence.

La malade avait toujours joui d'une assez bonne santé, malgré sa faible et nerveuse constitution. Pas de maladies antérieures, sinon quelques rares douleurs gastralgiques déterminées par la nourriture grossière de la campagne.

Il n'y a que depuis onze jours, à la suite d'un refroidissement, qu'elle avait été prise d'une douleur violente de gorge. Sans avoir la fièvre, elle éprouva au début un peu de malaise général. Le troisième jour, elle avait un mouvement fébrile assez prononcé et se plaignait d'une vive douleur qu'elle localise au-dessous et en arrière de l'angle de la mâchoire du côté gauche. Les souffrances allèrent croissant en même temps que la fièvre devint plus vive. Au septième jour de sa maladie, cette femme fut dans un état d'anxiété terrible, tourmentée par le manque de sommeil, la gêne de la déglutition plus grande et par une soif vive qu'elle ne pouvait satisfaire. Le lendemain, à la suite d'un effort de toux plein d'angoisse, elle avait rendu, dit-elle, un peu d'humeur rougeâtre, sanieuse, d'un goût très-désagréable et d'une fétidité repoussante. La fièvre, la douleur avaient cédé, mais les jours suivants, la voix, déjà modifiée dans son timbre, devint plus nasillarde; la déglutition, quoique beaucoup moins douloureuse, restait gênée, et les boissons passaient en partie dans les narines et le larynx si la malade ne prenait la précaution de pencher la tête du côté opposé à la partie affectée.

Les forces ne revenaient point. En outre, et surtout tourmentée par une fétidité de l'haleine croissante, la femme C... se décide à faire le voyage pour me demander une consultation.

Je suis frappé par sa teinte terreuse. Le pouls, petit, dépressible, bat à peine 84 par minute. La voix présente un nasonnement caractéristique. Le larynx n'est point douloureux à la pression. Point de ganglions sous-maxillaires ni cervicaux engorgés, mais on sent au-dessous et en arrière de l'angle de la mâchoire du côté gauche, une grosseur très-sensible au toucher qui n'est autre chose que l'amygdale correspondante démesurément gonflée. L'odeur de l'haleine, d'une très-grande fétidité, rappelle bien celle d'un cancer utérin très-avancé.

Ayant fortement abaissé la langue, très-chargée d'un enduit saburral, je constate la moitié gauche de l'isthme du gosier presque oblitérée par une amygdale énorme couverte d'une plaque grise noirâtre, entièrement noire par place, occupant à peu près les cinq sixièmes inférieurs de la tonsille, et circonscrite par un bord saillant, dentelé, taillé à pic et jaunâtre.

Voulant détacher cette plaque peu adhérente que j'avais cru superficielle, je ramène avec la pince, sans aucun effort ni tiraillement, une grande eschare de l'amygdale mortifiée dans ses cinq sixièmes inférieurs, laissant à sa place une ulcération infractueuse, profonde, saignante, surmontée et comme coiffée par le reste de l'organe rouge, gonflé et dépassant légèrement les piliers.

L'isthme du gosier ainsi désoblitéré, rend plus facile l'examen détaillé de la gorge. Toute sa moitié droite, à peine congestionnée, la tonsille petite, cachée par les piliers, ne démontre aucune altération visible, par opposition à celle du côté affecté, où les deux piliers, la partie correspondante du voile du palais et du palais œdé-

matiés, présentent une coloration rouge foncé. Quand on imprime fortement la langue, toute cette partie du voile du palais, pendante, immobile, contraste avec les oscillations fréquentes de l'autre moitié non atteinte de trouble fonctionnel. En l'excitant, ainsi que les piliers, point de ces mouvements réflexes par lesquels réagit si vivement, à l'état normal, l'exquise sensibilité de ces régions, ici abolie en grande partie.

Le travail phlegmasique n'avait pas ménagé et dépassé la luette, déviée à droite. L'excitation directe portée sur son côté droit fait augmenter la déviation de ce petit organe qui, en même temps, fuit en arrière, en haut, avec la moitié du voile membraneux non paralysée. Le chatouillement n'en détermine point d'effet pareil à gauche, et l'inflexion primitive de la luette reste la même.

La malade avale assez facilement une gorgée d'eau fraîche qui ne revient point par les narines; mais je suis frappé d'un fait digne d'attention, c'est que toutes les fois que Mme C... exécute un mouvement de déglutition, sa tête est infléchie du côté droit. Désirant savoir si ce dernier mouvement est en rapport avec la sensibilité de la muqueuse et la contraction du pharyngo-staphylin qui, agissant seul (son congénère étant paralysé), concourt à former, avec la moitié correspondante du voile du palais, une demi-cloison pour séparer la partie supérieure nasale du canal pharyngien avec l'inférieure œsophagienne et s'oppose ainsi au passage du liquide dans les arrière-narines, je prie la patiente d'avaler la tête restant fixe et droite. Un accès de toux, et surtout le reflux d'une quantité d'eau par les narines donnent une démonstration suffisante de ma prévision. Pour se gargariser, la malade renverse la tête en arrière et à droite, la face dirigée du même côté et effectue de petits mouvements de gauche à droite et dans le sens contraire, bientôt étant obligée, par un accès de toux, de rejeter le liquide.

Elle ne peut ni souffler la bougie allumée (la flamme est seulement fortement déviée) ni exercer la succion; mais elle gonfle légèrement les joues.

L'urine, examinée, ne présente aucune altération. Point d'albumine.

Après avoir cautérisé l'ulcération de l'amygdale sphacélée avec un pinceau trempé dans l'acide chlorhydrique, je prescris un régime tonique (potion à l'extr. de quinq., café à l'eau-de-vie, gelée de viande, gargarisme antiseptique).

Loin de partager la satisfaction de la malade, soulagée, se croyant même guérie, redoutant surtout l'hémorrhagie par l'extension de la gangrène à la carotide interne, je ne dissimule point la gravité du pronostic au mari en l'engageant vivement de m'en donner de fréquentes nouvelles et de m'appeler au moindre accident. Je ne fus point écouté.

Ce n'est que cinq jours après, que M. C... arrive me dire que, depuis la veille, sa femme était reprise de son mal de gorge et d'une gêne de la respiration graduellement portée jusqu'au point de provoquer des accès de suffocation.

En entrant chez la malade, je la vois en proie d'une dyspnée considérable, accompagnée de sifflement laryngo-trachéal pendant l'inspiration, tandis que l'expiration reste normale; le visage pâle et présentant cette expression que l'on observe chez les individus menacés d'asphyxie, l'aphonie très-prononcée; la malade prononce avec beaucoup de difficulté quelques paroles à peine compréhensibles. Le larynx est très-sensible à la pression. Je trouve la muqueuse de la gorge œdématiée, d'un rouge vif, livide autour de l'amygdale mortifiée. D'après les renseignements qu'on me donne, Mme C... avait encore rendu la veille, quelques petites eschares; pourtant le sphacèle me semble n'avoir point fait de progrès bien sensibles; c'est la même ulcération profonde, anfractueuse, couverte d'une plaque noirâtre très-superficielle, facilement enlevée. En portant le doigt vers l'orifice du larynx, on sent un gonflement œdémateux de l'épiglotte et des ligaments arythéno-épiglottiques. Il n'y avait aucune hésitation possible dans le diagnostic!

Sans attendre un instant, après avoir garni mon bistouri, et me servant de l'indicateur gauche comme conducteur, je fis plusieurs scarifications sur l'épiglotte et les ligaments arythéno-épiglottiques.

La malade, revenue de cette terrible angoisse qui accompagne cette opération, rejette quelques cuillerées de sang avec beaucoup de mucosités. La dyspnée et le sifflement laryngo-trachéal disparaissent comme par enchantement.

L'urine toujours normale.

Même prescription. Gargarisme aluné; vésicatoire à la nuque.

En quittant la malade, je renouvelle mes recommandations, qui ne furent pas mieux écoutées que les premières; en effet, ce n'est que sept jours après (le 28 septembre) que l'on vint m'en donner des nouvelles : « tout allait mieux, me dit-on, jusqu'à hier matin, C'est depuis ce moment que Mme C... ne peut rien avaler, tout revient par le nez, avec des quintes de toux et des étouffements terribles. »

Je trouve la malade très-affaiblie; ses extrémités refroidies. Le pouls, petit, imperceptible, fuyant, à peine 60 battements par minute. Le larynx très-sensible à la pression; l'aphonie complète. La respiration n'est point gênée. La phlegmasie de la gorge n'existe plus, c'est à peine si l'on distingue un peu de rougeur autour de l'ulcération tonsillaire bourgeonnante et en voie de cicatrisation. L'anesthésie et la paralysie palatine complètes.

Quand on introduit profondément le doigt dans la gorge, le pharynx paraît ne donner aucun signe de contraction; le larynx est faiblement porté en haut par les muscles extrinsèques. La gêne de la déglutition est telle que la malade appréhende comme un supplice d'avaler même sa salive. Les assistants me disent qu'elle refuse toute espèce d'alimentation. J'arrive, non sans peine, en bouchant le nez, à faire prendre quelques petites cuillerées de café et de sa potion tonique, et j'engage la personne qui soigne la malade à en faire autant après mon départ.

Le 1er octobre, se trouvant très-oppressée, la femme C... prie son mari par des gestes d'aller me chercher. Je suis profondément impressionné par sa face grippée; les paupières, les pommettes violacées et la peau du reste de la face d'un jaune terreux. Les extrémités livides et refroidies. Le pouls tombé au chiffre de 48. La langue pâle. La bouche constamment entr'ouverte pour respirer et pour permettre l'écoulement de la salive et des mucosités épaissies, qu'elle détache avec les doigts portés au fond de la gorge. Une grande faiblesse dans l'accomplissement de l'acte respiratoire, malgré l'oppression que la malade accuse. En portant la main sur le thorax, c'est à peine si l'on perçoit une légère oscillation des parois de la poitrine. Il est impossible de faire retenir à la malade l'air dans la poitrine. L'aphonie et la dysphagie sont complètes. Les membres supérieurs et inférieurs gardent l'intégrité de leurs mouvements. Point de diplopie ni de strabisme, ni de dilatation des pupilles.

Prescription : lavements alimentaires.

Malgré la dépression aussi complète des forces vitales, la mort n'arrive que quatre jours après. Mme C... succombe dans une syncope, l'intelligence restant intacte jusqu'à la fin.

Parvenu au terme de cette observation, nous éprouvons le besoin de jeter un coup d'œil en arrière, pour rassembler en un seul faisceau ses points les plus saillants, qui présentent une importance assez grande par leur interprétation pathogénique :

1° La terminaison de l'amygdalite unilatérale, inflammatoire, non spécifique par sphacèle.

2° La tendance qu'eut à se limiter cette sorte de gangrène, par opposition à celles qui trouvent leur source dans une profonde atteinte portée à l'économie par une cause spécifique.

3° L'apparition précoce de la paralysie unilatérale du voile du palais et du pharynx.

4° L'extension de ce trouble fonctionnel à la totalité de ces organes et au larynx, après une nouvelle poussée phlegmasique préalable.

5° *Le rapport rigoureux de ces paralysies avec le siège qu'occupait primitivement l'inflammation.*

6° Enfin, la dépression finale des forces vitales et la mort dans une syncope.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 12 août 1873. — Présidence de M. DEPAUL.

CORRESPONDANCE OFFICIELLE

M. le ministre de l'agriculture et du commerce transmet les rapports des médecins des épidémies du département de la Seine sur l'épidémie variolique qui a régné en ce département en 1870 et 1871 (commission des épidémies).

CORRESPONDANCE NON OFFICIELLE

La correspondance non officielle comprend :

1° Quatre lettres de remercîments de divers lauréats de l'Académie;

2° Une lettre de M. le docteur Cabasse, médecin-major de première classe dans les hôpitaux militaires, accompagnant l'envoi de documents cliniques pour servir à l'histoire des indications rationnelles dans l'emploi des eaux chlorurées sodiques, et en particulier de celles de Bourbonne (commission des eaux minérales).

M. GUBLER fait hommage à l'Académie, au nom de l'auteur, M. le docteur Garrigou, d'une conférence intitulée : *Généralités sur les eaux minérales des Pyrénées.*

M. CHAUFFARD, au nom de M. Charles Mauriac, médecin de l'hôpital du Midi, présente une brochure intitulée : *Étude clinique de l'influence curative de l'érysipèle dans la syphilis.*

L'Académie procède par la voie du scrutin à l'élection d'un membre titulaire dans la section de pathologie médicale.

La commission présente en première ligne : M. Hirtz ; en seconde, M. Villemin ; en troisième, M. Jaccoud ; en quatrième, M. Peter ; en cinquième, M. Bucquoy.

Le nombre des votants étant de 54, la majorité est de 28 :

M. Hirtz obtient 30 suffrages ; M. Villemin 19 ; M. Jaccoud 4 ; M. Peter 1.

En conséquence, M. Hirtz ayant obtenu la majorité des suffrages, est proclamé membre de l'Académie.

Suite de la discussion sur le typhus.

M. BRIQUET s'attache de nouveau à montrer, comme il l'avait déjà fait lors de la discussion soulevée par M. Chauffard, les analogies qui existent entre le typhus et la fièvre typhoïde, maladies qui, suivant lui, peuvent avoir des symptômes et des altérations anatomiques semblables, y compris les ulcérations intestinales.

M. Briquet admet deux formes de typhus, l'un avec lésions de l'intestin, qui est le typhus des anciens auteurs ; l'autre, sans lésions de cet organe, qui serait le typhus des médecins de l'époque actuelle. Cette dernière forme est, suivant lui, le typhus *fever*, qu'il faut bien se garder de confondre avec le typhus des anciens auteurs, confusion qui est faite par un grand nombre de médecins, parmi lesquels M. Chauffard, et qui n'est propre qu'à jeter le trouble dans les esprits.

L'orateur cherche à prouver par diverses citations que M. Louis admettait l'identité du typhus des anciens avec la fièvre typhoïde, tandis qu'il distinguait parfaitement ces deux maladies du typhus *fever*. Il s'appuie également pour établir cette distinction sur un grand nombre d'épidémies. La deuxième forme du typhus se distingue de la première (typhus *fever*, fièvre typhoïde), parce qu'il n'y existe aucun trouble du tube intestinal, ni météorisme, ni sensibilité de l'abdomen à la pression, ni gargouillement iléo-cœcal, ni coliques, ni diarrhée, et après la mort, aucune altération anatomique du tube intestinal. Elle s'accompagne d'un exanthème différent de la tache articulaire, c'est la pétéchie à l'état aigu. La marche est d'un tiers plus rapide que celle de la première forme ; elle a plus de gravité et donne plus de mortalité ; enfin son étiologie, qui a quelques rapports avec ceux de la première forme, s'en distingue en ce que l'influence de l'encombrement et celle de la famine y sont prépondérantes. Cette forme se présente comme la première, à l'état sporadique et à l'état épidémique. Ce dernier état n'est qu'une aggravation des conditions qui ont présidé au développement de l'état sporadique. L'orateur énumère les diverses épidémies de typhus *fever* qui ont éclaté, de 1817 à 1872 dans diverses parties du monde.

Il termine par quelques considérations sur le typhus carcéraire ou des prisons, qu'il considère comme n'étant autre chose que la fièvre typhoïde à l'état épidémique.

M. CHAUFFARD demande à M. Briquet la permission de ne pas lui répondre, parce que, suivant lui, la question du typhus est épuisée et qu'une discussion ne peut durer indéfiniment.

M. BOUILLAUD voudrait éclaircir deux points principaux : 1° la doctrine de M. Louis relativement à la fièvre typhoïde ;

2° La part qui revient à d'autres auteurs et le rôle qu'il a joué lui-même dans l'histoire de cette maladie.

Relativement à la doctrine de M. Louis, M. Bouillaud déclare que le livre de cet auteur ne peut laisser de doute sur sa manière de comprendre la nature de la fièvre typhoïde dans tout ce qui concerne la nomenclature, le diagnostic, l'anatomie pathologique. Il est évident que M. Louis considère la fièvre typhoïde comme une affection primitivement locale caractérisée anatomiquement par l'altération des plaques de Peyer et entièrement distincte, par conséquent, du typhus, qui est une maladie primitivement générale.

Avant M. Louis, divers auteurs : Prost en 1804, Petit et Serres en 1813, M. Andral en 1822, M. Bouillaud en 1826, avaient décrit ces altérations de la fièvre typhoïde et montré dans la lésion des plaques de Peyer et des follicules isolées de l'extrémité inférieure de l'intestin grêle, le caractère essentiel de la maladie. Ce qui fait la différence avec les doctrines de M. Louis, c'est que M. Louis n'avait établi aucune relation entre les symptômes généraux putrides, adynamiques, etc., de la fièvre typhoïde et les altérations anatomiques, tandis que M. Bouillaud s'est étudié à mettre en relief ces relations, assimilant les foyers septiques intérieurs produits par les altérations intestinales aux foyers septiques extérieurs déterminés, par exemple, par les lésions gangreneuses.

M. Bouillaud s'est bien gardé d'ailleurs de confondre le typhus, affection primitivement générale avec la fièvre typhoïde, maladie primitivement locale.

A cinq heures, l'Académie se forme en comité secret pour entendre le rapport de M. Giraldès sur les candidats au titre de membres associés étrangers.

VARIÉTÉS

Leçons cliniques sur les maladies des femmes (1)

Par T. GALLARD, médecin de la Pitié.

Le titre de cet ouvrage indique par lui-même que l'auteur n'a pas prétendu écrire un traité dogmatique et complet des affections auxquelles les femmes sont si souvent sujettes. Ce sont des leçons cliniques inspirées au professeur par les maladies qui se sont rencontrées dans ses services de Lariboisière et de la Pitié. On y constatera les qualités qui distinguent cet éminent praticien, dont la devise pourrait être : « Tout pour la clinique et par la clinique. »

L'auteur commence par quelques considérations anatomiques sur les organes génitaux : utérus, vagin, trompes, ovaires ; mais l'anatomie qu'il expose est faite, si je puis m'exprimer ainsi, pour le doigt et non pour l'œil, selon la méthode suivie ordinairement et avec raison dans les traités d'anatomie descriptive.

(1) J.-B. Baillère, 1873.

Puis vient le chapitre consacré à l'exploration directe des organes génitaux au moyen du spéculum, de la sonde utérine, par le toucher vaginal, etc. Le médecin de la Pitié emploie volontiers l'hystéromètre comme moyen de diagnostic des affections utérines et ne redoute pas les dangers du cathétérisme utérin, quand l'instrument est manié avec prudence par des mains habiles. Toutefois, il reconnaît que c'est une opération délicate qui, maladroitement ou intempestivement exécutée, peut avoir des inconvénients sérieux. Les principales contre-indications du cathétérisme sont l'état de congestion ou d'inflammation de l'organe, et surtout l'état de grossesse.

L'auteur aborde l'étude des maladies des femmes par la métrite, parce que c'est elle qui tient la plus grande place dans le cadre nosologique de la pathologie féminine.

Il distingue d'abord la métrite aiguë et la métrite chronique, et la première, il l'étudie sous deux formes : la métrite interne ou muqueuse, et la métrite parenchymateuse. Cette dernière se rencontre rarement en clinique, complétement isolée ; elle est souvent associée à la métrite muqueuse aiguë ou aux phlegmasies péri-utérines, soit au phlegmon péri-utérin, soit à la pelvi-péritonite.

C'est à la métrite muqueuse aiguë qu'il faut rapporter ces métrorrhagies fréquentes qui ont fait donner à cette affection le nom de métrite hémorrhagique par quelques auteurs.

M. Gallard a soin d'établir une distinction radicale entre les phlegmasies de l'utérus à l'état de vacuité et ces mêmes affections survenant dans l'état puerpéral. Celui-ci imprime aux affections de la matrice et de ses annexes un cachet spécial, aussi les descriptions sont-elles inexactes et confuses si l'on n'a pas le soin de faire auparavant cette distinction.

Le tableau de la métrite chronique est tracé d'une façon magistrale, et c'est, il faut bien le dire, la pierre angulaire de la pathologie *féminine*, par sa fréquence extrême et ses conséquences, à tel point que Scanzoni prétend que le meilleur moyen de guérir les déviations, c'est de traiter la métrite chronique si souvent concomitante.

M. Gallard rattache à la phlegmasie chronique de la matrice un grand nombre de lésions : ulcérations, végétations, polypes muqueux, etc., décrites ordinairement à part dans les auteurs ; et ce détail de classification a l'avantage de simplifier beaucoup l'étude des maladies utérines et par conséquent de la rendre plus facile, plus accessible aux médecins qui n'ont que peu de temps à y consacrer. Les praticiens apprécieront particulièrement le chapitre consacré à cette affection si tenace et qui épuise les forces de la patiente lorsque les indications thérapeutiques ne sont pas saisies à temps par le médecin.

La section XII est consacrée à l'allongement hypertrophique du col de l'utérus si bien étudié par Huguier qui allait presque jusqu'à nier le prolapsus de la matrice.

Sans aller aussi loin que son ancien maître, M. Gallard considère cependant l'allongement hypertrophique du col comme fréquent relativement à l'excessive rareté du prolapsus.

Le chapitre XIV est consacré aux tumeurs fibreuses que l'auteur fait dériver, par une vue ingénieuse, de l'inflammation utérine, tout en avouant qu'il n'a pu encore suivre l'évolution des produits phlegmasiques aboutissant aux hystéromes, au cancer de l'utérus, à l'hématocèle péri-utérine à propos de laquelle l'auteur a des opinions personnelles auxquelles il a eu occasion, depuis un certain nombre d'années, de faire subir quelques restrictions. Ainsi, M. Gallard admet que la plupart des hématocèles péri-utérines sont le résultat des grossesses extra-utérines, mais il ne nie pas la possibilité de cette affection sans qu'il y ait conception.

Le dernier chapitre est consacré à l'ovarite, dont l'histoire est encore remplie d'incertitude et demande de nouvelles recherches ; il est cependant juste de dire qu'un certain nombre de points obscurs ont été élucidés par l'auteur.

Nous voudrions parler plus longuement d'un livre qui révèle une étude consciencieuse et approfondie des maladies des femmes ; mais nous ne pourrions qu'affaiblir l'intérêt qu'y trouvera le lecteur en donnant ici plus de détails. Nous avons eu pour but simplement d'attirer l'attention sur les chapitres les plus importants en signalant l'utilité d'un ouvrage qui, par suite de son caractère éminemment pratique, est appelé à rendre à notre profession des services journaliers.

Dr G. CHANTREUIL.

THÈSES

SOUTENUES A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

PENDANT L'ANNÉE 1873.

233. Clavel. De la dysentérie chronique des pays chauds et de leur traitement par la diète lactée.
234. Philippe. Essai sur les synovites tendineuses et les kystes péri-tendineux.
235. Vernet. Des causes de la mort subite.
236. Demay. Du tannate de quinine et de son action sur la sueur des phthisiques.
237. Bohan. De l'étiologie du scorbut.
238. Fosse. Quelques considérations sur les ulcères de la cornée.
239. Pein. Essai sur l'hygiène des champs de bataille.
240. Yot. De l'érysipèle inflammatoire ou non puerpéral des enfants nouveau-nés.
241. Jougla. Traitement de la pleurésie purulente chez les enfants.
242. Le Piez. Étude sur quelques cas de ruptures dites spontanées du cœur.
243. Piot. Du goître endémique.
244. Lecoq. Essai sur le diagnostic des maladies du foie, ses difficultés.
245. Grellety. De l'hématurie dite essentielle dans les climats tempérés.
246. Vigier. Du pneumothorax dans la phthisie pulmonaire.
247. Massot. De l'influence des traumatismes dans la grossesse.
248. Guillevin. Diagnostic de la coxalgie.
249. Maurel. Contribution à la pathologie dentaire, de l'inflammation aiguë et chronique de la pulpe dentaire ou de la pulpe aiguë et chronique.
250. Paquet. Étude sur le traitement des fractures de la clavicule ; nouvel appareil de l'auteur.
251. Porson. Étude sur les troubles trophiques consécutifs aux lésions traumatiques des nerfs.
252. Bayard. Étude sur Néris-les-Bains et ses eaux thermales.
253. Svynos (A.). Des amblyopies et des amauroses hystériques.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

On nous apprend de Turin que notre distingué confrère M. le docteur Pasqua, directeur du service sanitaire de la mer Rouge, vient de faire à l'Académie de cette ville une communication très-intéressante sur le dernier pèlerinage de la Mecque. On nous apprend en même temps que la maison Pasqua, de Constantinople, dont fait partie M. le docteur Pasqua, vient de gagner le prix de 600,000 francs au dernier tirage des Obligations turques.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Traité pratique des maladies des nouveau-nés, des enfants à la mamelle et de la seconde enfance, par E. BOUCHUT, médecin de l'hôpital des Enfants-Malades. — *Sixième édition*, corrigée et considérablement augmentée, avec 179 figures intercalées dans le texte. Ouvrage couronné par l'Institut de France. — Paris, 1 vol. in-8° de 1092 pages. Prix : 16 francs. — J.-B. Baillière, rue Hautefeuille, 19.

Traité théorique et pratique de la syphilis, ou infection purulente syphilitique, par M. le docteur ARMAND DESPRÉS, chirurgien des hôpitaux, professeur agrégé à la Faculté de médecine. — 1 vol. in-8°. Prix : 7 francs. — Paris, 1873, Germer Baillière.

Mémoire sur les tumeurs du périoste dentaire et sur l'ostéo-périostite alvéolo-dentaire, par le docteur MAGITOT. Deuxième édition accompagnée d'une planche. — Paris, 1873, in-8° de 110 pages. Prix : 3 francs. — J.-B. Baillière et fils.

Résumé de pathologie et clinique chirurgicales, par le docteur FORT. — Un joli volume in-32 avec 107 figures intercalées dans le texte. Prix : 5 francs. — Paris, Adrien Delahaye.

Précis des maladies vénériennes, de leur doctrine et de leur traitement, par A. BERTHERAND, ancien médecin principal de l'armée. Ouvrage couronné (médaille d'or) par le ministre de la guerre. 2e édition considérablement augmentée. — 1 vol. in-8° d'environ 500 pages. Prix : 7 francs. — Paris, 1873, J.-B. Baillière et fils.

Thèses soutenues à la Faculté de médecine de Paris. A. Coccoz, libraire, rue de l'École-de-Médecine, n° 30.

Le Directeur : Dr E. LE SOURD.

Paris. — Typographie A. POUGIN, quai Voltaire, 13.

N° 95. — SAMEDI-MARDI 16-19 AOUT 1873. 46e ANNEE. SAMEDI-MARDI 16-19 AOUT 1873. — N° 95.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Bureaux : 57, rue des Saints-Pères, 57
PRÈS L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix d'abonnement doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois

On s'abonne hors de Paris dans les bureaux des Messageries et chez les Libraires. Les lettres non affranchies sont refusées.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui n'en peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS		
Trois mois. .	8 fr. 50 c.	POUR L'ÉTRANGER le port en sus suivant les derniers tarifs des Postes.
Six mois. . .	16 —	
Un an. . . .	30 —	

Paris, le 18 août 1873.

SÉANCE DE L'ACADÉMIE DES SCIENCES

M. Marey, comparant le cœur des animaux à un moteur mécanique, était arrivé précédemment à démontrer que la pression du sang dans les vaisseaux artériels a pour cause deux facteurs : la contraction du cœur et la résistance qui a son siége dans les capillaires (cette résistance est due à des causes très-diverses).

Pour M. Marey, le cœur ne se repose jamais et il exécute un travail sensiblement uniforme ; ses battements sont rares lorsque chacun d'eux doit surmonter une résistance considérable, et ils sont fréquents, quand cette résistance diminue. D'où il suit que la résistance à l'effort du cœur n'est autre que la pression du sang déjà contenu dans les artères.

Nous ne nous arrêterons pas à discuter si le cœur *ne se repose jamais;* nous avions pensé, jusqu'à présent, qu'il se reposait trente fois par minute en moyenne. Arrivons à l'objet de la communication de M. Marey.

M. Cyon (de Leipzig) ayant découvert la fonction d'un nerf du cœur, qu'il nomme *dépresseur*, et dont l'excitation produit, à titre de phénomène réflexe, un ralentissement de battements du cœur, avec un abaissement de la pression du sang dans les artères, la théorie de M. Marey se trouvait compromise, en ce sens que le nombre des battements du cœur peut être indépendant de la pression artérielle, grâce à l'intervention active du nerf de Cyon.

Dans le but de montrer qu'un cœur vivant, entièrement soustrait aux influences nerveuses qui lui pourraient venir du dehors, accélère ou ralentit ses battements quand on fait varier la pression artérielle, M. Marey a institué l'expérience suivante :

« J'enlevai le cœur, dit l'auteur, d'une tortue terrestre, et je lui adaptai un appareil circulatoire artificiel, formé de tubes de caoutchouc dans lesquels circulait du sang de veau fraîchement recueilli. D'un réservoir légèrement élevé, ce sang était amené par un siphon dans les veines et les oreillettes ; passant des ventricules aux artères, le sang était chassé dans des tubes élastiques munis d'ajustages étroits, qui le versaient de nouveau dans le réservoir. Ces derniers tubes représentaient les artères et les petits vaisseaux ; on pouvait leur appliquer différents appareils enregistreurs et étudier tous les phénomènes physiques de cette circulation, tels que la vitesse du sang, sa pression et les pulsations avec leur force et leur fréquence.

« Malgré une température élevée, cette circulation se maintint pendant plus de cinq heures, et je pus répéter un grand nombre de fois l'expérience suivante :

« Toutes les fois qu'en rétrécissant l'orifice d'écoulement du sang artériel ou qu'en élevant cet orifice plus ou moins haut, je faisais monter la pression du sang dans l'artère, je voyais les mouvements du cœur se ralentir. Toutes les fois, au contraire, que par des influences inverses je faisais baisser la pression du sang artériel, je voyais les battements du cœur s'accélérer.

« On peut donc affirmer qu'en l'absence de toute communication avec les centres nerveux, le cœur bat d'autant plus vite qu'il dépense moins de travail à chacun de ses battements. »

Après la description de cette expérience, on ne saurait contester à M. Marey une ingéniosité remarquable. Malheureusement, l'éminent professeur semble oublier qu'il fait de la physiologie et non de la mécanique. Qu'a-t-il voulu prouver en définitive ? *Que le travail du cœur est uniforme, lorsque cet organe n'est soumis à aucune influence nerveuse extérieure.* Or, l'expérience de M. Marey ne l'autorise nullement à soutenir que le cœur, séparé du corps, a été soustrait à toute influence nerveuse extérieure (en disant *influence extérieure*, il semble prévoir l'expérience et admettre que les nerfs du cœur ne sont pas étrangers à ce qui se passe ; mais dès lors son expérience n'a plus aucune portée), car les nerfs du cœur, qu'il n'a pu enlever entièrement, peuvent continuer, pendant un certain temps, à fournir leur excitation physiologique aux fibres musculaires. D'ailleurs, comme l'a démontré M. Fournié, dans sa *Physiologie du système nerveux*, aucun organe ne saurait fonctionner sans l'intervention du système nerveux ; ce sont les nerfs sensitifs qui transmettent aux organes l'excitant spécial de chaque fonction.

Dans l'espèce, une fibre musculaire ne se contracterait jamais, si elle n'était excitée à cela par un nerf. Les nerfs moteurs représentent *l'excitant fonctionnel* des muscles.

— Au nom de M. E. Roux, M. Pasteur présente une note intitulée : *Des variations dans la quantité d'urée excrétée avec une alimentation normale et sous l'influence du thé et du café.* Il était généralement admis, jusqu'à présent, que le thé et le café empêchaient la dénutrition des tissus, et l'on établissait cette appréciation sur ce fait que le thé et le café diminuent la quantité d'urée excrétée journellement.

M. E. Roux a expérimenté sur lui-même, pendant cinq mois,

se soumettant à un régime régulier comme exercice, travail et nourriture, prenant tantôt du café ou du thé, tantôt n'en prenant pas et analysant ses urines dans ces différentes circonstances.

Les résultats qu'il a obtenus à la faveur de cette longue expérimentation sont tout à fait opposés à l'opinion généralement admise.

Le thé et le café ont toujours produit chez lui une augmentation dans la quantité d'urée et de chlorure de solium rejetés par les urines.

« L'augmentation, dit l'auteur, le jour où l'on prend du café est très-considérable. Il est remarquable qu'elle ne dure pas. En continuant l'ingestion de cette substance, sans rien changer d'ailleurs aux autres conditions, le chiffre revient peu à peu au chiffre normal. C'est ainsi, par exemple, que la moyenne du 25 au 29 mai étant de 35 gr., 07 par jour, pendant les quatre jours suivants, où j'ai pris du café deux fois par jour, les chiffres ont été successivement de 39 gr., 4, 39 gr., 36 gr., 35 gr., 07. »

Il ressort de ces faits :

1° Que la première action du café est d'activer l'élimination de l'urée formée dans les tissus ;

2° Que cette action n'est que momentanée.

ÉCOLE PRATIQUE. — M. Legrand du Saulle.

De la folie héréditaire (1).

On connaît une maladie qui a pour effet de produire une atrophie partielle unilatérale de la face. Étudiée d'abord en Allemagne par Romberg, sous le nom de trophonévrose faciale, elle a fait, en 1869, le sujet de la dissertation inaugurale de M. Lande, qui, guidé par des considérations doctrinales que je crois erronées, lui a donné le nom d'aplasie lamineuse. M. Lande, en effet, ne voit dans cette affection qu'une atrophie primitive idiopathique du sinus lamineux.

M. Frémy s'est efforcé de rendre à la trophonévrose faciale sa véritable signification. Je crois, avec lui, qu'elle est le résultat d'une névrose trophique du trijumeau. Mais ce qui nous intéresse actuellement, ce n'est pas de savoir quelle est la nature de la trophonévrose faciale, mais bien de savoir la distinguer de l'asymétrie congénitale de la face. Ce diagnostic sera facile, si l'on se rappelle que la trophonévrose apparaît après la naissance; que l'atrophie qu'elle produit est limitée par une ligne à contours fort irréguliers; que dans les parties atrophiées, la peau est amincie, décolorée, etc.; enfin, que la trophonévrose débute par un point localisé et suit une marche envahissante.

Vous voyez qu'il suffit d'un peu d'attention pour ne pas confondre deux états si différents à tant de points de vue. J'ajouterai que la trophonévrose faciale est une affection assez rare, et que, dès lors, on n'est pas souvent exposé à commettre l'erreur contre laquelle je cherche à vous mettre en garde.

Il en est de même de ces cas rares d'atrophie unilatérale de la face, consécutifs à des lésions osseuses. Ainsi M. Panas a cité, à la Société de chirurgie, un cas d'atrophie de toute une moitié de la face chez un individu de vingt-cinq ans, qui avait eu, à l'âge de dix ans, une fracture du maxillaire inférieur.

Si un cas pareil se présentait à vous, vous pourriez toujours le reconnaître en vous renseignant sur l'époque où s'est montrée l'atrophie; du moment qu'elle n'est pas congénitale, elle est indépendante de la transmission héréditaire.

L'examen de la face permet encore de reconnaître quelques signes physiques dont on peut rattacher l'origine à la dégénérescence héréditaire.

Ainsi, on observe assez souvent, chez les descendants de parents névropathiques, des tics grimaciers, des contractures choréiformes partielles d'un des muscles ou d'un des groupes musculaires de la face ou des paupières. Il n'est pas rare non plus de constater chez eux le strabisme ou le nystagmus.

La bouche présente des déformations peu importantes. Elle est ordinairement grande; les lèvres sont souvent épaisses, surtout l'inférieure. Le bec-de-lièvre congénital est rarement signalé.

Les dents présentent de nombreuses irrégularités de développement. La première dentition est souvent retardée ; l'apparition très-reculée de la seconde a été fréquemment observée. Baillarger a même noté l'absence complète de la seconde dentition chez certains idiots. C'est surtout dans les formes graves des dégénérescences que l'on observe les malformations des dents. Elles sont alors irrégulières, serrées les unes contre les autres, les canines insérées sur un plan différent des autres; les incisives, quelquefois dirigées directement en avant. La surface antérieure des dents médianes a été trouvée couverte de rugosités ou criblée de trous. Enfin, on a noté souvent la décadence rapide et précoce de toute la dentition.

C'est aussi dans les formes graves que l'on observe les malformations de la luette et de la langue. La luette a été trouvée considérablement hypertrophiée, allongée et couverte d'une muqueuse épaissie renfermant des glandes volumineuses. Quelquefois elle était bifide. La langue présente souvent une hypertrophie notable, et chose curieuse, l'hypertrophie paraît porter sur les papilles fongiformes. La muqueuse linguale, épaisse, rugueuse, est sillonnée de dépressions profondes, irrégulières, limitant des saillies plus ou moins élevées, et dont la disposition rappelle vaguement celle des circonvolutions cérébrales.

Ces altérations anatomiques entrent pour une part dans la production des troubles de la mastication, de la déglutition et de la salivation si fréquents chez les idiots. Ils contribuent aussi, dans quelques cas, à gêner ou à empêcher complétement l'articulation des mots, mais il ne faut pas s'exagérer leur importance. Le plus souvent les troubles de la parole tiennent à des lésions centrales; les malformations de la langue n'ont qu'un rôle très-effacé dans leur production.

La voûte palatine présente très-souvent même, dans les formes peu avancées des dégénérescences héréditaires, des déformations importantes. Tantôt, elle est asymétrique, un de ses côtés étant à peu près plane, tandis que l'autre représente la moitié d'une ogive plus ou moins arquée ; tantôt, un sillon profond masque sa suture médiane antéro-postérieure. Dans quelques cas même les os ne sont pas réunis au niveau de cette suture. Très-souvent la voûte palatine forme une ogive plus arquée qu'à l'état normal. On peut aussi observer une disposition absolument inverse dans laquelle le palais représente une surface à peu près plane, comme cela se voit chez beaucoup d'animaux, particulièrement chez les carnassiers.

D'une manière générale, on peut dire que, chez les héréditaires, le palais est plus étroit que chez les individus sains.

Quelques auteurs ont voulu trouver une relation entre la forme du palais et celle du crâne. Selon eux l'étroitesse du palais indique l'étroitesse de la base du crâne, et, inversement

---

(1) Suite.—Voir les numéros des 15, 17, 24, 31 juillet, 5 et 14 août 1873.

sa largeur insolite indique une largeur anormale de la base du crâne; mais ces déductions ne me paraissent pas bien certaines. Pour les juger, il serait indispensable de faire l'examen comparatif d'un grand nombre de pièces osseuses dépouillées, et je crois que les auteurs qui les ont émises ont fait plutôt des théories que des observations.

Les organes des sens subissent aussi leur part de malformations. Je vous ai déjà parlé du strabisme et du nystagmus; j'ajoute que l'amaurause est excessivement rare.

Le goût présente des modifications variables : quelquefois il est altéré; d'autres fois, et c'est là le cas le plus fréquent, il est perdu ou tellement émoussé que les malades n'éprouvent de sensations gustatives que lorsqu'ils prennent des substances fortement irritantes; c'est ce qui explique l'avidité avec laquelle certains idiots recherchent les boissons fortes, et le plaisir que beaucoup d'entre eux éprouvent à manger du tabac.

La surdi-mutité n'est pas très-rare chez les héréditaires.

Le pavillon de l'oreille est un des organes qui portent le plus souvent la trace de l'hérédité. Il présente des déformations variables. Dans certains cas, les deux pavillons de l'oreille sont asymétriques. Dans d'autres, ils sont vicieusement implantés.

Plus souvent le pavillon est incomplet, en ce sens qu'il manque de quelques-unes de ses parties constitutives. Ainsi le lobule manque ou il n'est pas isolé des parties voisines. Enfin la déformation la plus ordinaire, c'est l'absence des saillies et des dépressions normales du pavillon. L'oreille est alors dite déplissée et se présente sous forme d'une lame unie, comme repassée, amincie sur ses bords, et généralement plus grande que de coutume.

Le système nerveux, atteint dans ses parties centrales, est aussi frappé dans ses parties périphériques.

L'innervation motrice est quelquefois troublée, et alors on observe les balancements automatiques, la lourdeur et l'incertitude de la marche ou un certain degré d'ataxie des mouvements, symptômes qui indiquent une dégénérescence très-avancée.

Les pieds-bots congénitaux sont fréquemment constatés dans les familles où sévit l'hérédité névropathique. Je vous signale ce fait à propos des phénomènes appartenant à l'innervation motrice, car vous savez que ces pieds-bots congénitaux paraissent être le résultat d'une myélite atrophique siégeant dans les cellules des cornes antérieures de la moelle épinière.

Les troubles de l'innervation sensitive sont beaucoup plus fréquents que ceux de l'innervation motrice. Ils existent sous des formes variées chez presque tous les héréditaires. Dans l'immense majorité des observations, on trouve signalée l'existence des migraines, des névralgies, des gastralgies, ou encore de cet état de malaise général, sorte de névralgie diffuse qui fait horriblement souffrir le malade et explique quelquefois leurs préoccupations hypochondriaques.

Il n'est pas rare aussi d'observer des phénomènes d'hyperesthésie ou d'anesthésie temporaires ou périodiques.

Enfin, j'arrive à l'étude des malformations et des troubles fonctionnels que présentent les organes génitaux des héréditaires. Chez les idiots, chez les êtres tout à fait dégénérés, les organes génitaux sont souvent à l'état rudimentaire : ils sont congénialement atrophiés et leur malformation physique explique leur absence de fonctionnement.

Dans les dégénérescences moins graves, les organes génitaux présentent un développement normal. Mais il est rare que les fonctions génitales s'accomplissent régulièrement. Tantôt on observe une excitation instinctive du sentiment génésique, qui pousse les malades à la masturbation ou aux excès de coït; tantôt, au contraire, les désirs génésiques font absolument défaut, et c'est une chose curieuse que de voir des jeunes gens vigoureux ou des adultes, en apparence bien constitués, privés complétement de l'instinct de la reproduction. Ces malheureux sont morts pour l'espèce : ils sont incapables de se reproduire.

D'autres fois, les héréditaires peuvent remplir normalement leurs fonctions génitales, leurs organes sont bien conformés, leur activité est régulière; mais ils sont stériles ou bien ils donnent le jour à de nombreux enfants qui meurent en bas âge, presque toujours à la suite d'accès de convulsions de la première enfance.

Il en résulte que l'avenir des familles des héréditaires est gravement compromis. A moins de circonstances spéciales amenant leur régénération, le mal va toujours s'accentuant davantage; il multiplie ses effets et, finalement, la famille s'éteint par le fait de la stérilité des parents ou de l'absence de viabilité des enfants!

Voici le tableau généalogique, d'après M. G. Doutrebente, d'une famille entachée d'hérédité morbide accumulée à facteurs convergents. Ce sont là, vous le savez déjà, les conditions les plus favorables à la formation des dégénérescences graves.

X..., 21 ANS. — *Hérédité et consanguinité. — Délire des actes. Perte des sentiments affectifs.*

1re GÉNÉRATION.	2e GÉNÉRATION.	3e GÉNÉRATION.	4e GÉNÉRATION.
Grands-parents entachés d'hérédité morbide.	*A.* Père épileptique à crises fréquentes, suivies de coma avec perte momentanée de la mémoire.	1. Enfant mort de convulsions.	Néant.
		2. Le jeune X..., aliéné, sujet de l'observation.	?
		3. Enfant mort de convulsions.	Néant.
		4. Enfant mort d'hémorrhagie cérébrale.	Id.
	B. Mère strabique et sourde. Oncle bizarre, instinctif, strabique, regardé comme aliéné.	5. Un garçon épileptique.	Id.
		6. Un enfant mort d'apoplexie.	Id.
		7. Un enfant mort de convulsions.	Id.
		8. Jeune fille choréïque, strabique.	?
		9. Enfant mort d'hémorrhagie cérébrale.	Néant.
	C. Cousin kleptomane, mort très-jeune.	10. Garçon hydrocéphale et strabique.	?
		11. Enfant mort de convulsions.	Néant.
		12. Enfant mort de convulsions.	Id.

Tous les survivants de cette famille sont atteints de strabisme et présentent tous aussi des oreilles difformes ou incomplètes.

D'après ce tableau, le père était un épileptique à crises rapprochées; la mère, strabique et sourde, avait des ascendants directs et des collatéraux aliénés. De cette union naquirent douze enfants, huit moururent en bas âge de convulsions ou d'autres affections nerveuses. Les quatre survivants présentaient les signes de dégénérescences avancées : un fils était aliéné, un autre épileptique, un autre hydrocéphale; enfin une fille était choréique.

Dans une autre observation du même auteur, je trouve que d'une mère émotive, impressionnable, et d'un père ivrogne, naquirent deux filles : la première, aliénée, est enfermée dans un asile; la seconde, hypochondriaque, épouse un homme placé lui-même dans de mauvaises conditions héréditaires. Cinq enfants naissent de cette union, et tous meurent en bas âge de convulsions ou de maladies aiguës du système nerveux.

(*A suivre.*)

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 4 juin 1873 (1). — Présidence de M. Maurice Perrin.

Absence de l'anus avec abouchement anormal du rectum. Opération par la méthode périnéale.

Cette observation est intéressante à plus d'un titre, et présente des particularités sur lesquelles je désire insister.

Habituellement, l'intestin se présente à l'opérateur considérablement distendu par le méconium. Cette distension, qui est un moyen précieux de diagnostic, a fait complétement défaut dans le cas que je viens d'exposer. Cet état de vacuité de l'ampoule rectale a été observé quelquefois (Billard, Blandin, Denonvilliers, Danyau). Mais dans tous les cas où il s'est rencontré, le méconium épaissi ou solidifié était retenu soit au-dessus de la valvule iléo-cœcale, soit dans la longueur du gros intestin, et ne s'écoula pas après l'ouverture de l'imperforation anale. Chez mon malade, l'ampoule rectale était vide, sans ce que ce fait puisse s'expliquer par un état particulier du méconium ni par un obstacle au cours des matières. L'intestin une fois ouvert, le méconium s'écoula de lui-même par la plaie.

La disposition du péritoine mérite aussi d'être notée. Il est, en effet, très-important de savoir comment le péritoine se comporte dans ce genre de malformations, et pourtant ce côté du sujet a été peu étudié.

On sait qu'à l'état normal la séreuse abdominale descend plus bas chez l'enfant que chez l'adulte, puisque souvent, à l'époque de la naissance, elle recouvre une partie des vésicules séminales chez les garçons. C'est précisément ce qui existait chez mon petit malade : le péritoine descendait plus bas que le col de la vessie; il tapissait le commencement de l'urèthre, jusqu'au niveau de l'adhérence recto-uréthrale contre laquelle il se réfléchissait. Cette disposition du péritoine était telle, qu'il eût été impossible de détruire la fistule sans blesser la séreuse. J'ai donc eu raison de renoncer à sectionner l'adhérence, car en le faisant j'aurais infailliblement ouvert le péritoine.

Il est encore un point sur lequel je tiens à présenter quelques considérations : je veux parler de la coloration des urines par le méconium.

Lorsqu'on se trouve en présence d'un abouchement anormal de l'intestin avec les voies génito-urinaires, et qu'on se propose d'y porter remède par une opération chirurgicale, il est important de savoir, avant d'entreprendre l'opération, si c'est avec la vessie ou avec l'urèthre que l'intestin est en communication. Pour arriver à cette connaissance, le cathétérisme pourra être très-utile et devra être pratiqué toutes les fois que cela sera possible. Mais l'exploration à l'aide de la sonde ne fournit pas toujours toutes les indications qu'on pourrait en attendre. Il est d'ailleurs des cas, et celui que je viens de rapporter en est un exemple, où le cathétérisme ne sera pas possible, et où il faudra recourir à d'autres moyens d'investigation.

D'après M. Giraldès, toutes les fois que chez un enfant imperforé le périnée est arrondi, sans présenter aucune dépression, et quand l'espace qui sépare les tubérosités ischiatiques conserve sa distance normale ou même est élargi, on peut supposer que l'intestin atrésié descend assez bas dans le bassin, et qu'il n'est pas très-éloigné de l'extérieur. Toutes les fois, au contraire, que le détroit inférieur du bassin est très-resserré et que les tubérosités ischiatiques sont rapprochées, on peut supposer avant toute autre exploration que l'intestin est très-éloigné. J'admets volontiers que la conformation de la région pourra fournir des indices à l'aide desquels il sera quelquefois possible de diagnostiquer la nature de la malformation; mais lorsque, étant donné un abouchement de l'intestin avec les voies urinaires, il s'agit de savoir où siége la fistule, l'inspection du périnée et du bassin ne permet pas de savoir si c'est avec la vessie ou avec l'urèthre qu'il y a communication.

Je me suis demandé si, à l'aide des différentes variétés de coloration que l'urine peut présenter, il ne serait pas possible d'arriver à connaître d'une façon précise si l'intestin est abouché avec la vessie ou avec l'urèthre.

M. Trélat considère le mélange de l'urine avec le méconium comme caractéristique d'un abouchement avec l'intestin; mais il ajoute qu'il n'indiquera pas si c'est la vessie ou l'urèthre qui reçoit la fin de l'intestin.

D'après M. Roux (de Brignolles), si la totalité de l'urine rendue est colorée par le méconium, l'ouverture est vésicale; tandis que si les premières gouttes d'urine ont seules la teinte verdâtre, l'abouchement a lieu dans l'urèthre.

Cette dernière proposition n'est pas exacte; j'en citerai pour preuve le fait que je rapporte : dans ce cas, avec un abouchement recto-uréthral, les dernières gouttes furent seules colorées dans une première miction, ce qui est précisément l'inverse de ce qui aurait dû se passer suivant M. Roux; dans une seconde miction, la totalité de l'urine rendue était colorée, ce qui, d'après M. Roux, ne devrait se rencontrer que dans les abouchements vésicaux.

A mes yeux, il n'y a que la coloration des premières gouttes d'urine seulement, qui indique d'une façon certaine un abouchement du rectum avec l'urèthre. Toutes les autres variétés de mélanges de l'urine avec le méconium sont impuissantes à fournir aucune donnée sur le siége de la fistule.

Supposons d'abord un abouchement recto-vésical. Dans ce cas, si les matières fécales n'ont pas pénétré dans la vessie (ce qui peut très-bien arriver, surtout si la fistule est étroite), l'urine sortira limpide dans sa totalité. Si, au moment où la miction commence, la vessie renferme déjà des matières, la totalité de l'urine rendue sera colorée. Enfin il pourra arriver, qu'au moment où le malade commence à uriner, la vessie ne contienne point de matière; mais que dans le cours de la miction, du méconium pénètre dans la vessie : il y aura alors limpidité des premières gouttes d'urine, et coloration des dernières seulement.

Supposons maintenant que la communication existe entre le rectum et le canal de l'urèthre. Si les voies urinaires ne contiennent point de matières, la totalité de l'urine rendue sera limpide. Si, au moment où la miction commence, l'urèthre contient du méconium, l'urine sortant pure de la vessie arrive au niveau de la fistule uréthrale, se souille au contact des matières qu'elle rencontre et les chasse devant elle; ces matières, une fois expulsées, l'urèthre est pour ainsi dire nettoyé, et l'urine apparait alors avec la limpidité qu'elle avait dans la vessie. Il y aura dans ce cas coloration des premières gouttes d'urine seulement et limpidité des dernières. Si, au moment où la miction s'établit l'urèthre est vide, l'urine sortira d'abord limpide; mais si pendant que la miction continue, des matières pénètrent dans le canal, l'urine se colorera à la fin; il y aura ainsi limpidité des premières gouttes d'urine et coloration des dernières : c'est ce qui eut lieu dans la première miction de mon malade.

Enfin il pourra aussi arriver, qu'en même temps que le méconium contenu dans l'urèthre avant le commencement de la miction est expulsé par les premières gouttes d'urine et les colore, il y ait pénétration dans le canal de nouvelles matières, et cela pendant toute la durée de la miction. Il y aura alors coloration de la totalité de l'urine. C'est ce qui s'est passé lors de la seconde miction de mon malade, dans laquelle la totalité de l'urine est sortie colorée.

On sera peut-être tenté d'attribuer cette pénétration continue du méconium dans l'urèthre à la pression que j'ai exercée sur l'abdomen, pression qui, en s'étendant au rectum, aurait provoqué le passage des matières par la fistule. Je répondrai à cela, que la pression que j'ai exercée sur la région hypogastrique a été légère et de courte durée : dès que j'ai vu apparaître l'urine, je l'ai aussitôt suspendue; néanmoins l'urine continua à sortir, grâce aux seuls efforts faits par l'enfant. La pénétration du méconium dans l'urèthre était évidemment due à l'action des muscles abdominaux contractés

(1) Fin. — Voir le numéro du 12 août 1873.

pendant la miction, et aux efforts de défécation faits par l'enfant sous l'influence du ténesme, qui s'observe constamment dans cette maladie. Il y a eu simultanément effort pour expulser l'urine, et effort pour expulser les matières; celles-ci ont alors pénétré d'une façon continue dans le canal pendant la miction, et ont coloré la totalité de l'urine rendue.

En résumé, il résulte de ce que je viens de dire, que la limpidité et la coloration de la totalité de l'urine pourront s'observer indifféremment dans les abouchements anormaux du rectum avec la vessie et dans ceux de l'intestin avec l'urèthre.

La coloration des dernières gouttes d'urine s'observera de même dans les deux espèces de malformations.

Il n'y a donc que le mélange des matières avec les premières gouttes d'urine seulement, qui soit un signe *pathognomonique* des abouchements de l'intestin avec le canal de l'urèthre.

La Société procède à l'élection de la commission chargée de rendre compte des titres des candidats à une place de membre titulaire. Elle se compose de MM. de Saint-Germain, Polaillon, Marjolin.

M. DUBRUEIL. Sur une femme que j'avais opérée d'un cancroïde à la face, j'avais recouvert la perte de substance avec une greffe dermique prise sur le ventre d'un jeune chien, espérant ainsi éviter la rétraction inodulaire et ses conséquences. Le lambeau a pris racine et a même résisté à un érysipèle.

M. Follet avait dit que ces lambeaux empruntés aux animaux finissaient par perdre leur droit à la vie, qu'ils se résorbaient peu à peu. J'ai pu vérifier la vérité de cette assertion sur ma malade. Il n'y a plus trace de lambeau; il ne reste que la cicatrice.

M. BLOT désirerait connaître le mécanisme de cette résorption, qu'il ne comprend pas bien.

M. MAGITOT. Depuis les travaux de M. P. Bert, on sait que les greffes animales sont soumises à certaines lois : ainsi les greffes pratiquées avec des tissus d'animaux d'espèces différentes ont généralement peu de chances de succès; elles disparaissent par résorption, suppuration ou mortification. Il en est trop souvent ainsi pour celles mêmes qui sont faites sur animaux de même espèce. Dans une série d'expériences entreprises avec M. Ch. Legros et dont les résultats seront communiqués à la Société, nous avons pu vérifier ces faits. Il n'est donc pas étonnant que M. Dubrueil ait constaté chez son opérée la disparition du lambeau cutané emprunté à un chien. Une greffe de ce genre exécutée chez l'homme devrait être prise soit sur l'individu lui-même, soit sur un supplicié, soit à la rigueur sur un animal d'une espèce plus voisine de l'homme que le chien, le singe par exemple.

M. DELENS lit un travail sur une fracture articulaire de l'extrémité interne de la clavicule gauche, simulant une luxation. (Renvoyé à une commission composée de MM. Forget, Chassaignac, Guyon.)

PRÉSENTATION DE PIÈCE ET DE MALADE

Kystes de l'ovaire traités par la canule à demeure. — M. DESPRÉS présente une malade guérie radicalement d'un kyste uniloculaire de l'ovaire par ponction et la canule à demeure, et une pièce provenant d'une malade traitée pour un kyste de l'ovaire par le même procédé, et qui avait conservé une fistule.

La dame que vous voyez a été opérée il y a onze ans par moi, et je l'ai présentée à la Société de chirurgie, guérie, il y a dix ans (séance du 11 mars 1863). L'observation complète a été publiée (*Gaz. des Hôp.*, 1864, p. 14). J'ai pensé qu'il serait intéressant de vous montrer cette malade chez laquelle la guérison est si bien maintenue qu'il est impossible de trouver la moindre trace. J'ajoute qu'après la guérison, la malade a eu à terme un enfant qui est mort en nourrice de convulsions.

La pièce que je vous présente provient d'une malade qui a été traitée par M. Boinet. Sept ponctions furent faites dans une année, et en 1863, M. Boinet proposa l'emploi de la canule à demeure, et fit cette opération. C'est à partir de ce moment qu'il me confia cette malade. Le kyste contenait dix litres de liquide au moment de la troisième ponction. Il en contenait presque le double à la première. C'est dans le cours de ces ponctions que l'on fut persuadé que le kyste était uniloculaire. Une sonde métallique fut placée, et les injections iodées furent faites tous les jours. Un mois après le liquide séreux du kyste fit place à du liquide purulent. Au sixième mois, la poche kystique, revenue sur elle-même, adhérait largement à la paroi abdominale et avait le volume d'une orange. Pendant ce temps, il coulait des grumeaux avec le pus. Les règles reparurent à cette époque. Depuis ce moment, tous les mois, avant les règles, le liquide cessait de couler par la canule; puis, après les règles, le pus coulait séreux et redevenait purulent après les injections iodées. En 1865, après des alternatives répétées d'écoulements purulents et séreux, de rétentions passagères du pus accompagnées de fièvre, j'eus la certitude que la malade garderait une fistule. Pendant l'année 1865, la malade commençait à se lever, mais répugnait à prendre de l'exercice parce que, disait-elle, elle avait des tiraillements d'estomac. Plusieurs fois j'ai remarqué que le pus était retenu dans le kyste, et je pouvais le faire sortir en passant une sonde dans des directions variables, la sonde que je laissais encore pendant trois ou quatre jours après les injections iodées était bouchée par des fongosités en tout semblables à des bourgeons charnus. Trois fois il y eut des hémorrhagies par la sonde et qui étaient dues à l'ulcération de bourgeons végétants dans le kyste. En 1866, je ne mis plus de sonde. Le kyste formait, en arrière de la paroi abdominale, une grosseur du volume d'une orange. L'orifice de la fistule était rouge, et au moment des règles, il devenait douloureux à cause de l'irritation causée par le liquide filant et visqueux qui sortait de la fistule. Quelquefois le liquide portait une mauvaise odeur, et c'était toujours à la suite d'une inflammation du kyste aux époques. A ce moment, les inflammations mensuelles retentissaient jusqu'à l'ombilic, qui était douloureux.

A partir de cette époque, il était évident que la malade conservait une fistule qui s'éterniserait. Je proposai à la malade de dilater la fistule pour aller cautériser énergiquement les fongosités. La malade et ses sœurs s'y refusèrent. Je restai alors spectateur. Les injections iodées étaient insuffisantes, je les cessai. En 1867, 1868 et 1869, la malade se levait mais sortait peu. D'un caractère difficile et un peu singulier, la malade ne voulait point sortir sans être très-habillée, et comme elle ne pouvait mettre de corset, elle préférait rester au logis. La santé générale s'en ressentit; la malade eut une bronchite grave dans l'hiver de 1868 et fut longtemps à se rétablir.

Les inflammations du kyste, à chaque époque, se renouvelèrent régulièrement. Enfin, en 1870, la malade supporta les privations du siége, et souffrit comme tous ceux qui, sans être indigents, n'avaient point de fortune. Son estomac se détériora; il devint capricieux. Les troubles de la Commune frappèrent cruellement cette malade et sa famille : elle fut incendiée, rue de Lille. Emportée de son lit au milieu des flammes, elle garda de ce souvenir une impression qui, jointe aux privations relatives qu'elle avait supportées, acheva de détruire ce qui lui restait de santé. En 1871, elle avait le scorbut. Les toniques, le fer et le vin de quinquina relevèrent ses forces, et elle put se lever plusieurs heures dans la journée et faire même un peu de couture. Mais elle était toujours obligée de garder le lit pendant ses époques, car les inflammations mensuelles du kyste ont persisté jusqu'à la fin. 1872 se passa de la sorte. La malade perdit ses dents et était réduite à ne prendre que du bouillon et du chocolat. Aucun signe de tuberculisation n'apparut. Enfin, le 30 de ce mois de mai, la malade fut prise de douleurs vives, de vomissements et d'altération caractéristique des traits, et quarante-huit heures après, elle était morte. Jusqu'au dernier jour, le liquide fourni par la fistule était filant et visqueux. Il y avait huit ans qu'il avait ce caractère.

A l'autopsie, que j'ai pu faire difficilement, j'ai trouvé le kyste gros comme une tête d'enfant, adhérent largement à la paroi abdominale, et au pourtour de l'ombilic et à l'intestin grêle. En ce point, il y avait du pus dans un petit abcès extérieur par rapport à la tumeur. Cet abcès était ouvert dans l'intestin. Ce kyste, auquel

étaient intimement unis les deux trompes, et l'ovaire du côté droit, semble dépendre de l'ovaire gauche. Il était formé, comme vous le voyez, par une membrane fibreuse, épaisse comme une pièce de dix centimes. La partie interne de ce kyste autour du point où l'on suppose que se trouve le pédicule de l'ovaire et dans une étendue circulaire qui comprend au moins la moitié de la surface interne du kyste, il y a des fongosités mollasses dans lesquelles on trouve des petits follicules et des cloisons dans lesquelles il y a des crétifications. Les follicules se trouvent dans des végétations polypiformes molles, analogues aux fongosités des articulations. A l'examen microscopique, j'ai trouvé que ces végétations ou franges étaient constituées par les mêmes éléments que les bourgeons charnus infiltrés et par des éléments muqueux ou myxomateux. Les follicules étaient de véritables petits myxomes isolés. Çà et là, il y avait quelques éléments embryonnaires fibro-plastiques. Il y avait des foyers purulents multiples de formation récente au milieu des fongosités de ce kyste. Il n'y a aucun kyste adventice sur la poche kystique. La pièce est déposée au Musée Dupuytren.

Je n'ajouterai aucun commentaire à cette observation résumée. La malade a vécu dix ans avec sa fistule. Elle eût pu vivre sans doute davantage si elle avait laissé traiter sa fistule. Seulement, il est bon de garder le souvenir de cette pièce, parce que l'on a traité des malades par la canule à demeure, et que l'on a eu toujours jusqu'ici des fistules consécutives, sauf dans le cas de Douglas et dans le mien relatif à la malade que vous venez de voir ; je parle des kystes ponctionnés par la paroi abdominale. Il est très-important que l'on voie une autopsie d'un de ces kystes qui se sont transformés en fistules incurables.

Encore un mot. J'ai traité un troisième cas de kyste uniloculaire de l'ovaire. C'était avec M. Boinet. Il s'agissait d'un kyste volumineux suppuré. La malade a succombé au huitième mois. Il y a eu péritonite. Ce kyste était déjà bien revenu sur lui-même, quoiqu'il fût très-volumineux au moment où le traitement a été entrepris.

Je n'ai point eu l'occasion de traiter d'autres cas; car, depuis dix ans, les kystes uniloculaires ont été traités par l'ovariotomie par la généralité des chirurgiens.

M. BOINET. Sur la malade dont M. Després présente le kyste ovarique que j'avais diagnostiqué uniloculaire, je fis sept ponctions et injections iodées. J'en conclus qu'il y avait à sa base des fongosités comme j'en avais trouvé dans un autre que j'ai extirpé après plusieurs ponctions et injections iodées. Je conclus de ces faits que si, après cinq ou six injections iodées, un kyste de l'ovaire ne revient pas sur lui-même (et il peut se rétracter bien qu'ayant un grand volume), il faut songer à une autre opération. Je proposai à la malade dont parle en ce moment M. Després, l'ovariotomie ; elle refusa et n'accepta que le traitement par la sonde à demeure.

La séance est levée à cinq heures un quart.

Le secrétaire : TILLAUX.

Séance du 11 juin 1873. — Présidence de M. PERRIN, vice-président.

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

CORRESPONDANCE

La correspondance comprend :

La *Gazette des Hôpitaux ;* — l'*Union médicale ;* — la *Gazette hebdomadaire;* — la *France médicale ;* — le *Mouvement médical;* — la *Gazette obstétricale;* — le *Bordeaux médical ;* — le *Bulletin médical de l'Académie royale de Belgique;* — le *Marseille médical ;* — le *Lyon médical;* — *Osservatione di lithontrisia del dottor F. Dichiara.*

M. le docteur Bousse (de Fontenay-Vendée), candidat au titre de membre correspondant, adresse une observation d'*Hématocèle rétro-utérine.* (Comm. : MM. Verneuil, Chassaignac, Boinet, rapporteur.)

M. DUMÉNIL (de Rouen), membre correspondant, adresse un mémoire intitulé : *Relation de quatre cas de polypes naso-pharyngiens.* (Sera publié.)

M. CLOSMADEUC, membre correspondant à Vannes, adresse la lettre suivante :

« Vannes, le 10 juin 1873.

« Monsieur le Président,

« Voulez-vous avoir la complaisance d'annoncer à la Société de chirurgie que j'ai pratiqué, le 29 mai (il y a moins de quinze jours), une *opération césarienne* sur une naine n'ayant qu'un mètre de taille et un rétrécissement excessif du bassin.

« L'opération a donné un enfant vivant et bien conformé, qui est aujourd'hui en nourrice. Quant à la femme opérée, je la regarde aujourd'hui comme hors de danger. Toutes les sutures étaient enlevées le neuvième jour, et, depuis quatre jours déjà, elle fait trois repas par jour, absolument comme une femme en couches ordinaire.

« C'est la deuxième opération de ce genre que je pratique. Ma première opérée est guérie et se livre aux travaux de la campagne.

« Si vous avez occasion de voir le docteur Alphonse Guérin, vous pouvez lui dire que la naine que je viens d'opérer est la fille du concierge de la mairie de Ploermel, qu'il a dû remarquer plusieurs fois lors de son passage dans cette ville.

« Veuillez agréer, monsieur le Président et cher confrère, l'assurance de mes meilleurs sentiments.

« Dr G. CLOSMADEUC. »

Périostite phlegmoneuse aiguë ; nécrose et ablation totale de la clavicule. — M. LÉON LE FORT. Une jeune fille de dix-huit ans, de constitution assez délicate, commença, vers le 20 mai, à souffrir dans la région claviculaire droite. Le médecin qui la vit crut avoir affaire à une douleur rhumatismale et prescrivit des frictions au baume Opodeldoch. Mais il survint du gonflement, une rougeur diffuse qui l'engagèrent à appliquer un vésicatoire sur la région. Les accidents marchant rapidement, on envoya, le 24 mai, cette malade à l'hôpital Beaujon, où elle entra le même jour. Là, il se forma un vaste abcès, qu'on me pria d'ouvrir le 27 mai. L'incision donna issue à une grande quantité de pus. L'état général s'aggrava bientôt, il survint des frissons répétés, des sueurs violentes, et, le 31 mai, la malade fut transportée dans mon service.

Les bords de la plaie sont largement décollés, le stylet arrive sur la clavicule mise à nu, et les pressions, même légères, exercées vers l'extrémité externe de l'os dans le but de faire sortir le pus, donnent très-nettement de la crépitation osseuse. J'avais peine à m'expliquer comment il pouvait y avoir une fracture, rien dans les commémoratifs ne permettant d'établir la probabilité d'une fracture de cause externe, et l'inflammation étant trop récente pour qu'on puisse admettre une fracture spontanée au niveau de la dénudation de l'os, évidemment nécrosé sur un point plus ou moins limité. Quoi qu'il en soit, pour faciliter l'issue de la suppuration, une contre-ouverture fut faite et un drain fut appliqué.

Le 2 juin, la température est à 38, le pouls à 118, et la malade se plaint de souffrir dans la région de la fesse droite d'un abcès en voie de formation, lequel s'ouvrit spontanément le surlendemain et est aujourd'hui à peu près guéri. L'affaissement étant considérable, je prescris du Bagnols, du vin de quinquina, du café et de l'eau-de-vie.

Le 4 juin, le pus ne sortant pas facilement malgré le drain, je mets à nu la clavicule, qui paraît à découvert dans la moitié au moins de son étendue : elle est nécrosée, d'un blanc d'ivoire, isolée de toute part, car on la contourne facilement avec le doigt. La sonde cannelée, promenée sur la surface de l'os, arrive jusqu'à son extrémité interne. Il s'agit ici d'une de ces nécroses foudroyantes, par périostite phlegmoneuse suraiguë. La clavicule, par sa présence, s'oppose beaucoup à l'écoulement de la suppuration, qui stagne vers les deux extrémités de l'os. Une résection complète de l'os me paraît indiquée. Je prends à cet égard l'opinion de mon collè-

gue M. Dolbeau, qui partage mon avis et veut bien assister à l'opération, que je pratique le 6 juin.

6 juin. — La malade ayant été soumise aux inhalations du chloroforme, je saisis avec les doigts la clavicule pour m'assurer du degré de mobilité qu'elle présente et du point où existait cette rupture que je pouvais soupçonner exister. C'est tout à fait en dedans que la continuité de l'os est interrompue, et, en refoulant un peu en dedans, avec une spatule, l'extrémité interne de l'incision, j'attire au dehors l'extrémité sternale de la diaphyse claviculaire, séparée de l'épiphyse, qui est restée dans ses rapports avec le sternum. J'essaye alors, en tirant sur la clavicule, de la dégager de ses attaches acromiales et coracoïdiennes. L'os se laisse mouvoir en tous sens, mais il ne cède pas. J'agrandis alors l'incision en dehors, avec un détache-tendon mousse, je dégage l'os sur ses faces supérieure, antérieure et postérieure, et, en le faisant tourner sur son axe, je mets à découvert quelques fibres dépendant des ligaments coracoïdiens; quelques coups de ciseaux donnés sur ces fibres libèrent complétement la clavicule.

C'est à peine s'il s'est écoulé quelques gouttes de sang pendant l'opération, qui a été des plus simples, puisqu'elle s'est bornée à l'extraction de la clavicule et n'a présenté aucune difficulté.

Lorsque la clavicule a été enlevée, la suppuration a trouvé facilement issue au dehors, bien qu'il existe en dehors un creux formé par l'étui périostique claviculaire, mais une mèche de charpie fait sortir facilement le pus par imbibition.

Quel sera le sort ultérieur de la malade? C'est ce que l'avenir seul nous montrera; on ne peut aujourd'hui qu'espérer la guérison.

Si je vous ai communiqué l'observation aujourd'hui, c'est surtout pour pouvoir vous montrer la clavicule à l'état frais et avec ses caractères de blancheur, sauf au niveau de l'extrémité acromiale, où elle est le siége d'une ostéite, qui se fût terminée par la nécrose de l'os, lequel, à ce niveau, baignait dans le pus.

L'extirpation complète de la clavicule est rare, car je n'en connais que seize cas : Pelletan (1802), Mazzoni, de Pise (1836), l'extirpation pour une nécrose; Asson (1843), pour une nécrose syphilitique avec fracture spontanée; Roux, Meyer (de Zurich), Wurtzer (de Bonn), Biagini (de Pistoja), Wedderburn, Kunst (de Culmbach), pour des nécroses datant d'un temps plus ou moins long, pratiquèrent la résection totale. Warren, Esmarck, la firent pour des ostéosarcomes; Chaumet pour une affection dénommée *exostose fongueuse médullaire*. Un cas, rapporté dans *Froriep-Magazin*, manque de détails, et nous pouvons ajouter à ces faits celui de Moreau (1765), qui ne fut qu'une extraction de séquestre, et, enfin, le cas de Vinson, qui seul se rapproche de mon observation.

Ce n'est point à cause de l'opération, très-simple et très-facile dans ce cas, que je vous communique ce fait; c'est en raison de la cause qui m'a amené à la pratiquer. Il s'agit, en effet, d'une périostite suraiguë, phlegmoneuse, à marche tellement rapide que quelques jours ont suffi pour isoler de toutes parts la clavicule sur toute la circonférence, sauf en dehors, et séparer l'épiphyse de la diaphyse. Je ne connais qu'un seul fait analogue à celui de Vinson, de l'île de la Réunion, rapporté dans l'excellent article de M. Chassaignac, dans son *Traité des opérations*. Sans cause connue, il survint également de la fièvre, des douleurs, un abcès, qui s'ouvrit après quelques jours. Il est vrai que l'on n'intervint pas, qu'on laissa la clavicule nécrosée faire saillie d'elle-même au dehors et qu'on ne l'enleva qu'après quatre mois, pratique que je ne saurais approuver; mais c'est d'une manière tout à fait aiguë que la nécrose paraît avoir été amenée par une périostite phlegmoneuse.

(A suivre.)

Un poste médical important est vacant à Saint-Waast-d'Équiqueville, arrondissement de Dieppe (Seine-Inférieure). — S'adresser au maire.

Le Directeur : Dr E. Le Sourd.

Paris.— Typographie A. Poucin, quai Voltaire, 13.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Bureaux : 57, rue des Saints-Pères, 57
PRÈS L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix d'abonnement doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois

On s'abonne hors de Paris dans les bureaux des Messageries et chez les Libraires. Les lettres non affranchies sont refusées.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui n'en peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS	
Trois mois. .	8 fr. 50 c.
Six mois. . .	16 —
Un an. . . .	30 —

POUR L'ÉTRANGER le port en sus suivant les derniers tarifs des Postes.

Paris, le 18 août 1873.

SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

M. Bertillon est un travailleur infatigable et un statisticien habile : il sait parfaitement manier les chiffres.

Si les cartes et les tableaux qu'il communique à l'Académie laissent encore à désirer, la faute n'en est pas à lui.

Il s'agissait de représenter la mortalité par département aux différents âges, et comme les effets constants répondent à des causes constantes elles-mêmes, M. Bertillon avait l'espoir de mettre ainsi sur la voie des lois suivant lesquelles la résistance vitale augmente ou diminue dans diverses régions.

Malheureusement, les documents que l'administration a publiés et que M. Bertillon a mis en œuvre sont bien imparfaits.

En ce qui touche la première enfance, par exemple, leur imperfection est telle qu'il serait téméraire d'en rien conclure.

On voit bien que la mortalité proportionnelle des nourrissons est considérable dans les départements voisins des grandes villes ; mais la provenance des enfants décédés n'est point indiquée, et on ne peut savoir pour combien les victimes de l'industrie du nourrissage viennent figurer dans ces nombres.

De même on voit, d'après les chiffres bruts, que les enfants illégitimes ont encore infiniment moins de chances de vie à la campagne que dans les villes ; mais dans ceux qui succombent ainsi à la campagne, combien n'en est-il pas qui, envoyés des villes par les filles-mères, y sont restés abandonnés, sans que personne voulût payer leur nourrissage?

Rien ne prouve donc jusqu'ici que l'infanticide déguisé soit un crime plus commun parmi les filles-mères dans les campagnes que dans les villes.

Ainsi, faute de renseignements administratifs suffisants, les nombreuses cartes et les nombreux tableaux relatifs à l'enfance perdent toute valeur.

Au contraire, ceux qui se rapportent à l'adolescence, à la jeunesse, au reste de la vie, tout imparfaits qu'ils soient à certains points de vue, sont déjà fort intéressants et fort instructifs.

En jetant les yeux sur ces cartes, où des teintes de plus en plus sombres représentent une mortalité proportionnelle de plus en plus forte, on est d'abord frappé de voir que dans certains départements les teintes sombres se reproduisent à tous les âges.

Le Finistère, par exemple, est marqué de noir à toutes les périodes quinquennales ou décennales de la vie humaine.

Il y a donc en France des régions où la résistance vitale semble moins grande que dans d'autres, et cela d'une manière absolue pendant toute la durée de la vie.

Que l'on soit encore dans l'enfance, ou déjà dans l'adolescence, ou dans la jeunesse, ou dans l'âge mûr, ou dans la vieillesse, il semble qu'on y ait toujours plus de chances de mourir.

Sont-ce donc des pays par eux-mêmes insalubres, ravagés par la *malaria*, comme la campagne romaine ou les marais pontins ?

Pas le moins du monde, ce sont des régions où l'on irait plutôt respirer le bon air. C'est la Bretagne, c'est la région alpine : Hautes-Alpes, Basses-Alpes, montagnes de l'Isère, de la Savoie, du Var ; c'est le Limousin, Haute-Vienne et Corrèze ; ce sont, en un mot, des pays qui n'ont de commun qu'un seul élément, la pauvreté des habitants et leur mauvaise nourriture.

Au contraire, les départements privilégiés surtout au point de vue sanitaire, sont des départements où l'on se nourrit bien, comme le groupe formé de l'Yonne, l'Aube, la Côte-d'Or, la Haute-Marne, la Haute-Saône ; ce sont des départements riches comme le bassin de la Gironde, comme l'Eure-et-Loir, l'Eure, etc.

Ainsi, toutes choses égales d'ailleurs, il paraît, à première vue, que la puissance de vie dépend de l'aisance et surtout de l'alimentation.

Je dis toutes choses égales d'ailleurs, car il est évident que dans les grandes villes la mortalité se trouve accrue par mille causes, telles que les excès de toute nature, les veilles prolongées, l'usage de boissons fraudées, etc., etc.

Et cependant, il est curieux de constater, sur les tableaux de M. Bertillon, que toutes ces causes réunies n'équivalent pas encore à la seule misère, agissant sur des campagnards dans un pays salubre et dans un climat doux.

Voici, comparativement, quelle est la proportion annuelle des morts sur mille dans le Finistère et dans le département de la Seine. Nous rapprocherons de ces chiffres ceux d'un autre département, où n'existent ni la misère de la Bretagne ni les conditions antihygiéniques de Paris.

De 5 à 10 ans : Finistère, 11,7 morts par an sur 1,000 ; Seine 11,2 Aube 5,7.

De 10 à 15 ans, Finistère 8,76, Seine 9,97, Aube 5,01.

De 15 à 20 ans : Finistère 8,55, Seine 9,24, Aube 5,15.

De 20 à 30 ans : Finistère 13,55, Seine 12,06, Aube 6,62.

De 30 à 40 ans : Finistère 13,4, Seine 12,23, Aube 6,76.

De 40 à 50 ans : Finistère 17,25, Seine 16,35, Aube 8,44.

De 50 à 60 ans : Finistère 28,75, Seine 26,62, Aube 14,40.

De 60 ans au terme de la vie : Finistère 79, Seine 76,1, Aube 60,7.

Les seules périodes dans lesquelles la mortalité de la Seine dépasse la mortalité du Finistère sont celles de 15 à 20 ans et de 20 à 30 ans, moment de la vie où la phthisie qui enlève en France tant de jeunes gens, fait à Paris de grands ravages.

Ainsi rien, même les excès, même l'habitation dans les villes, rien ne raccourcit plus la vie et ne diminue plus la résistance vitale qu'une alimentation trop peu réparatrice.

Il y a longtemps que l'observation m'avait conduit à cette conclusion, que la statistique aujourd'hui rend inattaquable.

En Égypte, où le gros de la population se nourrit mal, ne mange pas de viande et ne boit pas de vin, rien n'est plus commun que de voir des fellah, jeunes encore d'après la date de leur naissance, et qu'on prendrait pour des vieillards dans la dernière caducité ; tandis que les riches fermiers, de même race, qui se nourrissent bien et mangent de la viande, se conservent jeunes aussi longtemps que les campagnards de nos pays.

Dans certains ordres religieux où l'on fait toujours maigre à moins de dispense, j'ai vu plus d'un fait comparable. Par exemple, un homme entré jeune dans un de ces ordres et qui appartenant à une très-bonne famille, très-vigoureux, ayant la plus belle charpente osseuse et s'étant toujours bien porté, suivit le régime de la règle sans jamais accepter aucune dispense. Il n'avait pas de ministère, ne professait pas et ne prêchait pas, étant un peu bègue. On lui avait confié l'office de bibliothécaire, ce qui le fatiguait peu. Il y avait donc lieu d'espérer que la dépense intellectuelle étant si réduite, il pourrait se contenter d'une alimentation peu réparatrice. Eh bien, en fort peu d'années il avait pris l'aspect d'un vieillard usé et sans force. Si bien que n'ayant plus de résistance vitale, il mourut de douleur alors qu'on lui apprit les victoires des Prussiens. Je cite cet exemple entre mille.

On sait combien est courte la moyenne de vie chez les Chartreux. Pour un religieux qui soupire après le moment de la mort, cette perspective n'a rien de triste ; mais la question devient tout autre quand il s'agit des populations de nos campagnes.

Dans nos climats, pour résister, pour travailler, l'homme a besoin d'une bonne alimentation.

Les châtaignes du Limousin, comme nourriture exclusive, conduisent, en définitive, aux mêmes résultats, par rapport à la vie humaine, que les pommes de terre d'Irlande, bien que la fièvre de famine soit inconnue en Limousin.

Dr Victor Revillout.

HOPITAL SAINT-LOUIS. — M. Hardy.

Dermatologie.

(Leçon clinique du 27 juin, recueillie par M. E. Bourretère, externe du service.)

Messieurs, je veux aujourd'hui vous parler de deux maladies qui offrent un grand intérêt, et ne pouvant traiter le sujet tout entier, appeler du moins votre attention sur certaines particularités importantes.

Au n° 65 de notre salle Saint-Jean se trouve une femme âgée de trente-trois ans, atteinte d'érythème papuleux. Elle fait remonter le début de sa maladie à quatre ou cinq jours avant son entrée à l'hôpital ; sans cause appréciable, sans phénomènes précurseurs, elle a vu survenir une éruption confluente à la face dorsale des mains et des poignets. Déjà, à plusieurs reprises, elle a été affectée de la même maladie, dont la première attaque a eu lieu en 1869 ; jamais l'éruption ne s'est accompagnée de phénomènes généraux, et toujours elle a guéri rapidement à la suite d'un traitement approprié. Elle est sujette à des douleurs articulaires assez vives survenant, soit pendant les périodes d'éruption, soit dans leur intervalle, et s'accompagnant de quelques troubles dyspeptiques peu intenses.

L'éruption qu'elle présente, parfaitement symétrique, est constituée par des plaques pleines, faisant une légère saillie, à contours assez réguliers et nettement limités, d'une coloration un peu violacée, disparaissant momentanément sous la pression du doigt. A côté de ces plaques, nous trouvons des taches exanthématiques, dont les bords sont plus saillants que la partie centrale ; cette variété a reçu le nom d'érythème marginé. Dans quelques points, la tache semble avoir fait place à un véritable tubercule, d'où le nom d'érythème tuberculeux donné à cette seconde variété.

Toutes ces formes d'une même maladie, érythème papuleux, érythème tuberculeux, ont été rangées par Hébra sous la dénomination d'érythème polymorphe. Cette appellation heureuse mérite d'être adoptée, car il est habituel, sinon constant, de voir les différentes variétés d'érythème groupées sur le même individu ; c'est ainsi qu'à côté des taches d'érythème papuleux simple, on trouve des cercles d'érythème annulaire ou des plaques à bords saillants d'érythème marginé.

L'érythème papuleux a été considéré par M. Bazin comme une des manifestations de la maladie générale qu'il désigne sous le nom d'arthritis. Je vous ai dit que le développement de cette éruption avait été accompagné, chez notre malade, de douleurs articulaires assez vives ; que ces douleurs existaient également chez elle dans l'intervalle des périodes pendant lesquelles elle est atteinte d'érythème ; je vous ai fait remarquer la coloration violacée, la disposition symétrique, le siége spécial de l'éruption ; or, messieurs, tels sont les caractères sur lesquels s'appuie M. Bazin pour rattacher l'érythème papuleux à l'arthritis.

Pour mon compte, j'ai observé un grand nombre de malades atteints d'érythème papuleux, et quoique mon attention fût attirée sur ce point, j'ai rarement noté l'existence d'accidents rhumatismaux ; aussi ne puis-je partager l'opinion de mon ancien collègue. Je dois dire que les douleurs articulaires sont loin d'être constantes, habituelles même dans l'érythème papuleux, et si la malade qui fait le sujet de cette leçon semble donner raison à la doctrine de M. Bazin, celle qui est couchée au n° 60 vient la battre en brèche. Cette femme, en effet, venue pour la seconde fois se faire soigner d'un érythème papuleux, de cause interne, symétrique, n'a jamais eu de douleurs d'aucune sorte, soit musculaires, soit articulaires.

En outre, elles accusent toutes deux de vives démangeaisons ; or, d'après M. Bazin, ce caractère ferait défaut aux affections dites arthritiques et serait propre aux herpétides.

Je vous répète que les accidents rhumatismaux sont loin d'être constants, habituels même, dans l'exanthème papuleux, et quand ils existent, je les considère non comme la maladie principale, mais bien comme une véritable complication. Je suis aussi éloigné de rattacher à l'arthritis l'arthrite qui se déclarerait pen-

dant le cours d'un érythème papuleux, que celle qui viendrait compliquer la marche de toute autre maladie, d'une scarlatine par exemple.

Pour moi donc, l'érythème est la maladie principale, et lorsque cette maladie est généralisée et de cause interne, elle doit être placée nosologiquement à côté des fièvres éruptives; le rhumatisme qui survient n'est qu'une complication possible, mais non constante, je dirai même non habituelle. Pour M. Bazin, au contraire, l'érythème n'est qu'un symptôme, qu'une manifestation d'une maladie constitutionnelle.

La marche de l'érythème papuleux est aiguë : au bout d'une huitaine ou d'une quinzaine de jours, la maladie s'efface plus ou moins complétement, et bientôt la guérison est parfaite; quelquefois cependant on observe deux ou trois poussées successives d'éruptions, qui augmentent la durée de la maladie; mais je ne dois pas vous laisser ignorer combien les récidives sont fréquentes. Certains individus sont atteints d'érythème à des époques fixes, tous les ans au printemps, et quelquefois même deux fois par an, au printemps et à l'automne. Cette affection est essentiellement saisonnière.

Quel traitement devons-nous lui opposer? Dans les cas ordinaires, il est des plus simples et consiste en boissons rafraîchissantes; s'il existe un léger embarras gastrique, on se trouvera bien de l'emploi d'un purgatif. Si la partie malade est le siége de cuissons vives, d'élancements ou de démangeaisons, on devra la saupoudrer avec de la poudre d'amidon ou avec de la farine commune. On doit éviter avec soin de faire usage de bains qui pourraient éveiller des accidents rhumatismaux; si ces accidents existent dès le début, ou se déclarent pendant le cours de la maladie, on instituera le traitement du rhumatisme articulaire aigu, sulfate de quinine, poudre de Dower, nitrate de potasse, etc. Si les manifestations articulaires prennent de l'extension, on enveloppera les parties malades avec de l'ouate, on aura recours aux embrocations narcotiques, sans préjudice, bien entendu, du traitement interne.

Telles sont, messieurs, les quelques considérations que je désirais vous soumettre relativement à l'érythème papuleux.

Nous allons aborder, maintenant, un sujet non moins intéressant que le premier, et qui me fournira l'occasion de vous exposer ce que M. Bazin entend par arthritis. Je vais vous en parler à propos de l'eczéma. Déjà, dans mes leçons précédentes, je vous ai montré un grand nombre de malades atteints d'eczéma; je vous ai dit que je définissais cette affection : une maladie de la peau, caractérisée au début soit par des vésicules, soit par des pustules, soit par des papules, soit par des taches exanthématiques, soit par des squames, soit par des fissures épidermiques; affection tendant à se propager, donnant lieu à une érosion superficielle et à une sécrétion plus ou moins abondante, susceptible de se concréter sous forme de croûtes; laquelle affection donnant lieu habituellement à des démangeaisons, se termine par une desquamation écaillleuse de l'épiderme.

Dans le plus grand nombre de cas, l'eczéma, quelle que soit la lésion élémentaire qui lui ait donné naissance, présente trois périodes bien distinctes : 1° une période d'éruption; 2° une période de sécrétion; 3° une période de desquamation.

La malade que je fais venir devant vous et qui occupe le n° 7 de notre salle des femmes, vous montre un exemple remarquable de ce qu'est l'eczéma à sa première période. Vous voyez sur la face dorsale des mains et des poignets une éruption confluente de vésicules acuminées, faisant un léger relief, transparentes; quelques-unes sont remplies de pus.

Cette affection a débuté lundi dernier; elle est survenue sans phénomènes généraux d'aucune sorte, sans douleurs articulaires; elle cause des démangeaisons très-vives. Dans le cas actuel, il nous est facile de reconnaître la lésion élémentaire qui est une vésicule; certains auteurs ont prétendu que l'eczéma reconnaissait toujours une vésicule pour lésion initiale, et s'appuyant sur ce caractère, l'ont rangé parmi les affections vésiculeuses. C'est là une erreur. Je vous ai dit bien souvent, je vous l'ai répété tout à l'heure et je vous l'ai prouvé par des exemples nombreux, que la lésion primordiale était tantôt une vésicule, tantôt une papule, tantôt un squame ou toute autre lésion élémentaire de la peau.

Il est rare que nous ayons la bonne fortune d'observer la période vésiculeuse de l'eczéma; car cette période très-courte, éphémère, dépasse rarement trente-six heures, et le malade ne vient réclamer les soins du médecin qu'à une époque plus éloignée du début, alors que les vésicules se sont rompues.

Dans le cas actuel, l'éruption revêt des caractères particuliers par suite du siége qu'elle occupe. La maladie dure depuis quatre jours, et cependant les vésicules persistent en très-grand nombre. Ce fait semblerait en contradiction avec ce que je vous disais tout à l'heure relativement à la durée éphémère de la période vésiculeuse de l'eczéma. J'appelle de nouveau votre attention sur le siége de la maladie; l'éruption est limitée aux mains.

Dans les cas d'eczéma limité aux mains, il peut arriver que la vésicule se rompe, soit par le grattage, soit spontanément. Il en résulte de petites ulcérations superficielles. Le plus souvent, et c'est ce que vous observez chez notre malade, les vésicules persistent sans se rompre à cause de la grande épaisseur de l'épiderme dans cette région. Au bout de quelques jours, elles s'affaissent par suite de la résorption du liquide, et l'épiderme se réapplique sur le derme pour se détacher plus tard sous forme de squame, et après la desquamation, on trouve un épiderme de nouvelle formation présentant, pendant quelques jours, une coloration légèrement violacée. Lorsque les vésicules sont rapprochées, les cloisons qui les séparent se détruisent, et plusieurs d'entre elles se réunissent pour former des bulles du volume d'un pois ou d'une noisette qui se comportent absolument de la même manière que les vésicules, soit qu'elles se rompent et que leur contenu s'épanche, soit qu'elles s'affaissent par suite de la résorption du liquide qu'elles renferment.

Il est important de ne pas confondre ces bulles, dues à la réunion de plusieurs vésicules avec les bulles du pemphigus.

Dans les cas ordinaires, les vésicules ne persistent pas longtemps; elles se rompent et donnent issue à une quantité plus ou moins considérable de sérosité qui se concrète sous forme de croûtes jaunâtres, variables d'épaisseur. Cette sécrétion constitue le caractère essentiel de la deuxième période de l'eczéma. Au-dessous des croûtes, on trouve de petites ulcérations peu profondes desquelles suinte un liquide séreux, transparent, citrin, mais visqueux, gluant, tachant et empesant les linges qu'il imbibe. Le malade du n° 5 nous montre un exemple remarquable d'eczéma à la deuxième période.

Ne croyez pas, messieurs, que l'existence de vésicules soit indispensable pour que le suintement s'établisse; on le voit succéder à toute autre lésion élémentaire de la peau, à une pustule, à un squame, à une fissure épidermique même, comme vous pouvez vous en assurer en examinant le malade du n° 33. Chez lui, la lésion primitive a consisté en une éraillure, une fissure de la peau, par laquelle s'est fait un suintement abondant.

Enfin, la malade du nº 12 vous montre ce qu'est l'eczéma à sa troisième période. Les phénomènes inflammatoires sont tombés, les croûtes ont disparu. La peau qu'elles recouvraient est lisse, luisante, sèche. De plus, elle est le siége d'une desquamation fixe.

Tels sont, messieurs, les trois degrés de l'eczéma; ils ne sont pas exclusifs les uns des autres, et il n'est pas rare de voir sur le même sujet plusieurs éruptions simultanées, représentant la maladie à tous ses âges.

La marche de cette maladie est habituellement lente. Dans quelques cas cependant elle est assez rapide et la guérison ne se fait pas longtemps attendre. Il est fréquent de voir des recrudescences qui ramènent l'eczéma à sa première ou à sa deuxième période, alors qu'on croyait en être débarrassé. De plus, les récidives sont communes; elles ont lieu à des époques plus ou moins éloignées, mais sont presque fatales, parce qu'un individu atteint de cette affection restera toujours sous l'influence de la diathèse.

Quand l'eczéma guérit, il ne laisse après lui aucune cicatrice. La place qu'il occupait conserve pendant quelque temps une couleur rouge brun qui diminue bientôt pour disparaître ensuite complétement, et alors la peau reprend sa coloration normale.

(*A suivre.*)

OBSTÉTRIQUE

DEUX FAITS D'HÉMORRHAGIE INTERNE GRAVE PENDANT LE TRAVAIL ET APRÈS L'ACCOUCHEMENT.

Par M. Bailly, professeur agrégé.

Deux fois, à une année d'intervalle, j'ai eu l'occasion d'observer et de soigner des femmes prises d'hémorrhagie interne grave; la première, après la délivrance, la seconde pendant le travail même de l'accouchement. Les pertes intra-utérines se produisant dans ces conditions avec assez d'abondance pour exposer la vie des femmes ou tout au moins leur santé, ne sont pas communes, et d'un autre côté leur soudaineté, leurs conséquences fâcheuses, parfois l'obscurité de leur diagnostic, leur assureront toujours un intérêt et une importance extrêmes aux yeux des praticiens, qui doivent posséder une connaissance approfondie de ces accidents et savoir se prémunir contre leurs dangers. Pour ces motifs, il m'a paru utile d'offrir aux lecteurs de la *Gazette des Hôpitaux* une relation complète de ces deux faits, en la faisant suivre de quelques réflexions que suggère chacun d'eux.

Je publie aujourd'hui le fait d'hémorrhagie interne pendant le travail, fait qui, bien que d'une date postérieure à l'autre, me paraît devoir logiquement le précéder, eu égard à l'ordre de succession naturel des phénomènes de la parturition.

Observation. — Le sujet de la présente observation est une dame X..., âgée de trente-cinq ans, brune, d'une constitution moyenne, et d'une bonne santé.

Cette femme a eu deux grossesses d'un premier mariage; elle est accouchée à sept mois chaque fois, sans accidents, sans que j'aie pu découvrir la cause qui a provoqué prématurément le travail dans ces deux couches, celles-ci m'ont paru plutôt spontanées que résulter d'un traumatisme.

Mariée en secondes noces depuis un an, elle accouche encore cette fois à sept mois. Sa grossesse jusqu'ici avait été normale. Le samedi 2 novembre 1872, Mme X... fait une promenade à pied de plusieurs heures; le lendemain soir, elle commence à ressentir des douleurs de reins qui prennent le type intermittent dans le courant de la nuit et se propagent à l'abdomen. L'enfant vit à ce moment; la mère le sent manifestement remuer.

Le docteur Porcheron, appelé le lundi matin 4 novembre, constate un travail évident ayant amené déjà une dilatation sensible de l'orifice utérin. Vers une heure de l'après-midi, notre confrère s'aperçoit que loin de s'abaisser par l'effet du travail, l'utérus semble prendre du volume tant en largeur que verticalement. La parturiente en fait aussi la remarque: une quantité modérée de sang s'écoule par la vulve. Ces phénomènes locaux avaient été précédés des symptômes généraux des hémorrhagies, pâleur du visage, faiblesse du pouls, sueurs froides, bâillements, lipothymies. L'idée d'une perte interne se présente immédiatement à la pensée du docteur Porcheron, qui administre sans tarder à la malade un gramme de poudre d'ergot de seigle. Ce médicament ranime les contractions de la matrice, qui cesse de s'accroître.

Appelé près de Mme X... vers quatre heures de l'après-midi, je trouve le pouls faible, régulier, à 96 pulsations; de la pâleur du visage, et une teinte violacée des lèvres bien différente de celle de la santé. Les défaillances ont cessé depuis deux heures, sous l'influence du vin administré à la malade. L'utérus est uniformément résistant et dur; on n'y distingue aucune partie d'enfant. Le fond de l'organe atteint la partie supérieure de l'épigastre; son diamètre transversal mesure toute la largeur du ventre. L'orifice utérin, de la grandeur d'une pièce de cinq francs, permet d'atteindre, au-dessus d'une poche des eaux fort mince, la tête fœtale engagée dans le haut de l'excavation.

Les douleurs se succèdent assez régulièrement toutes les cinq minutes; la malade ne perd plus.

D'accord avec notre confrère, je romps à ce moment les membranes; une faible quantité de liquide amniotique s'écoule au dehors. Les contractions prennent immédiatement le caractère expulsif, la dilatation du col s'achève, et dix minutes plus tard, Mme X... accouche d'un fœtus de sept mois environ, uniformément violacé, et dont la mort ne paraît pas remonter au delà de quelques heures.

Trois minutes après l'issue de l'enfant, la matrice rejette avec force le délivre entier accompagné d'une masse considérable de caillots noirs très-fermes, à surface inégale et déchirée. L'un d'eux dépasse le volume du poing d'un adulte. J'évalue à 800 grammes au moins le poids total de ces caillots. L'accouchée n'éprouve après cette évacuation aucune faiblesse nouvelle, le pouls ne fléchit pas, la coloration des lèvres s'améliore, le moral très-altéré se relève; bref, on voit que cette hémorrhagie était opérée depuis quelque temps et ne constitue pas une soustraction de sang nouvelle. La matrice, excitée par l'ergot, se contracte avec force et prévient une seconde perte. Suites de couches naturelles.

L'examen du délivre fait constater les dispositions suivantes: l'ouverture des membranes, qui a livré passage à l'enfant, se trouve placée à 2 centimètres seulement de la circonférence du placenta. Celui-ci est recouvert, dans l'étendue de deux pouces carrés environ, et près de son bord, d'une concrétion sanguine foncée, ferme et fortement adhérente, qui dénote un décollement partiel antérieur à la fin du travail. Le gâteau placentaire n'offre d'ailleurs, dans le reste de son étendue, aucune altération de structure appréciable à la vue simple.

L'intérêt que présente le fait rapporté ci-dessus sera bien compris de tous ceux qui s'adonnent à la pratique des accouchements. Il est, en effet rare, très-rare, de voir survenir pendant la grossesse ou le travail, c'est-à-dire avant la déplétion de la matrice, une hémorrhagie intra-utérine assez forte pour produire les symptômes locaux et généraux offerts par Mme X. Les faits de ce genre consignés dans la science sont peu nombreux, bien que les auteurs aient pris soin de relater la plupart de ceux dont ils avaient été témoins. La rareté de telles hémorrhagies s'explique aisément par ce fait que, d'une part, le fœtus entouré ou non de ses eaux remplit la cavité utérine, et que, d'autre part, la toni-

cité de la matrice s'oppose en général à une distension de l'organe suffisante pour permettre une accumulation un peu considérable de sang.

Pour faire comprendre la possibilité de ces pertes et le mécanisme de leur production, plusieurs conditions, en effet, me semblent indispensables. Il faut : 1° une cause prédisposante, l'inertie utérine, de laquelle résulte pour l'organe l'aptitude à se laisser distendre par le sang ; 2° une circonstance accidentelle, variable dans sa nature, mais ayant pour effet de produire un décollement placentaire, et conséquemment une hémorrhagie ; 3° enfin un obstacle physique, qui s'oppose à l'écoulement du sang au dehors et le retienne dans la matrice. Nous retrouvons sans doute ces diverses conditions pathogéniques dans le cas de Mme X. L'inertie utérine existait certainement chez elle ; comment expliquer autrement le développement subit et considérable de la matrice survenu sous l'influence de la perte ? Quant à la cause déterminante, elle ressort assez clairement de l'examen du délivre, qui révèle une insertion vicieuse du placenta. Le lieu où s'est effectuée l'ouverture des membranes, l'infiltration sanguine d'une portion du disque, les caillots adhérents qui recouvraient celle-ci, établissent suffisamment le fait. Reste enfin à déterminer l'obstacle qui a pu s'opposer à l'issue du sang par la vulve et l'obliger à s'accumuler dans la matrice. Cet obstacle est vraisemblablement ici la tête fœtale qui, en raison de son petit volume, s'est promptement engagée dans le segment inférieur de la matrice et en a formé l'ouverture. J'ai dit, en effet, qu'au moment de mon examen la tête occupait la moitié supérieure de l'excavation et s'appliquait exactement sur l'orifice utérin incomplétement dilaté. Il est donc très-présumable qu'elle est devenue l'agent d'obturation du conduit génital et la cause prochaine de la rétention du sang. On s'explique ainsi que celui-ci, rencontrant moins de résistance de la part des parois inertes de la matrice, ait porté son effort de ce côté et formé entre l'utérus et l'œuf la collection considérable rejetée en même temps que les annexes du fœtus.

Terminer l'accouchement aussitôt qu'on le peut sans craindre de léser les parties de la mère, est une indication commune à tous les grands accidents qui viennent compliquer la parturition. C'est, en général, le plus sûr moyen de parer aux dangers que ces accidents font courir aux femmes. C'est, en conséquence, le mode de traitement que réclament les pertes internes graves et celui qu'on doit appliquer quand l'état de l'orifice permet d'extraire l'enfant sans trop de difficulté. Mais pendant la grossesse et la première phase du travail, c'est-à-dire lorsque le col est fermé ou incomplétement ouvert, vider la matrice par une opération est chose impraticable ou par trop dangereuse, et l'indication la plus urgente consiste alors à limiter l'hémorrhagie en combattant l'inertie utérine qui la favorise puissamment. L'ergot de seigle atteint assez sûrement ce but, si on l'administre pendant le travail, c'est-à-dire au moment où la matrice se montre sensible à l'action de ce médicament. Cette indication, on l'a vu, avait été bien suivie par M. le docteur Porcheron, qui depuis trois heures avait réussi, avec l'ergot, à enrayer une hémorrhagie interne assez grave pour amener la dépression du pouls et des forces.

Au moment où je vis sa cliente, la matrice était uniformément dure et contractée, et les symptômes inquiétants étaient amendés.

Si, malgré l'emploi du seigle ergoté, la collection sanguine, dans un cas semblable, semblait s'accroître, ou qu'on redoutât ses progrès, on pourrait, pour plus de sûreté, et suivant le conseil qu'en donnent les auteurs, joindre à l'usage du médicament ocytocique l'application d'un bandage compressif de l'abdomen, effectué à l'aide d'une large bande d'un tissu élastique, ou plus simplement encore avec une serviette fixant sur les côtés et le fond de l'utérus une épaisseur de linge suffisante pour soutenir convenablement ces régions, et s'opposer à l'accumulation du sang.

(A suivre.)

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 19 août 1873. — Présidence de M. DEPAUL.

CORRESPONDANCE OFFICIELLE

M. le ministre de l'agriculture et du commerce transmet les comptes rendus des maladies épidémiques qui ont régné, en 1872, dans les départements de l'Aveyron et d'Ile-et-Vilaine.

CORRESPONDANCE NON OFFICIELLE

La correspondance non officielle comprend :

Une lettre de M. le docteur Luton (de Reims), accompagnant l'envoi d'un pli cacheté, dont le dépôt est accepté.

M. ROBIN présente, de la part de l'auteur, M. le docteur Lestevant, chirurgien de l'Hôtel-Dieu (de Lyon), un livre intitulé : *Traité des sections nerveuses.*

LECTURE

(Voir le Premier-Paris.)

La séance est levée à cinq heures.

VARIÉTÉS

De l'épididymite caséeuse

Par M. le docteur E. MOUGIN.

Dans une thèse soutenue ces jours derniers à la Faculté de médecine de Paris, M. le docteur Mougin a abordé une question de la plus haute importance, sur laquelle nous croyons qu'il est bon d'appeler l'attention. Sous le titre d'*Épididymite caséeuse,* l'auteur nous décrit une maladie des plus communes dans nos salles de chirurgie, mais dont l'histoire complète restait encore à faire, dont la véritable nature, en un mot, n'était rien moins que bien connue. Le point capital de la thèse, l'objet principal que l'auteur a eu en vue, c'est de prouver que le tubercule vrai est dans le testicule, chose extrêmement rare, que la tuberculose en un mot n'a, la plupart du temps, rien à voir dans l'affection dite *tuberculeuse* de cet organe.

Le sujet était vaste. Aussi M. Mougin a-t-il, avec juste raison, selon nous, envisagé surtout les lésions de l'épididyme, en laissant au second plan les altérations du testicule proprement dit, altérations qu'il considère, du reste, comme secondaires à celles de l'épididyme. Mais la question fondamentale n'en subsiste pas moins tout entière ; et les raisons qui militent en faveur de la rareté du tubercule dans ce dernier organe sont tout aussi valables quant à ce qui concerne le parenchyme glandulaire lui-même.

Dans son introduction, l'auteur expose le plan qu'il s'est tracé, et nous fait pénétrer d'emblée dans le cœur de la question. Il explique les motifs qui l'ont décidé en faveur du titre qu'il a choisi. Excluant tour à tour les noms d'épididymite *tuberculeuse, pseudo-tuberculeuse, scrofuleuse,* etc..., il s'arrête à celui d'épididymite *caséeuse,* qui seul peut donner une idée à peu près nette de la maladie.

Après un exposé fort savant de l'historique de la question, où il montre les fluctuations et les incertitudes de la science sur le sujet qui nous occupe, et s'appuyant sur une remarquable leçon de M. le professeur Richet, M. Mougin aborde l'étiologie de l'épididymite

caséeuse. Parmi les *causes générales*, la scrofule tient le premier rang. Viennent ensuite la tuberculose, les affections aiguës antérieures, bref toutes les causes de dépression de l'organisme. Les *causes locales* résident dans l'immense majorité des cas, dans les affections inflammatoires aiguës ou chroniques du canal de l'urèthre. Les plus communes de ces causes sont les blennorrhagies, les suppurations, suites de rétrécissements, les abcès de la prostate, etc...

L'auteur consacre à l'anatomie pathologique une partie importante de son travail. De ses observations personnelles et des travaux de Cruveilhier, Andral, Virchow, etc., il résulterait que les produits morbides suivent l'évolution suivante : sous l'influence d'une irritation chronique, on voit le tissu qui existe entre les circonvolutions de l'épididyme s'imbiber d'une lymphe plastique à organisation régressive, qui se traduit par une transformation caséeuse. Plus tard, le canal de l'épididyme devient malade à son tour et s'oblitère. Alors le tissu conjonctif entre en voie de prolifération dans les interstices des tubes séminifères, d'où compression de ces tubes, altération de leur nutrition et abolition consécutive des fonctions de la glande, qui devient le siége d'une altération scléreuse.

Enfin, chose capitale, jamais on ne rencontrerait dans l'épididyme de granulations grises, ni de granulations fibreuses. La granulation fibreuse se rencontrerait plus fréquemment dans le testicule, mais n'y jouerait qu'un rôle secondaire à l'altération de l'épididyme, et sa nature tuberculeuse serait encore très douteuse. Ce n'est pas à dire pour cela que M. Mougin nie la possibilité de formations tuberculeuses dans le testicule. Mais ces formations, d'après lui, seraient rares et n'auraient d'ailleurs aucun rapport avec la maladie désignée *cliniquement* sous le nom d'affection tuberculeuse du testicule. La loi de Louis qui admet en faveur des tubercules du testicule ce singulier privilége de ne pas se généraliser dans l'immense majorité des cas, tomberait par là même, puisqu'elle s'appliquerait à des lésions d'une nature nullement tuberculeuse.

Quant à la symptomatologie, le début présente deux modalités bien distinctes correspondant à deux formes, l'une subaiguë, l'autre chronique. Mais ces deux formes se confondent dans la période d'état de l'affection. Que celle-ci survienne à la suite d'une blennorrhagie récente, dont les traces sont encore très-appréciables, ou qu'elle se montre dans le cours d'une blennorrhée ancienne, parfois difficile à constater et dont le malade ignore souvent l'existence, on trouve une induration de l'épididyme avec gonflement et douleur, accompagnée d'un léger épanchement dans la tunique vaginale. Bientôt il se forme des bosselures, qui finissent par adhérer à la peau du scrotum. Un abcès survient, qui s'ouvre au dehors, en donnant issue à un pus crémeux et granuleux, et qui laisse subsister des trajets fistuleux en nombre plus ou moins grand. Le cordon est dur, moniliforme; le toucher rectal montre la prostate engorgée. Souvent celle-ci bombe dans le rectum, au point de laisser son empreinte sur les matières fécales. Enfin il peut y avoir des troubles dans l'excrétion urinaire. Ces altérations prostatiques peuvent être primitives et dues à la cause la plus commune de l'engorgement épididymaire, à savoir la suppuration chronique de la région prostatique du canal. M. Mougin compare fort judicieusement l'influence étiologique de l'uréthrite chronique sur l'épididymite à celle de certaines bronchites sur la production de la pneumonie caséeuse.

Peu à peu, si on abandonne la maladie à elle-même, la constitution s'altère. Le malade maigrit. Une sorte d'infection générale de l'économie se produit. Les poumons finissent par se prendre, mais au même titre que dans toutes les suppurations de longue durée. Qu'on enlève le foyer infectieux, et dans la plupart des cas ils reviennent à l'état normal.

Le diagnostic ne présente le plus souvent aucune difficulté.

La gravité du pronostic réside et dans l'altération progressive de l'état général, et dans l'abolition des fonctions de l'organe, si on laisse la maladie suivre son cours.

Les indications thérapeutiques ont ici une importance de premier ordre.

S'il est, en effet, prouvé que la maladie a, la plupart du temps, sa source dans une inflammation de l'urèthre, c'est de ce côté que le chirurgien devra diriger tous ses efforts. Comme traitement préventif, il devra s'attacher à combattre jusqu'à extinction complète toute trace d'écoulement uréthral. Si l'épididymite est déjà developpée, c'est encore sur le canal qu'il faudra surtout agir. Enfin, si la maladie est arrivée à la période fistuleuse, la castration sera le plus souvent indiquée. L'existence de complications pulmonaires ne sera pas une contre-indication. Bien au contraire, elle devra engager le praticien à se hâter, pourvu toutefois qu'il ne s'agisse pas d'un ramollissement tuberculeux ou caséeux, arrivé à la période d'ulcération. Dans ce cas, en effet, toute opération ne pourrait qu'abréger les jours du patient. En cas de doute sur la nature des produits, il faut opérer quand même.

Voici, du reste, en quelques mots, les conclusions générales de M. Mougin :

1° L'affection connue par les auteurs sous le nom de *tubercule du testicule*, n'a ordinairement rien de commun avec la diathèse tuberculeuse. Elle est de même nature que l'orchite chronique. C'est une inflammation nécrobiotique, ou une régression caséeuse dans des produits inflammatoires.

2° Elle est liée, dans la grande majorité des cas, à une suppuration chronique de la région prostatique de l'urèthre. Elle succède parfois à une inflammation aiguë de l'épididyme et peut apparaître spontanément, comme la caséification des ganglions du cou.

3° Elle siége le plus souvent dans l'épididyme, et secondairement dans les autres voies spermatiques.

4° Le traitement doit être dirigé d'abord contre la suppuration du canal et de la prostate.

5° Lorsque la castration est devenue nécessaire, les symptômes pulmonaires communs à toutes les suppurations chroniques ne doivent pas faire reculer devant l'opération.

Tels sont les principaux points que M. Mougin s'est efforcé d'établir, en se fondant sur un assez grand nombre d'observations prises avec soin. Bien qu'il s'agisse ici d'une maladie très-fréquente, c'est, pensons-nous, un grand mérite que celui de l'avoir présentée sous un jour nouveau, que nous avons tout lieu de croire être le vrai. Dans tous les cas, un travail de ce genre ne doit pas passer inaperçu : nous avons la conviction qu'il ne peut manquer d'être le point de départ d'intéressantes discussions.

Gaston Decaisne,
Externe des hôpitaux.

THÈSES

SOUTENUES A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

PENDANT L'ANNÉE 1873.

254. Svynos (G.). De l'érysipèle à répétion, érysipèle récidivant, érysipèle à rechute, érysipèle périodique.
255. Brusque. Quelques considérations sur les anévrysmes spontanés de l'artère axillaire.
256. Antoine. Essai sur la diarrhée endémique de Cochinchine.
257. Philipon. Essai sur les tumeurs de l'encéphale, symptomatologie et diagnostic.
258. Éliçagaray. Du rhumatisme blennorrhagique.
259. Legrand de la Liraye. De la thoracentèse en Angleterre.
260. Dumarest. Des applications des agents élastiques au traitement des luxations et des fractures.
261. Denis. De la cataracte congénitale.
262. Lartisien. Du traitement chirurgical des hémorrhoïdes.
263. Claret. De l'invagination intestinale et de son traitement.
264. Marchand. Étude historique et nosologique sur quelques épidémies et endémies du moyen âge.
265. Malassez. De la numération des globules rouges du sang. — I. Des méthodes de numération. — II. De la richesse du sang en globules rouges dans les différentes parties de l'arbre circulatoire.
266. Besson. Pathologie de la lactation.

267. Clément. Étiologie du vertige.
268. Lordereau. De la suppuration dans l'érysipèle.
269. Renaut. Des fractures de l'extrémité inférieure du fémur.
270. Robert. Des épanchements primitifs de sérosité par décollement traumatique de la peau et des couches sous-jacentes.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

M. le docteur Soubeiran, agrégé près l'École supérieure de pharmacie de Paris, est nommé contrôleur du matériel de la Faculté de médecine, en remplacement de M. Samson, décédé.

— Un concours pour la place de prosecteur sera ouvert le 3 novembre 1873, à l'École préparatoire de médecine et de pharmacie d'Alger.

— La Société de médecine de Paris tiendra sa prochaine séance samedi 23 août, a trois heures et demie, 3, rue de l'Abbaye.

Ordre du jour : 1° Lecture du procès-verbal de la précédente séance; — 2° Du défaut de l'accommodation de l'œil par paralysie diphthéritique, par M. Camusset; — 3° De l'hémorrhagie cérébrale d'une forme particulière (lecture de M. le docteur Lemoisne à l'appui de sa candidature au titre de membre titulaire); — 4° Vote sur la candidature de M. le docteur Gallez au titre de membre correspondant; — 5° Appareil électrolytique; rapport sur la candidature de M. le docteur Moncorvo (de Figuereido) au titre de membre correspondant, par M. Onimus.

— A céder immédiatement, clientèle médicale à Paris. Produit de 1872 : 17,500 francs. — S'adresser au bureau du journal.

— Clientèle à céder, au centre d'une population aisée; rapport annuel, susceptible d'augmentation, 8,000 francs. — S'adresser au bureau du journal.

— On demande un docteur en médecine pour une commune de l'arrondissement de Meaux (Seine-et-Marne). Position avantageuse. — S'adresser à Paris, chez M. Fichet, rue Richelieu, 43.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Étude clinique et physiologique sur la propylamine et la triméthylamine, par Aïssa Hamdy, docteur en médecine de la Faculté de Paris et de l'École de médecine du Caire. — Gr. in-8°. Prix : 2 fr. 50. — Paris, P. Asselin.

La charpie de l'ambulance de l'administration des postes. — Pansement immédiat, par le soldat, des plaies sur le champ de bataille, par le docteur E. Lantier, ex-chirurgien de l'ambulance de l'administration générale des postes. — In-8° de 8 pages. Paris, 1873, P. Asselin.

Le Directeur : Dr E. Le Sourd.

Paris. — Typographie A. Pougin, quai Voltaire, 13.

N° 97. — SAMEDI 23 AOUT 1873. 46e ANNÉE. SAMEDI 23 AOUT 1873. — N° 97.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Bureaux : 57, rue des Saints-Pères, 57
PRÈS L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix d'abonnement
doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois

On s'abonne hors de Paris
dans les bureaux des Messageries et chez les Libraires.
Les lettres non affranchies sont refusées.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui n'en peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS	
Trois mois. . .	8 fr. 50 c.
Six mois. . .	16 —
Un an. . .	30 —

POUR L'ÉTRANGER le port en sus suivant les derniers tarifs des Postes.

REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE

De l'électricité comme tonique de la nutrition.

On se fait généralement une idée très-fausse de la résistance que le corps humain peut opposer au passage d'un courant électrique ; et de cette erreur, générale aujourd'hui parmi ceux qui s'occupent d'électrothérapie, dépend le plus souvent le choix des appareils qu'ils mettent en usage.

Lorsque l'année dernière, à la Société de chirurgie, M. Le Fort annonça qu'il avait obtenu des résultats remarquables par l'emploi continu d'une pile formée d'un seul élément ou de deux, on lui opposa aussitôt une fin de non-recevoir, parce que, disait-on, *les tissus de l'homme étant très mauvais conducteurs, un courant à tension si faible ne pourrait jamais en surmonter les résistances et les traverser.*

L'argument était péremptoire.

Je voulus savoir s'il était fondé ; et je m'adressai à un des hommes les plus compétents en pareille matière, au célèbre physicien Ruhmkorff.

Ruhmkorff institua une expérience dans laquelle, à l'aide de son galvanomètre si délicat, il constata que le courant fourni par un seul élément très-petit, traversait sans peine un circuit formé de trente personnes.

La constatation n'alla pas plus loin ; mais il est probable qu'un nombre de personnes beaucoup plus grand dans le circuit (si on eût pu en réunir davantage) n'aurait pas encore arrêté ce courant si faible.

On le voit, c'était le renversement des théories fondamentales de ceux qui, à l'imitation de Remak, lorsqu'ils veulent employer les courants directs, font toujours usage d'un très-grand nombre d'éléments, d'au moins 20 à quelques centaines, croyant ne pouvoir autrement pénétrer les tissus.

Cette année encore, j'ai eu l'occasion de déplorer les conséquences de courants de ce genre, dont les effets chimiques sont si considérables, chez une jeune fille nerveuse qu'un médecin allemand traitait ainsi pour des palpitations, et qui mourut subitement, probablement par suite d'embolie. Sur les points où l'on avait appliqué les pôles à la région précordiale, de véritables ecchymoses montraient la nocuité de ces courants énergiques pour les tissus vivants.

Et disons-le, la plupart du temps, l'effet qu'on cherche par ces moyens redoutables, il serait facile de l'obtenir à moins de frais et sans danger.

En effet, il ne s'agit pas de décomposer les tissus, mais le plus souvent d'exercer une action tonique.

Comme tonique, l'électricité est un agent merveilleux, sans pareil. On le sait depuis longtemps en ce qui touche les muscles, les nerfs moteurs, etc. Je l'ai constaté cette année en ce qui touche les phénomènes vitaux et la nutrition générale.

Mais avant d'en venir à ces observations si importantes au point de vue pratique, car il s'agit d'affections communes et d'appareils que tout praticien peut posséder et appliquer sans l'intervention d'un spécialiste, je dois rappeler que, suivant les recherches de M. Cyon, les courants électriques pénètrent aussi facilement dans la moelle épinière que dans les muscles, et que, par conséquent, l'expérience fondamentale de Ruhmkorff prouve pour la moelle, comme pour les tissus traversés quand le courant passe d'une main à l'autre.

Voici comment s'exprime à ce sujet le savant professeur de Saint-Pétersbourg dans un mémoire couronné par l'Institut (1) :

« C'est à tort que les électrothérapeutistes voient dans l'enveloppe osseuse de l'épine dorsale un obstacle à son électrisation. Le peu de conductibilité des os fait au contraire que l'on peut, dans la galvanisation de la moelle épinière, *obtenir des effets considérables avec des courants relativement faibles.*

« Pour s'en rendre compte, il n'y a qu'à se rappeler la loi que nous avons donnée sur la propagation des courants électriques dans des conducteurs non homogènes. Elle dit, en effet, que, dans chaque ramification du conducteur, l'intensité du courant est inversement proportionnelle à la grandeur de sa résistance. Si donc nous faisons passer le courant dans deux conducteurs dont l'un conduit dix fois plus mal que l'autre, l'intensité du courant sera, dans ce dernier, dix fois plus grande que dans le premier. Or, la conductibilité de la matière osseuse est au moins dix fois moindre que celle de la moelle épinière ; si donc nous faisons passer un courant dans la colonne vertébrale et dans la moelle épinière, l'intensité du courant sera dans cette dernière au moins dix fois plus grande que dans les vertèbres,

(1) *Principes d'électrothérapie*, par le docteur Cyon, professeur de physiologie à l'Université et à l'Académie de médecine de Saint-Pétersbourg, etc. — Paris, 1873, J.-B. Baillière et fils.

c'est-à-dire que le courant se propagera de préférence dans la moelle épinière où il arrivera en passant par les apophyses (les ligaments qui ferment ces ouvertures ont en effet une conductibilité qu'on peut sans erreur sensible considérer comme égale à celle de la moelle épinière).

« Si la moelle épinière était entourée d'un tissu meilleur conducteur, de tissu musculaire, par exemple, sa galvanisation se compliquerait de grandes difficultés. Il faudrait en effet employer des courants d'une intensité tout à fait extraordinaire pour leur faire acquérir dans la moelle épinière une force efficace ; car la plus grande partie du courant se propagerait à travers ce tissu meilleur conducteur qui lui offre d'aillenrs un parcours moins long. En un mot, *la faible conductibilité de la colonne vertébrale est favorable, au plus haut degré, à la galvanisation de la moelle épinière.* Les électrothérapeutistes ont émis une opinion toute contraire, parce qu'ils interprétaient mal la loi d'Ohm, d'après laquelle l'intensitité du courant varie en raison inverse de la somme des résistances qui composent le circuit ; ils en concluaient que, par suite de la grande résistance des os, le courant devait s'affaiblir considérablement dans son trajet jusqu'à la moelle épinière ; mais ils perdaient ainsi de vue un point essentiel, c'est que ce sont toujours des conducteurs secondaires qui ferment le circuit lorsque nous faisons passer un courant par le corps humain. La supposition des électrothérapeutistes n'eût été juste que si la colonne vertébrale seule avait complété le circuit. Mais, en réalité, nous avons, à côté de la colonne vertébrale, une fermeture relativement bonne conductrice, c'est la moelle épinière; c'est donc par elle principalement que le courant se propagera. Les muscles dorsaux sont une cause d'affaiblissement du courant bien plus importante que la colonne vertébrale. Ces muscles, en effet, sont au moins *aussi bons conducteurs que la moelle*, et ils relient les deux électrodes d'une manière plus directe, une grande partie du courant s'écoulera donc par cette voie. Heureusement la couche musculaire, appliquée contre les vertèbres, n'est que d'une assez faible épaisseur. En pressant donc les électrodes, sur les deux côtés des apophyses épineuses, on peut faire que la moelle épinière devienne à peu près une ligne plus courte de leur jonction. Il devient ainsi possible de galvaniser la moelle sans employer des courants d'une force exagérée. »

Non-seulement, il n'est pas besoin de courants d'une force exagérée, mais, comme le prouve l'expérience de Ruhmkorff rapportée plus haut, on peut agir avec les courants les plus faibles, puisque ceux-là même pénètrent.

Bien entendu, la puissance de l'action est directement proportionnelle à celle du courant employé ; mais du moment où il s'agit d'une question de quantité, du moment où il est certain qu'en agissant peu on agit encore, le praticien se trouve replacé sur son terrain habituel : c'est à lui de calculer, accroître ou modérer les doses, selon le mal et l'individu.

C'est là le grand art, la grande science du thérapeutiste, et on ne l'acquiert qu'à force de voir des malades de toute espèce, et de les traiter par les divers moyens qu'on peut mettre en usage.

C'est ainsi qu'on apprend à voir autre chose que la lésion : le malade lui-même, dont l'énergie vitale est principalement en jeu.

En dehors de celles qui demandent une opération chirurgicale, il est bien peu de maladies qu'on puisse atteindre directement. Il en est beaucoup dont l'issue, heureuse ou fatale, dépend de la manière dont on a compris l'état général du sujet qu'on traite.

Ceux qui n'ont qu'un seul procédé à leur disposition, et qui se spécialisent, non point, comme les oculistes, etc., pour exercer une branche de la chirurgie tout à fait à part, mais pour appliquer aux malades un mode unique de traitement, ceux-là ont une grande tendance à ne pas restreindre assez l'emploi de leur remède, et à exagérer, dans tous les sens du mot.

« Si nous nous demandons maintenant, dit M. Cyon, ce que l'électrothérapie a gagné dans sa marche et son développement spécial, la réponse à cette question ne saurait être douteuse. Ce qu'elle a gagné, c'est la déconsidération générale de tous les médecins rationnels ; et nous sommes obligés d'avouer que cette déconsidération n'a été que trop méritée... Faits mal observés, ou purement inventés, théories ridicules, hypothèses extravagantes, explications impossibles, guérisons merveilleuses, tout cela se trouve entremêlé dans ces traités d'électrothérapie, mitigé d'une fausse apparence d'investigation scientifique et recouvert d'un voile mystique à travers lequel on voit percer la réclame. »

Bien entendu, en portant ce jugement sévère sur les travaux des électrothérapeutistes spécialistes, M. Cyon a soin d'en excepter le livre de MM. Legros et Onimus. Quant à M. Duchenne (de Boulogne), dont M. Cyon fait un éloge si mérité, c'est surtout un pathologiste, et il semble qu'il a cherché dans l'application de l'électricité aux maladies, principalement une occasion et un procédé complémentaire pour ses admirables recherches sur un grand nombre d'affections.

A tous les points de vue, la plupart des électrothérapeutistes peuvent être rangés parmi ceux qui méritent le nom d'*outranciers* en médecine.

Or, il n'est rien d'aussi dangereux que ces outranciers.

Ils exagèrent les quantités, comme les applications possibles de ce qu'ils emploient ; et il en résulte qu'ils font justement craindre, parfois abandonner par la masse des praticiens, l'usage de moyens, pourtant très-efficaces quand on s'en sert aux doses et dans les cas où ils sont vraiment indiqués.

Quand on croyait aux doctrines de Virchow, à la cellule vivant par elle-même, devenant malade par elle-même et guérissant par elle-même, on ne pouvait pas soupçonner jusqu'à quel point peut devenir funeste, même en ce qui touche une lésion locale, une intervention médicale mal conduite.

Je citerai la pneumonie qui, sous l'influence de remèdes dirigés contre la lésion sans qu'on tienne compte du malade, fait des progrès locaux rapides, envahissant en peu de temps des lobes entiers, par exemple chez des sujets débilités, traités par la saignée, par l'émétique et les hyposthénisants de toute espèce, puis qui se limite et occupe une étendue graduellement décroissante aussitôt qu'on a ranimé ces mêmes sujets par l'usage des toniques.

Je citerai aussi la broncho-pneumonie, qui, traitée à outrance pendant quelques semaines, en était venue à envahir les deux poumons dans leur entier et à simuler une phthisie à marche galopante extrêmement rapide chez une jeune fille, que j'ai vue en consultation avec M. Barth et dont je parlerai plus tard plus longuement.

Ainsi, même dans la pneumonie, dont on a pourtant voulu faire quelque chose de fatal dans son développement, ce n'est pas seulement, comme on l'a dit, pour empêcher le malade de mourir pendant l'évolution de la lésion locale, mais c'est aussi pour limiter, pour arrêter cette lésion, que la médication générale doit intervenir.

Et si la médecine intervient mal, dans le sens contraire à l'in-

dication, si les remèdes, indiqués d'abord, sont donnés trop longtemps ou à trop fortes doses, les conséquences en retentiront non-seulement sur l'affection en tant que menaçant la vie par perturbation générale, mais sur l'affection en tant qu'organique, car elle pourra ainsi s'étendre beaucoup plus vite et beaucoup plus loin.

Tout ceci est déjà sans doute à considérer, lorsqu'il s'agit d'inflammation ou de maladie analogue, mais combien plus lorsqu'il s'agit de ces autres maladies qui semblent consister surtout dans une mauvaise répartition de l'incitation fonctionnelle et de l'incitabilité.

Par exemple, contre ces troubles de nutrition qui conduisent à l'anémie et qui persistent par eux-mêmes sans qu'on sache au juste pourquoi, l'électricité, pour être utile, doit être employée de manière à ne pas dépasser le but, c'est-à-dire plus brièvement et sous une tension infiniment plus faible qu'on ne le suppose d'ordinaire.

C'est en électrisant ainsi la moelle épinière que j'ai obtenu cette année de très-bons résultats, qui feront le sujet d'une prochaine Revue clinique.

Influence de la nutrition sur le système nerveux.

Dans le précédent article, nous en venions à parler de ces troubles de nutrition dont il n'est pas toujours facile de déterminer l'étiologie.

Parfois l'origine en semble nerveuse par excellence, telle que causes morales, et c'est là une raison de plus pour tenir un grand compte du système nerveux, même lorsqu'il s'agit de ces échanges moléculaires qui se passent dans l'intimité de nos tissus.

On discute encore sur la nature des nerfs qui peuvent influer sur ces phénomènes ; les uns reconnaissent des nerfs trophiques indépendants des nerfs vaso-moteurs ; d'autres les nient, et ils expliquent par les vaso-moteurs ou les nerfs sensitifs le genre d'action qui leur est attribué.

Quoi qu'il en soit de ce point, il est incontestable que le système nerveux, d'une manière ou de l'autre, intervient dans la nutrition.

Du reste, l'action est réciproque, et il n'est pas moins incontestable qu'en revanche, la nutrition influe puissamment sur l'état du système nerveux.

Dans ces couvents, où l'on fait usage d'une alimentation fort peu réparatrice, souvent non moins insuffisante comme quantité que comme qualité, car le jeûne s'y joint au maigre, on voit bientôt, surtout sur les sujets qui ne sont pas depuis longtemps sortis de l'adolescence, se produire toute une série de phénomènes anormaux, qui sont d'un haut enseignement pour le praticien.

En effet la genèse des maladies nerveuses, que la prépondérance du système génital rend toujours si obscure dans le sexe féminin, devient au contraire des plus simples lorsqu'il s'agit de jeunes hommes soumis à un même régime.

Ordinairement, ce qui ouvre la scène c'est l'inappétence.

Pendant les premiers jours de maigre, on a très-faim, puis cette faim s'émousse, et souvent il arrive que l'on n'éprouve plus le besoin de manger.

J'ai vu de jeunes religieux pouvoir ainsi restreindre leur alimentation tous les jours davantage, sans paraître trop affaiblis et sans maigrir pendant longtemps.

Quelques-uns vomissent ; un, entre autres, avait acquis la singulière faculté de vomir quand il le voulait, sans difficulté par un simple effort de contraction stomacale.

D'autres, au contraire, digèrent bien le peu qu'ils prennent, et ils se considèrent comme bien portants.

En effet, à ce moment ils jouissent de toute la lucidité de leur intelligence, et le travail de la tête ne les fatigue pas plus que de coutume.

C'est une première période, préparatoire pour ainsi dire, qui peut durer plus ou moins longtemps, selon le milieu et les circonstances. Un rien peut détruire cet équilibre.

Les apparences jusque-là sont celles de la santé parfaite. Les mouvements d'assimilation et de désassimilation étant réduits au minimum, il suffit de peu pour vivre, et le système nerveux semble avoir une activité encore plus grande dans ce repos relatif des phénomènes vitaux.

Mais qu'on y prenne garde, la seconde période n'est pas loin. Vienne, par exemple, un chagrin, et la scène change. Cette fois, nous sommes en pleine maladie nerveuse ; le travail devient impossible ; les maux de tête, les maux d'estomac, toutes les névralgies multiformes de l'anémie font leur apparition, et souvent, très-souvent, il s'y joint des névroses qui dépassent de beaucoup le cadre du nervosisme classique.

C'est ainsi que, chez un jeune homme d'une intelligence remarquable et d'une puissance de travail exceptionnelle, j'ai vu se produire une série d'accès qui ressemblaient par bien des points à ce qu'on a nommé la catalepsie.

Tout à coup le malade cessait de pouvoir mouvoir aucun membre.

Il voyait, entendait, sentait ; il continuait à penser ; mais quelque douleur qu'on pût lui causer, et on a essayé de lui faire éprouver les sensations les plus douloureuses, il ne pouvait faire aucun mouvement. La seule manière dont il manifestât ses sensations était une sorte de gémissement rauque.

Le signe qu'on a donné comme caractéristique de la catalepsie manquait absolument. Les membres ne conservaient pas les positions qu'on leur donnait, ils retombaient flasques, et le malade lui-même serait tombé si on ne l'avait pas maintenu en équilibre.

Les accès duraient de quelques minutes à une heure et plus, et ils se terminaient par une série de contractions subites des muscles expirateurs, puis quelques secousses générales.

Il a suffi de mettre ce jeune homme à un très-bon régime et de le faire voyager pour que ces accidents nerveux disparussent sans récidive.

Je trouve dans le compte rendu de la Société médicale de Marseille, la relation sommaire de deux faits fort analogues, sauf que la cause d'affaiblissement n'était pas le maigre ni le jeûne.

« M. Seux raconte qu'à la suite d'une blessure qui avait déterminé chez lui une grave réaction générale, il se trouva, un jour, dans un état fort curieux : il ne pouvait se mouvoir et cependant il sentait nettement l'action de chaque fibre musculaire, il comprenait les questions qui lui étaient adressées et il ne pouvait y répondre. Cet état ne se dissipa qu'au bout d'une heure et demie. »

Dans la suite de la discussion, M. Roux s'exprime en ces termes :

« Je me rappelle avoir subi à Bourbon, par un jour de grande chaleur, une influence de ce genre. J'étais éveillé et ne pouvais mouvoir ni bras ni jambes ; je souffrais, je comprenais que je

souffrais ; je continuais de penser et je ne pouvais agir. Que se passait-il chez moi ? J'étais évidemment sous le coup d'une sorte de congestion cérébrale qui empêchait la volition d'agir sur la motilité, mais la pensée n'était pas abolie, par conséquent la circulation sanguine continuait à se faire. Je crois que chez bien des individus en proie à un état syncopal, une situation à peu près semblable doit exister. »

Nous ne discuterons pas la question de savoir jusqu'à quel point la congestion peut s'allier à la syncope, et l'abolition du mouvement résulter de cette alliance.

Ce que nous voulions surtout signaler à l'attention des médecins qui aiment à trouver les problèmes dans leur état de moindre complication, c'est, en dehors de toute catalepsie proprement dite, sans état tonique pour ainsi dire d'aucun muscle, la sensibilité se conservant partout, cette paralysie momentanée du mouvement dans presque tous les muscles volontaires, sauf ceux des paupières et des yeux, ceux du thorax et du diaphragme.

Quant à la cause, elle était bien connue chez mon malade : c'était l'insuffisance de l'alimentation.

Dr Victor Révillout.

REVUE DE LA PRESSE

De l'hystérie dans les cas d'absence de l'utérus. — M. le docteur Albert Puech (de Nîmes) a eu l'occasion d'observer une femme ayant été atteinte d'attaques d'hystérie parfaitement caractérisées, chez laquelle on ne pouvait constater aucun rudiment d'ovaires ni d'utérus, et qui d'ailleurs présentait tous les mois les signes de la congestion qui précède les règles, sans avoir jamais eu la moindre hémorrhagie supplémentaire. De cette observation qui lui est personnelle, il a rapproché tous les autres faits du même genre qui ont été signalés par les auteurs ; ces faits, au nombre de quatre, sont dus à MM. Grisolle (1852, t. II, p. 757); Négrier (*Recueil des faits pour servir à l'histoire des ovaires*, Angers, 1858, p. 34); Leudet (*Gazette médicale de Paris*, 1862, p. 38); et Castiaux (*Bulletin médical du Nord*). Cette dernière a été reproduite par la *Gazette des Hôpitaux*, 1873, p. 458.

Ces faits viennent, à l'appui de beaucoup d'autres, infirmer d'une façon complète l'opinion des anciens, encore partagée par quelques médecins, et qui consistait à admettre que l'hystérie provenait toujours d'une altération fonctionnelle ou organique de l'utérus (*Gazette obstétricale de Paris*).

Du pemphigus aigu fébrile. — M. Horand a communiqué à la Société des sciences médicales de Lyon, deux cas de pemphigus aigu fébrile qu'il a eu occasion d'observer dans son service. Après avoir rapporté ces deux observations dans tous leurs détails, il les analyse avec soin et en tire certaines conclusions.

Tout d'abord, en raison du caractère bulbeux de l'exanthème, de son développement par poussées successives, de sa marche rapide et des symptômes fébriles concomitants qu'il a constatés chez ces deux malades, il croit pouvoir affirmer qu'il s'agit bien, dans ces deux cas, d'un pemphigus aigu fébrile, quoique Hébra et plusieurs autres dermatologistes n'admettent pas cette maladie.

Contrairement à l'opinion généralement admise, il appelle particulièrement l'attention sur la gravité du pronostic de cette affection, puisque, des deux malades qu'il a observés, l'un a succombé. Il signale aussi la longueur de la durée totale de la maladie ; ce sont là des points qui n'ont pas été suffisamment indiqués jusqu'ici.

Il se demande ensuite dans quel cadre nosologique elle doit être placée. Il ne croit pas que ce soit une fièvre éruptive. En effet, l'éruption, la fièvre, la température présentent une marche toute différente dans cette affection et ne permettent de l'assimiler ni à la scarlatine, ni à la variole, ni à la rougeole. L'auteur reconnaît toutefois que de nombreuses raisons autorisent à la rapprocher de la varicelle; mais, suivant lui, la varicelle elle-même n'est classée parmi les fièvres éruptives que parce qu'on est encore indécis sur sa nature.

M. Parrot, sous la dénomination de fièvre herpétique, a groupé plusieurs maladies qu'on désigne sous différents noms, tels que : synoque, fièvre continente, fièvre éphémère, angioténite, etc., et qui, toutes, présentent, comme caractère important, les rapports intimes d'un appareil fébrile avec une éruption herpétique. M. Horand n'hésite pas à rattacher à ce groupe le pemphigus aigu fébrile, bien que M. Parrot n'en ait pas parlé, n'ayant pas eu probablement l'occasion d'en observer des exemples. En outre, M. Horand ne croit pas qu'on doive séparer le pemphigus aigu fébrile de l'herpès généralisé fébrile. Mettons, dit M. Parrot, une même étiquette sur ces états, qui ne diffèrent point entre eux, et considérons, ajoute à son tour M. Horand, la varicelle, l'herpès généralisé fébrile et le pemphigus aigu fébrile, non comme des maladies distinctes, mais comme de simples variétés de la fièvre herpétique.

MM. Coutagne, Gailleton, Dron et Laure disent avoir observé des cas analogues aux deux faits communiqués par M. Horand.

M. Coutagne est tout disposé à rattacher à la fièvre herpétique les cas qu'il a observés et qui offrent quelques rapports avec ceux de M. Horand; mais il ne faudrait point, suivant lui, assimiler deux affections dans lesquelles la lésion élémentaire est différente, bien que présentant des degrés intermédiaires qui établissent entre elles des gradations souvent peu sensibles.

M. Gailleton admet que les noms herpès et pemphigus peuvent convenir à ce genre d'affection, mais il n'en est pas de même, dit-il, de la dénomination de fièvre herpétique donnée par M. Parrot, car on prend généralement l'adjectif herpétique dans le sens de dartre ; or le pemphigus n'a aucun rapport avec la dartre (*Lyon médical*).

Pleurésie diaphragmatique sans fièvre, sans dyspnée, mort subite par apoplexie pulmonaire. — M. Vergely rapporte l'observation d'un homme de vingt-trois ans, d'une bonne santé habituelle, qui présentait, à son entrée à l'hôpital, les phénomènes suivants, dont le début remontait à sept jours : céphalalgie, diarrhée, toux sèche, légère, douleurs dans les jambes, hoquet durant trente-six heures après l'administration d'un vomitif, pas de fièvre, pas de dyspnée, aucun signe fourni par l'auscultation et la percussion ; aucune altération du cœur; seulement un peu de douleur sous les fausses côtes du côté gauche ; aucune douleur sur le trajet des nerfs phréniques; grand abattement, vertige, mais intelligence très-nette, urine normale. Il demeure dans cet état pendant deux jours. La nuit suivante, après s'être levé et avoir fait quelques pas, il ne peut remonter seul dans son lit ; il y retombe brusquement, en poussant un gémissement; il était mort deux heures après, ayant seulement, pendant ce temps, proféré quelques plaintes.

A l'autopsie, on est frappé de la concavité que présente le diaphragme en le regardant par la cavité abdominale. Les deux poumons sont volumineux, violacés et présentent de grosses ecchymoses ; des adhérences membraneuses les réunissent au diaphragme et forment des aréoles remplies de sérosité rougeâtre. Les poumons sectionnés offrent des noyaux apoplectiques, plus marqués à droite qu'à gauche. Pas de tubercules; les bronches contiennent une certaine quantité d'écume bronchique. Dans le péricarde, on trouve aussi une notable quantité de sérosité rougeâtre. Taches ecchymotiques sur le cœur ; pas de caillots dans les artères pulmonaires; aucune altération valvulaire. Tous les autres organes sont à l'état normal.

Malgré l'absence de fièvre et de douleurs sur le trajet du phrénique, M. Vergely avait porté le diagnostic de pleurésie diaphragmatique, diagnostic confirmé d'ailleurs par l'autopsie. Il rapproche de cette observation plusieurs cas du même genre dans lesquels le pouls n'avait présenté qu'une médiocre fréquence. Cependant la plupart des auteurs, et en particulier M. Guéneau de Mussy, auquel il a été le plus emprunté, ont écrit que la fièvre était intense dans cette affection. Il est vrai que, dans des communications ultérieures, M. Guéneau de Mussy lui-même a mentionné que, chez quelques

malades, le pouls n'offrait qu'une *médiocre fréquence*. Dans le cas qu'il a observé, M. Vergely explique l'absence de la fièvre et des phénomènes du début par ce fait que le malade n'a pas conservé jusqu'à la fin le pouls fréquent et la température élevée qu'il devait avoir eus les premiers jours. Il croit pouvoir expliquer la mort par l'arrêt subit du diaphragme après l'effort qu'avait fait le malade pour remonter dans son lit. (*Bordeaux médical.*)

De l'inoculabilité de la tuberculose par l'ingestion des viandes provenant d'animaux tuberculeux. — La Société centrale de médecine du département du Nord ayant été consultée par le maire de Lille sur l'opportunité de mesures prohibitives à prendre à l'égard des viandes provenant d'animaux atteints de tuberculose, une commission fut nommée, au nom de laquelle M. Wannebroucq fit un rapport dont les conclusions furent adoptées à l'unanimité par la Société. Cette Société est d'avis qu'on ne peut enregistrer sans de grandes réserves, et seulement à la suite d'observations concordantes réitérées, les résultats obtenus par les expérimentateurs, et qu'on ne doit, en aucun cas, faire précipitamment à l'homme l'application de faits concernant les espèces animales. Au point de vue particulier sur lequel elle a été consultée, elle pense qu'il faut rejeter toute idée d'un péril quelconque que ferait encourir l'alimentation au moyen de la chair provenant d'animaux tuberculeux.

Les conclusions du rapport sont les suivantes :

Les expériences qui tendaient à démontrer l'inoculabilité de la maladie tuberculeuse chez les animaux par l'alimentation sont contredites par d'autres absolument négatives;

Sans attendre l'exposé de ces résultats contradictoires, la médecine humaine avait les motifs les plus légitimes de répudier l'application à l'homme de ces doctrines de contagiosité;

La santé de la population, dont l'administration municipale a si justement souci, ne court aucun péril de tuberculisation par la consommation de viandes provenant d'animaux tuberculeux;

Les chairs seules des animaux arrivés à un degré extrême d'émaciation et de marasme doivent être l'objet de mesures prohibitives comme ne fournissant qu'une nourriture insuffisante et peut-être malsaine. (*Bulletin médical du Nord.*)

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Séance du 22 mars 1873. — Présidence de M. Lunier.

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

CORRESPONDANCE ÉCRITE

Une lettre de M. le docteur Bédoin, qui remercie la Société de l'avoir admis parmi ses membres correspondants.

CORRESPONDANCE IMPRIMÉE

M. Perrin dépose sur le bureau, au nom de M. le docteur Brochin, qui en fait hommage à la Société, un exemplaire de chacun des articles suivants : Aveugles, Cataplasme, Catarrhe (affections catarrhales), Maternités, articles rédigés par notre savant confrère pour le *Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales*.

M. Perrin appelle l'attention principalement sur l'article Catarrhe, qui a été, de la part de M. le docteur Brochin, le sujet d'une étude très-approfondie, et telle qu'on pouvait l'attendre d'un médecin adonné depuis longues années à la pratique des eaux thermales du Mont-Dore, dont sont, en effet, tributaires la plupart des affections catarrhales.

M. Lolliot lit, à l'appui de sa candidature, un mémoire manuscrit intitulé : *De l'alcoolisme comme cause de paralysie générale.*

M. Aimé-Martin. Je ne reviendrai pas sur ce qui a été dit dans la précédente séance. Je ferai cependant remarquer que mon honorable contradicteur, M. de Ranse, reconnait que les faits observés viennent jusqu'à présent à l'appui de la théorie que j'ai soutenue, c'est-à-dire que le vaccin, même emprunté à un sujet syphilitique, ne transmet que la vaccine, et que, lorsque la syphilis a été transmise par la vaccination, c'est que le vaccin inoculé n'était pas pur et contenait du sang.

Que pourrai-je demander de plus probant en faveur de cette théorie que le témoignage des faits? Or, ce témoignage n'est pas discuté.

Quant à l'objection présentée par M. Duroziez, qui nous a dit que dans le cas où on admettrait cette théorie, on ne pourrait vraiment pas s'expliquer comment un plus grand nombre d'enfants n'étaient pas infectés par la vaccination, je répondrai : 1° que le nombre des vaccinifères infectés de syphilis n'est point aussi considérable qu'il le supposait. Regardons, en effet, autour de nous et voyons combien nous avons rarement l'occasion de donner nos soins à un enfant syphilitique et, en outre, un enfant syphilitique étant donné, il est bien rare que sa maladie ne soit point diagnostiquée par le médecin et qu'on le fasse servir de vaccinifère ; 2° le sang d'un syphilitique est contagieux, mais il l'est notablement moins que le pus résultant d'un accident primitif ou d'un accident secondaire.

Dans l'observation si connue de l'anonyme du Palatinat, l'inoculation *à la lancette*, du pus provenant de plaques muqueuses, donna lieu à l'infection de dix individus sur quatorze. Celle du sang, faite au moyen de frictions prolongées sur une large surface dénudée, à l'infection de cinq individus seulement sur neuf. (*Arc. gén. de méd.*, mai 1858.)

Dans l'observation de Pallizani (de Florence), le sang d'une femme syphilitique à la période secondaire fut inoculé aux docteurs Bargioni, Rosi et Passigli au moyen de plumasseaux de charpie imbibés de ce sang et appliqués sur une surface dénudée et scarifiée. Le docteur Bargioni fut seul infecté.

En résumé, je répondrai donc à M. Duroziez, que si nous n'observons pas plus souvent la syphilis vaccinale, c'est que le nombre des vaccinifères syphilitiques est rare et que le sang qui, à mon avis, peut seul, dans ce cas, servir de véhicule au virus, a un pouvoir contagieux moindre que le pus provenant des accidents syphilitiques.

Pour moi, la vaccine est une maladie virulente spéciale, déterminée par l'inoculation d'un virus spécial et donnant lieu à la germination de ce virus qui se maintient *toujours pur* d'inoculations en inoculations successives.

Supposer qu'il peut, dans chaque organisme nouveau qu'il traverse, se souiller d'un mélange impur, ne serait-ce pas donner raison à ses détracteurs qui, comme Verdé de Lisle, l'ont accusé de servir de véhicule à tous les principes morbides et en ont fait la cause de la dégénérescence de l'espèce humaine, si dégénérescence il y a? Ce serait seulement si on admettait cette hypothèse, qu'il faudrait s'étonner du petit nombre des enfants syphilisés par la vaccination, et ce ne serait qu'avec terreur que nous pratiquerions cette innocente opération. Mais, je le répète, tous les faits observés le contredisent et viennent au contraire corroborer l'opinion que nous avons soutenue et qui est aujourd'hui admise par tous les syphiliographes.

Je terminerai par quelques mots au sujet de l'influence du père dans la syphilis héréditaire. M. Charrier a publié *six* observations qui semblent en nier la possibilité; Follin en a publié *quatre*, M. Notta *onze*. M. Cullerier a soutenu la même opinion à la Société de chirurgie ; mais l'opinion opposée a bien aussi quelques partisans. Trousseau, dont aucun de nous ne voudra nier l'immense expérience, pensait que c'était presque toujours du chef paternel que procédait la syphilis héréditaire. Swédiaur, Bertin ont publié des observations qui viennent à l'appui de cette thèse, ainsi que M. Depaul, M. Bassereau, M. Diday. Le docteur Mayr, médecin de l'hôpital des Enfants de Vienne, après avoir été partisan de la contagion exclusive par la mère, renonça à cette manière de voir après avoir recueilli quarante-neuf observations d'infection de l'enfant par le père; il soutint même (voir les *Annales de la syphilis et des maladies de la peau*, t. IV, p. 263), que la syphilis héréditaire

est seulement transmise par le père. L'illustre Benjamin Bell a publié une observation que je citerai *in extenso* :

« Je fus appelé, dit-il, pour examiner un enfant que je trouvai couvert d'une éruption vénérienne. Les parents n'avaient eu encore qu'un enfant, qui était né avec une semblable éruption et qui en était mort. Le père avait eu des chancres et un ulcère à la gorge environ six mois avant son mariage ; ces symptômes s'étaient dissipés sous l'influence du mercure, et comme aucun n'avait reparu, depuis trois ans qu'il était marié, il ne pouvait s'imaginer que son enfant fût attaqué de cette maladie, sa femme surtout n'en ayant aucun symptôme. Le père ne balança pas à se faire traiter, mais il ne voulut jamais consentir que sa femme le fût, dans la crainte de lui donner des soupçons. Je fus obligé d'adopter cette mesure, toute imparfaite qu'elle était. Le père subit, pendant six semaines, le traitement le plus complet. Le père et la mère eurent depuis plusieurs enfants sains. »

Voilà une observation concluante. Je ne veux pas me prononcer d'une façon absolue sur cette question, l'expérience personnelle me faisant défaut ; mais, *a priori*, il me semble qu'on ne peut pas nier la transmission de la syphilis héréditaire par le père lorsqu'elle a eu des défenseurs comme Benjamin Bell, Swédiaur, Bertin, Bassereau, Diday et Trousseau.

M. Rollet m'a semblé résumer admirablement l'état de la question en disant : « Tous ces faits négatifs (de MM. Charrier, Notta et Follin) témoignent seulement de l'inconstance d'un mode de contagion que les faits positifs ne nous permettent plus, ce nous semble, de révoquer en doute. »

M. CHARRIER. Cullerier, dans son service à l'hôpital de Lourcine, pas plus que dans sa clientèle, n'a trouvé un enfant syphilitique sans que la mère le fût. Sans doute, en présence de certains faits, la négation absolue est impossible ; mais on n'est pas non plus en droit de dire que la mère était indemne de syphilis, car cette affection peut être fugitive et les symptômes peuvent faire défaut au moment de l'examen. En un mot, une conclusion est impossible dans un sens ou dans l'autre.

M. AIMÉ MARTIN. C'est également mon opinion que la question n'est pas encore résolue.

M. DELPEUCH. J'ai observé un homme qui s'est marié ayant des accidents secondaires. Jamais sa femme n'a présenté trace de syphilis. Les deux premiers enfants sont morts de la syphilis. Le mari s'étant alors soigné, les enfants suivants ont été indemnes de la maladie.

M. BLONDEAU. La mère peut être contaminée par l'enfant qu'elle porte dans son sein.

M. GUIBOUT. Il est souvent difficile, quelquefois impossible de constater la syphilis chez une femme ; elle peut nier avoir eu des accidents, bien qu'ils aient été évidents ; mais elle peut être de bonne foi et avoir ignoré réellement des accidents plus ou moins cachés. Ainsi le chancre n'est pas douloureux ; il est caché dans les replis vulvaires ou plus profondément jusque sur le col de la matrice ; de plus, il n'est pas toujours génital. Ainsi je viens d'en observer un à l'orifice nasal, un autre au menton. Les accidents secondaires peuvent passer inaperçus. La roséole ne s'accompagne pas de démangeaison ; elle est souvent prise pour une éruption d'une toute autre nature. Les accidents tertiaires sont parfois très-tardifs ; ils peuvent n'apparaître qu'au bout de dix, de vingt ans. En résumé, il est très-difficile d'affirmer l'existence ou la non existence de la syphilis.

M. DUROZIEZ. Quand on revaccine des adultes, la même lancette en inocule un grand nombre, et il est bien difficile d'admettre qu'il n'y ait pas quelques syphilitiques parmi eux. Pourquoi, dans ces cas, la transmission de la syphilis n'est-elle pas un accident plus fréquent ? J'admets que la mère peut être infectée par l'enfant qu'elle porte dans son sein, et je crois qu'il en a été ainsi dans le cas que j'ai cité.

M. DE RANSE. On n'a pas encore déterminé pendant combien de temps le sang des syphilitiques possède la propriété de transmettre la syphilis par inoculation.

M. AIMÉ MARTIN. Pendant les périodes primitive et secondaire.

M. DE RANSE. Il est possible que l'inoculation par la lymphe soit moins souvent suivie de résultat que l'inoculation par le sang ; mais c'est aller trop loin que nier absolument le danger de cette inoculation. M. Martin dit que, s'il en était ainsi, la vaccination serait toujours dangereuse ; mais en ne prenant que des enfants vaccinifères de quelques mois, on peut toujours être certain qu'ils n'ont pas la vérole.

M. FORGET. Je partage l'opinion de M. de Ranse. Il est certain que nous devons rester dans cette conviction qu'il est possible de contaminer un sujet sain en prenant le vaccin sur un sujet infecté. M. Peter a pris parti pour l'innocuité du vaccin, qui serait sans solidarité avec l'organisme ; nous n'admettons pas cela. Un organisme vicié donne des produits viciés, tout au moins suspects jusqu'à plus ample informé. M. Peter lui-même hésite à prendre du vaccin sur un enfant infecté. N'a-t-on pas dit, d'ailleurs, que la transpiration des phthisiques pouvait produire la phthisie. Ce que nous savons de la solidarité de l'épigenèse avec la genèse normale, nous oblige à mettre en suspicion le vaccin pris sur un sujet syphilitique.

M. AIMÉ MARTIN. Si le vaccin peut transmettre la syphilis, pourquoi ne transmettrait-il pas également la goutte, le rhumatisme, la scrofule ?

M. FORGET. Ce ne sont pas des affections inoculables ; il faut rester dans la syphilis. Si vous ne croyez pas à la transmissibilité de la vérole, vous ne devez pas hésiter à vous en servir.

M. BLONDEAU. Dans une épidémie, à défaut d'un vaccinifère sain, je n'hésiterai pas à prendre du vaccin sur un sujet syphilitique, en m'entourant de précautions. J'ai la conviction que le vaccin ne transmet pas la syphilis, mais pas assez solide pour que je ne prenne pas un vaccinifère sain, si j'ai le choix.

M. GUIBOUT. Chez les individus syphilitiques, toute partie irritée peut devenir le siége d'une détermination spécifique ; ainsi une plaie par incision peut s'ulcérer. On interdit aux syphilitiques de fumer, pour éviter l'irritation de la langue et des lèvres et la formation de tubercules muqueux. Si l'on vaccine un enfant atteint de syphilis latente, on obtient une pustule d'ecthyma, ou plutôt quelque chose d'intermédiaire entre la pustule vaccinale et l'ecthyma.

M. CHARRIER. J'ai vu faire à Cullerier l'expérience suivante. Il pratiquait avec une lancette neuve des piqûres au bras de sujets syphilitiques atteints d'ecthyma ; huit jours après, il constatait au niveau de ces plaies la formation de pustules d'ecthyma.

M. DUROZIEZ. Il y a déjà longtemps que l'on sait que la vaccine prend une forme spéciale chez les enfants syphilitiques.

M. BLONDEAU. Chez les enfants syphilitiques, la pustule ne présente pas constamment des caractères spéciaux ; elle peut être identique à ce qu'elle serait chez un enfant sain.

M. DELPEUCH. Le 22 mai 1869, je vaccine un enfant de deux ans. Dix-sept jours après, le 8 juin, je fus appelé à lui donner des soins : il avait un ecthyma syphilitique. Je trouvai, en outre, de la rougeur à l'arrière-gorge, les amygdales tuméfiées, les ganglions postérieurs du cou engorgés et indurés. J'avais fait quatre piqûres ; deux à chaque bras. Trois avaient donné de beaux boutons de vaccine ; mais au niveau de la quatrième se trouvait une ulcération, de la grandeur d'une pièce de 20 centimes, d'aspect grisâtre, et saignant facilement. Il n'y avait pas eu d'incubation ; la petite plaie faite par la lancette s'était progressivement agrandie et ulcérée ; il n'y avait pas d'induration. D'autre côté, l'ecthyma ne se produit pas quinze jours après la contamination. Enfin, j'avais eu occasion de revoir le vaccinifère, dont la santé à tous égards était excellente. Le petit malade ne tenait donc pas la vérole de la vaccination. D'où venait-elle ? Le père avait un doigt entouré d'un linge. Je le priai de me montrer son doigt : il avait un onyxis. Il m'avoua qu'il avait la vérole depuis plus de six mois, qu'il avait eu des plaques muqueuses sur les lèvres et qu'il n'en avait pas moins continué à embrasser son enfant.

La syphilis chez son enfant ne s'était d'ailleurs révélée à lui par

aucun symptôme. Il n'était pas possible de douter : le petit ulcère n'était pas la porte d'entrée de la syphilis ; c'était une plaie ayant pris un mauvais caractère sous l'influence d'intoxication préexistante. Je suppose que le mal eût été plus récent et que l'ecthyma ne se fût déclaré que deux ou trois mois après la vaccination, alors que je n'aurais pu déterminer la nature de l'ulcère du bras que par les dires des parents et que j'aurais perdu le vaccinifère, j'avoue que j'aurais été tenté d'attribuer les accidents à une opération qui, pourtant n'en était pas responsable. N'a-t-il pas pu se passer quelque chose d'analogue pour les deux soldats? Leur vaccinifère n'a présenté aucun symptôme syphilitique au moment où il fournit le vaccin ; puis il a été perdu de vue. Les deux soldats qui ont été contaminés (deux sur cent cinquante-huit) ont-ils été suffisamment examinés au moment de l'opération, pour qu'il soit possible d'affirmer qu'ils n'étaient pas déjà en puissance de vérole?

M. AIMÉ MARTIN. Quand on inocule simultanément le vaccin et du sang syphilitique, la pustule vaccinale se développe d'abord, et c'est seulement après quelques semaines d'incubation qu'apparaît le chancre.

M. DUROZIEZ. Il y a modification de la pustule vaccinale, mais non un ecthyma véritable.

La séance est levée à 5 h. 1/2.

Le secrétaire : BLUMENTHAL.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Au 15 août, il y a déjà eu 300 morts du choléra à Vienne. Depuis le 24 juillet, il y a eu 54 cas de mort à l'hôpital des cholériques.

— Plusieurs hôpitaux ont été établis dans divers quartiers de Berlin pour la réception des cholériques. La cité a voté une somme de 6,000 thalers affectée aux frais des précautions sanitaires les plus urgentes.

— Clientèle à céder, au centre d'une population aisée; rapport annuel, susceptible d'augmentation, 8,000 francs. — S'adresser au bureau du journal.

Contribution à la physiologie de l'inflammation et de la circulation, par le professeur M. SCHIFF; traduction de l'italien par le docteur R. GUICHARD (de Choisity), médecin adjoint aux hôpitaux de Marseille. — Paris, 1873, in-8° de 96 pages. Prix : 3 francs. — J.-B. Baillière et fils.

Le Directeur : Dr E. LE SOURD.

Paris. — Typographie A. POUGIN, quai Voltaire, 13.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette française

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Bureaux : 57, rue des Saints-Pères, 57
PRÈS L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

Le prix d'abonnement doit être envoyé en mandats-poste ou bons à vue sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

On s'abonne hors de Paris dans les Bureaux des Messageries et chez les Libraires
Les lettres non affranchies sont refusées.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 8,000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 5,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui n'en peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS : Trois mois, 8 fr. 50 c. — Six mois, 16 — — Un an, 30 —
POUR L'ÉTRANGER, le port en sus suivant les derniers tarifs des Postes.

ÉCOLE PRATIQUE. — M. LEGRAND DU SAULLE.

De la folie héréditaire (1).

Il est des cas, moins fréquents il est vrai que ceux dont je viens de vous parler, dans lesquels on voit les sujets affectés d'hérédité morbide arriver sans accidents à l'adolescence ou à l'âge adulte, mourir subitement en présentant des symptômes dont il est difficile de préciser la nature et de comprendre la pathogénie. Ce sont quelquefois des troubles graves, qui paraissent se rattacher à des lésions de l'encéphale : hémiplégie, convulsions, coma, mort. Vous en avez un exemple dans le tableau généalogique ci-dessous, qui est plein d'enseignements de tous genres, et que j'emprunte encore à M. G. Doutrebente, car je ne possède pas personnellement de faits généalogiques d'un ordre aussi saisissant.

Ainsi donc, voici trois jeunes gens, fils de parents névropathes, qui meurent subitement, l'un à seize ans, l'autre à dix-huit ans, et le troisième à quinze ans!

Quelquefois la mort a lieu d'une façon peut-être plus inexplicable encore. Le malade est frappé d'une affection aiguë, sans gravité en apparence. Tout va bien pendant quelques jours, tout fait espérer une terminaison heureuse : puis, sans que l'on sache pourquoi, au moment même où la guérison paraissait assurée et la convalescence établie, il survient des troubles nerveux bizarres, obscurs, et le malade est emporté avec une grande rapidité.

Pour les héréditaires, il n'y a pas de maladie bénigne. Les affections les plus légères peuvent être l'occasion des troubles les plus graves. Leur vie et leur raison sont sans cesse menacées par les causes en apparence les plus futiles.

Pour eux, l'époque de la puberté est pleine de dangers. Chez les jeunes filles, la menstruation quelquefois précoce, plus souvent au contraire extrêmement tardive, s'établit difficilement et s'accompagne de troubles de toutes sortes. C'est fréquemment à cette époque que la folie fait explosion. Bien plus! chaque période menstruelle s'accompagne d'une légère excitation physiologique sans danger pour les individus sains, mais qui, pour les héréditaires, constitue un véritable péril.

Le mariage lui-même, en changeant les conditions d'existence, en donnant aux appétits génésiques une excitation nouvelle, produit un ébranlement qui peut compromettre la santé morale ou la santé physique des héréditaires.

M. F... — *Hypochondrie avec délire des persécutions.*

1re GÉNÉRATION.	2e GÉNÉRATION.	3e GÉNÉRATION.	4e GÉNÉRATION.
Père (M. F...), très intelligent, atteint d'hypochondrie avec délire des persécutions, mort dans un accès de folie furieuse. Mère nerveuse, émotive, en raison surtout des craintes que lui inspirait son mari.	1. Enfant mort subitement à seize ans.	Néant.	Néant.
	2. Enfant mort subitement à dix-huit ans.	Id.	Id.
	3. Enfant mort subitement à quinze ans.	Id.	Id.
	4. Fille aînée hypochondriaque, émotive, scrupuleuse en religion.	1. Enfant mort en bas âge.	Id.
		2. Id.	Id.
		3. Id.	Id.
		4. Id.	Id.
		5. Id.	Id.
		6. Garçon 7. Id. 8. Id. } mariés, très intelligents, oreilles difformes. Ont eu des enfants morts en bas âge.	Id.
		9. Excentrique, extravagant.	Id.
		10. A eu trois accès de délire transitoire.	Id.
	5. Fille aliénée dans une maison de santé depuis l'âge de vingt ans.	Néant.	Id.
	6. Fille faible d'esprit.	Enfant imbécile atteint d'hermaphrodisme.	Id.
	7. Mme L....., délirante par persécution, s'est suicidée.	Garçon intelligent, mort d'apoplexie à vingt-quatre ans.	Id.
		Garçon imbécile, érotique, kleptomane.	Id.
		Garçon artiste, extravagant, mobile, bizarre.	Id.
	8. Garçon simple d'esprit.	Garçon névropathique, mort dans un accès de folie furieuse.	Id.
		Fille disparue.	Id.
	9. Garçon soupçonneux, hypochondriaque, n'a jamais voulu vivre avec sa femme.	Pas d'enfants.	Id.
	10. Garçon hypochondriaque.	Semi-imbécile.	Id.

Je me suis assez longtemps étendu sur les signes physiques des transmissions héréditaires, parce qu'ils ont une grande valeur diagnostique. Les plus importantes sont les déformations du crâne et du visage, les malformations des oreilles et du palais et les anomalies ou les troubles fonctionnels des organes génitaux. Il est très-rare d'observer un fou héréditaire chez lequel on ne puisse constater un ou plusieurs de ces signes physiques.

(1) Suite. — Voir les numéros des 15, 17, 24, 31 juillet, 5, 14 et 16-19 août.

II. *Signes tirés des anomalies des facultés intellectuelles.* — L'état de l'intelligence chez les héréditaires est très-difficile à analyser ; il est surtout très-difficile de trouver dans les manifestations intellectuelles de ces malades un fonds commun de désordres dont on retrouve les traces dans tous les cas.

D'une façon générale, on peut dire que toutes choses étant égales d'ailleurs, l'intelligence est moins frappée dans la folie héréditaire que dans la folie acquise. Souvent même les héréditaires jouissent de facultés intellectuelles très-développées : ils occupent quelquefois dans la société des positions élevées et remplissent avec une parfaite lucidité les devoirs de leur profession. Chez eux, l'influence morbide ne se manifeste que par des bizarreries de caractère, des excentricités qui seraient tout à fait inexplicables, si l'on ne tenait pas compte des conditions d'hérédité qui leur ont donné naissance, et si l'on ne les envisageait comme les manifestations les plus bénignes de la folie héréditaire.

Dans les formes les plus graves, la folie se dévoile encore bien plus par le délire des actes que par le délire des paroles, et c'est en s'appuyant sur ces cas que beaucoup d'auteurs admettent un délire des actes indépendant du délire de l'intelligence.

Nous verrons plus tard ce qu'il faut penser de cette doctrine. Pour le moment, je me contente de vous dire que toujours une analyse minutieuse démontre dans le dynamisme intellectuel des héréditaires une série d'anomalies qui pour être moins apparentes que les anomalies physiques, affectives ou morales, ne doivent pas moins être prises en sérieuse considération dans l'étude de leur folie.

Mais si l'intelligence présente toujours quelques troubles dans son fonctionnement, il n'en est pas moins vrai que dans beaucoup de cas les troubles intellectuels sont relativement moins profonds que les troubles moraux et affectifs.

On retrouve les traces de cette persistance partielle de l'intelligence jusque dans les formes les plus avancées des dégénérescences héréditaires. Il n'est pas rare, au milieu de l'anéantissement des facultés psychiques qui caractérisent l'idiotie héréditaire, de voir survivre une faculté intellectuelle. Ces êtres dégénérés possèdent pour la musique, le calcul, le dessin, la poésie, etc., une habitude instinctive, native, qui paraît d'autant plus extraordinaire que le contraste la fait briller davantage.

On peut dire aussi d'une manière très-générale que l'intelligence est sans cesse menacée par les causes occasionnelles les plus futiles. Les héréditaires, en effet, délirent avec une étonnante facilité ; il en est dont la susceptibilité intellectuelle est si grande que chez eux le délire éclate pour la moindre émotion, pour la contrariété la plus légère. Les maladies intercurrentes les plus insignifiantes, un coryza, une fièvre éphémère, sont une occasion presque certaine de délire. J'en ai connu plusieurs qui ne pouvaient boire un seul verre de vin pur sans commencer à perdre la raison, sans présenter aussitôt le premier degré de l'ivresse !

Le plus souvent, ce délire, qui débute sous l'influence de la cause la plus insignifiante, est transitoire ; il disparaît aussi rapidement et aussi subitement qu'il s'est développé ; mais quelquefois il s'établit définitivement ; il ne disparaît plus. A partir de ce moment, l'individu, qui n'était que prédisposé, est devenu un fou, et peut-être un fou incurable.

Parmi les facultés intellectuelles, celle qui paraît surtout atteinte, c'est le jugement. Extrêmes en tout, exagérant tout sans motifs, amateurs de paradoxes, partisans de doctrines malsaines, adeptes de théories risquées et absurdes, les héréditaires passent à juste titre pour avoir l'*esprit faux :* leurs idées et leurs actes se ressentent incessamment de ce défaut complet de jugement.

Lorsqu'ils ont adopté une idée, rien ne peut leur en démontrer la fausseté. Ils s'attachent à leurs paradoxes ; ils les soutiennent avec une conviction inébranlable, et, pour les défendre, bâtissent tout un échafaudage d'absurdités. La fixité des idées délirantes amène leur systématisation.

(A suivre.)

LUXATION LATÉRALE INTERNE DE LA PHALANGETTE DU POUCE DROIT

Par le docteur LOUIS FLEYS (d'Aurillac).

L..., ouvrier briquetier, de constitution robuste, est âgé de vingt-cinq ans. Il a eu, il y a cinq ans environ, un panaris au pouce droit, qui a guéri après incision et sans nécrose. La cicatrice de l'ouverture siége à la partie antéro-interne du pouce, à 5 millimètres du sillon articulaire de l'articulation phalangienne. Vers ce point, les parties molles et le tissu cicatriciel forment une petite masse sans adhérences profondes et sans déformation visible à l'œil, la palpation seule permet de la constater; du reste, les extrémités des pouces des deux mains sont larges et charnues.

Au premier coup d'œil il est facile de constater que les pouces de L... présentent, au niveau de l'articulation phalangienne une déviation telle que l'axe de ces doigts forme un angle à ouverture externe, dont le sommet serait au centre de l'articulation phalangienne et mesurant à peu près exactement 175 degrés pour le pouce gauche, 170 degrés pour le pouce droit, qui a été atteint de panaris. L... attribue cette déformation, ainsi que la largeur un peu exagérée de l'extrémité des pouces, à l'effort fréquent qu'il exécute pour tasser et lisser la terre dans les moules à briques.

La flexion du pouce droit chez L... est incomplète depuis qu'il a été le siége d'un panaris; l'extension est normale.

Le 20 septembre 1871, L..., entraîné par une bille de bois, fit une chute dans l'atelier; il fut précipité en avant les bras allongés, les mains vinrent heurter le sol par leurs faces palmaires, et tout le corps glissa par suite de l'élan reçu. L... se releva éprouvant une vive douleur au pouce droit et aperçut une déformation qui ne lui laissa aucun doute sur un déplacement des faces articulaires de l'articulation phalangienne. Il essaya quelques tractions pour ramener le *bout du doigt* en place, fit même opérer ces tractions par un tiers, mais en vain. Il se présenta alors dans le cabinet de M. le docteur D..., mon confrère et mon parent, qui constata la luxation et essaya de réduire par des moyens énergiques et soutenus pendant douze heures environ. Ne pouvant y réussir, il me fit demander de lui venir en aide.

Le doigt luxé présente un raccourcissement marqué et une déviation latérale en Z au niveau de l'articulation de la phalange avec la phalangette. Les têtes des articulations se perçoivent aisément, la phalange en dehors, la phalangette en dedans; la largeur du doigt au niveau de l'articulation est une fois et demi la largeur normale; aucune saillie appréciable en avant ou en arrière; la peau est distendue, mais nullement déchirée. La luxation est bien une luxation de la phalangette en dedans, et cette luxation est complète.

La réduction a été obtenue par le procédé suivant :

L'opérateur embrasse, à l'aide de sa main gauche, la racine du doigt et la partie latérale correspondante de la main blessée, appuyant fortement son pouce sur la tête de la phalange luxée; puis, pendant que de la main droite il s'efforce de faire basculer en dedans la phalangette sur le point d'appui qui lui est fourni, il le refoule en même temps de toutes ses forces vers la surface articulaire qu'elle a abandonnée.

Cette manœuvre, exécutée d'ensemble, réussit en un seul effort; la réduction a lieu avec le claquement accoutumé et sans grande douleur pour le blessé. Les mouvements de flexion et d'extension

sont immédiatement possibles et pas très-douloureux. Le doigt est entouré d'une compresse froide et l'on recommande le repos.

L... reprit, malgré ces recommandations, son travail au bout de deux jours; il prétend que la déviation de ce doigt signalée plus haut, quoique plus marquée que celle du pouce gauche, l'est cependant moins qu'avant l'accident.

L'obliquité probable des surfaces articulaires et les circonstances de la chute, peut-être la destruction partielle du ligament articulaire interne de l'articulation par suite du panaris, permettent d'expliquer les causes et le mécanisme de la luxation.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 11 juin 1873 (1). — Présidence de M. PERRIN, vice-président.

M. CHASSAIGNAC. La communication de M. Le Fort me paraît fort intéressante. Dans ce cas, un abcès sous-périostique a produit la nécrose de la clavicule; quelquefois c'est une arthrite purulente qui gagne de proche en proche le corps de l'os. Je suis surpris du peu de douleur accusé par la malade, et ne puis m'expliquer cette nécrose que par une sorte de prédisposition diathésique. Il serait utile de voir s'il y a une nécrose de toute l'épaisseur de l'os; M. Le Fort n'ayant pas cette notion, s'est peut-être un peu hâté de pratiquer la résection.

M. PAULET fait observer que l'épiphyse interne n'a pas été enlevée parce qu'elle n'était pas encore soudée au corps de l'os.

M. VERNEUIL. Je demande à M. Le Fort de faire une coupe longitudinale; nous verrons ainsi si la nécrose est totale, ce que je ne crois pas. J'ai critiqué jadis une opération d'extirpation d'un tibia par un chirurgien anglais, faite après douze ou quinze jours de maladie, alors qu'il restait encore des portions d'os sain. Chez un enfant atteint d'abcès sous-périostique du fémur, le décollement était tel qu'avec le doigt je contournais le fémur. J'attendis; il se produisit une exfoliation superficielle et la guérison fut complète. Peut-être dans le cas actuel, l'extrémité externe de la clavicule qui est saine ne se fût pas nécrosée.

M. MARJOLIN. Il n'est pas rare de voir une diaphyse isolée de toute part avec une élimination très-superficielle. Dans un cas où tout le tibia était dénudé chez un enfant, je sectionnai l'os par le milieu avec une scie à chaîne, me proposant d'enlever les deux extrémités isolément. Étonné de trouver parfaitement saine la partie centrale de l'os, je remis les fragments bien en place et l'enfant guérit. Je désire donc que M. Le Fort fasse la coupe de l'os qu'il présente, — tout en reconnaissant qu'il faut se hâter de donner issue aux foyers purulents de la région claviculaire.

M. LE FORT. Quand bien même la partie centrale de la clavicule serait saine, j'aurais encore eu raison, ce me semble, d'en pratiquer la résection, parce que, à mon avis, la nécrose n'aurait pas tardé à devenir totale, la clavicule ne pouvant être comparée sous ce rapport au tibia. Quant à l'extrémité externe, elle tenait encore un peu, c'est vrai, mais pourquoi laisser dans la plaie une petite portion d'os baignant dans le pus et entretenant la suppuration. Je ne crois pas avoir opéré trop précipitamment, parce que la clavicule se présentait isolée de toute part, blanche comme de l'ivoire, et que derrière, elle était un foyer auquel il fallait donner issue. M. Chassaignac, du reste, n'a-t-il pas montré lui-même avec quelle facilité se reproduit la clavicule après la résection?

M. GUYON. A la suite des ostéo-périostites phlegmoneuses les plus intenses, l'os peut continuer à vivre. J'ai soigné, en 1869, un enfant qui présentait un foyer crural communiquant à travers le genou avec un foyer épiphysaire du tibia; il a guéri. Un autre eut une ostéo-périostite du fémur avec ouverture de l'articulation coxo-fémorale. Il se produisit une luxation, mais la guérison s'est faite néanmoins par ankylose.

(1) Fin. — Voir le numéro du 16-19 août 1873.

M. PANAS demande également la coupe longitudinale pour voir si la moelle est saine, auquel cas la nécrose serait probablement restée incomplète et limitée aux lamelles périphériques, puisque c'est le tissu médullaire qui est le principal agent de nutrition des os.

M. VERNEUIL ne blâme pas la conduite tenue par M. Le Fort. Il tient seulement à poser en principe qu'on ne doit enlever que des os dont la mortification est avérée, et qu'il y a un grand avantage à faire tardivement ces résections pour permettre à la gaîne périostique de se solidifier.

M. FORGET rapporte deux cas de sa pratique analogues à ceux de M. Guyon. Il pense qu'il n'est pas utile de faire des résections dans la plupart des ostéo-périostites phlegmoneuses, et rappelle que c'était l'opinion de Flaubert, de Rouen.

M. TRÉLAT conseille l'intervention rapide dans ces périostites aiguës. Il a extrait un tibia treize jours après le début. Le malade succomba.

M. LARREY rappelle que M. Cloquet a fait jadis une résection du corps de la clavicule à la suite d'une contusion de cet os.

PRÉSENTATION DE MALADES

M. BLOT présente un enfant de huit mois atteint d'une hypertrophie congénitale de la lèvre supérieure. La lèvre a quatre ou cinq fois le volume normal. M. Blot n'a jamais vu de cas semblable; il demande l'opinion de la Société sur le diagnostic et le traitement de cette rare affection.

M. SÉE a déjà vu cet enfant à Sainte-Eugénie, et il constate qu'un élément inflammatoire est venu s'adjoindre à l'hypertrophie. Il est d'avis de faire une excision partielle.

M. DESPRÉS ne connaît aucun cas analogue à celui-là. La mère ayant dit que la lèvre avait une coloration bleue à la naissance, M. Després en conclut qu'il s'agit peut-être là d'un hématome réduit à la partie fibrineuse. Il propose l'expectation.

M. VERNEUIL voit dans ce cas insolite une sorte d'éléphantiasis de la lèvre analogue à la macroglossie. Il repousse l'extirpation cunéiforme au bistouri à cause de l'hémorrhagie, et conseille l'emploi de la galvano-poncture, comme s'il s'agissait d'une tumeur érectile.

M. CHASSAIGNAC ne redoute pas l'hémorrhagie dans les cas de dédoublement de la lèvre, à la condition d'avoir une réunion primitive bien faite. Il reproche à la cautérisation de ne pas guérir radicalement les tumeurs érectiles. Sur la fille d'un médecin, M. Nélaton obtint par la cautérisation une guérison, qui dura six ans. M. Chassaignac l'opéra de nouveau en 1867 avec l'écraseur, et la guérison a été complète.

M. DUPLAY pense qu'il y a dans Holmes des cas analogues à celui que présente M. Blot. C'est une hypertrophie de la couche musculaire de la lèvre, comme celle qui constitue la macroglossie. Il conseille d'attendre. C'est également l'avis de M. Larrey.

PRÉSENTATION DE PIÈCES

M. PAULET présente la pièce suivante :

La pièce que j'ai l'honneur de vous présenter a été recueillie au Val-de-Grâce, sur un sujet servant aux exercices de médecine opératoire. Le coude droit, normalement conformé en apparenee, jouissait de tous ses mouvements ordinaires, mais après qu'on eut pratiqué la désarticulation de ce coude, on constata, dans l'intérieur de la jointure, une disposition spéciale, facilement reconnaissable aujourd'hui sur ces os desséchés, que je soumets à votre examen. L'humérus nous présente les traces d'un ancien décollement de son épiphyse inférieure; un sillon horizontal sinueux indique encore la limite de cette solution de continuité, réunie depuis longtemps. Mais, ce qu'il y a de plus curieux, c'est que l'épitrochlée manque entièrement sur l'humérus. On la retrouve du côté du cubitus, logée sur le bord interne de la grande cavité sigmoïde et présentant l'aspect d'une sorte de sésamoïde indépendant et seulement adhérent, par sa face interne, au ligament huméro-cubital. La face

externe de ce petit os surnuméraire est recouverte de cartilage d'encroûtement et fait, en réalité, partie des surfaces articulaires.

Bien que nous ne possédions aucun renseignement sur les antécédents de ce sujet, il nous est facile de nous expliquer comment une pareille disposition a dû se produire. Le traumatisme qui a détaché l'épiphyse inférieure de l'humérus a, du même coup, séparé l'épitrochlée encore adhérente, et celle-ci a continué à se développer isolément, sans avoir à souffrir de cette indépendance; car elle constitue, normalement, l'un des quatre centres d'ossification de l'extrémité inférieure de l'humérus chez l'enfant. La réunion de l'épitrochlée au reste de l'os ayant ordinairement lieu vers la douzième année après la naissance, il est très-probable que c'est avant cet âge que s'est produit l'accident.

La séance est levée à cinq heures.

Le secrétaire : TILLAUX.

Séance du 18 juin 1873. — Présidence de M. MAURICE PERRIN.

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

CORRESPONDANCE

La correspondance comprend :

La *Gazette des Hôpitaux;* — l'*Union médicale;* — la *Gazette hebdomadaire;* — le *Mouvement médical;* — le *Progrès médical;* — la *France médicale;* — le *Bordeaux médical;* — le *Journal de médecine et de chirurgie pratique.*

M. LE PLÉ (de Rouen), candidat au titre de membre correspondant, adresse à la Société une observation imprimée, extraite des comptes rendus de la Société de médecine de Rouen : *Tumeur volumineuse du creux de l'aisselle; opération.*

M. LE FLEUVE (de Beaune), candidat au titre de membre correspondant, adresse à la Société un mémoire imprimé intitulé : *De la pustule maligne ou du charbon externe de l'homme.*

M. L. MONGIN adresse deux exemplaires de sa thèse sur *l'Épididymite caséeuse.*

M. LE FORT présente la clavicule dont il a été question dans la précédente séance. Une coupe longitudinale montre que la nécrose s'étend jusqu'au centre de l'os.

M. DESPRÉS communique à la Société le résultat des recherches bibliographiques qu'il a faites à propos de la tumeur congénitale de la lèvre supérieure de nature hypertrophique, présentée par M. Blot dans la précédente séance.

Il n'y a rien dans les livres français; le récent article : *Lèvres,* du *Dictionnaire encyclopédique,* dû à la plume de M. Bouisson, ne contient aucun fait d'hypertrophie de la lèvre supérieure congénitale. Le *Traité des tumeurs* de Virchow ne signale pas davantage des cas de ce genre. Il n'y a donc rien de semblable au fait qui vous a été présenté par M. Blot, ni en France ni en Allemagne.

M. Duplay nous a parlé, dans la dernière séance de faits qui auraient été représentés par T. Holmes (*Surgical treatement of the disease of infancy and Childhood.* Lond. 1868.) Voici cette observation :

« G. H. B..., deux ans et demi, enfant bien nourri mais peu intelligent, avait un grand épaississement de la lèvre supérieure, qui avait à peu près le double du volume d'une lèvre normale et faisait saillie d'une façon tout à fait singulière. Lorsqu'on presse sur la lèvre ou lorsque l'enfant crie, la tumeur devient d'une couleur plus foncée, mais elle n'augmente pas de volume. Il n'y a pas de pulsations. La tumeur était très-dure, il fut difficile de faire pénétrer une aiguille dans le tissu de la tumeur, et cette ponction ne donna pas issue à plus de quelques gouttes de sang. Il y avait plusieurs fissures sur la surface muqueuse de la lèvre. L'enfant n'avait pas les apparences de la scrofule; la mère dit qu'elle est sûre que l'état de la lèvre était congénital et l'attribuait à ce que son mari lui avait donné un coup sur la lèvre pendant la grossesse. »

M. Holmes enleva une portion de la lèvre ressemblant à une tranche d'orange, et la plaie a été réunie par suture, ce qui arrêta l'hémorrhagie, qui était d'ailleurs légère.

La portion de la tumeur enlevée présentait l'aspect du tissu cellulaire le plus condensé.

Il y a une figure dans le livre de Holmes; elle ne correspond pas exactement à l'observation, elle montre que la lésion porte sur le bord muqueux des lèvres, où existe une tumeur arrondie; la partie cutanée de la lèvre est intacte, de sorte qu'il n'y a pas eu d'examen microscopique de la tumeur, et que l'enfant n'a été vu qu'à l'âge de deux ans et demi.

M. GUYON, secrétaire général, lit le travail suivant :

Relation de quatre cas de polypes naso-pharyngiens. — M. DUMENIL (de Rouen). Le hasard m'a fourni l'occasion de voir, dans un court espace de temps, quatre cas de polypes naso-pharyngiens, présentant tous quelque importance au point de vue pratique, et j'ai pensé que la Société de chirurgie en accueillerait la relation avec intérêt.

Les polypes naso-pharyngiens ont été l'objet de travaux trop nombreux et trop remarquables, pour que j'aie la prétention d'ajouter un nouveau chapitre à leur histoire; mon seul but est de fournir au traitement quelques données résultant des faits particuliers que j'ai pu observer.

On peut dire, d'une manière générale, que si les procédés chirurgicaux se multiplient pour une affection donnée, c'est que les indications varient, et alors le choix du chirurgien doit être fondé sur l'étude de ces indications. Pour les polypes naso-pharyngiens en particulier, chacun des procédés opératoires appliqués à leur traitement a ses avantages, mais il ne suffit pas, pour les juger rigoureusement, d'établir d'une manière générale la balance des avantages et des inconvénients; souvent l'on est séduit ou découragé, moins à cause de la supériorité ou de l'infériorité relative de ces procédés, que parce que les conditions de chaque cas particulier favorisaient plus ou moins le succès.

I. L..., âgé de huit ans, entré à l'hôtel-dieu de Rouen en septembre 1872. Cet enfant, un peu maigre et pâle, mais d'une bonne santé habituelle, est atteint d'un polype qui remplit la fosse nasale gauche et forme, dans le pharynx, une tumeur allongée, du volume d'un œuf, déprimant le voile du palais, au-dessous du bord libre duquel elle fait une saillie appréciable à l'œil. Sa forme est régulière, sa surface lisse.

La face ne présente aucune déformation, le nez n'est pas élargi, l'œil gauche n'est nullement saillant et ses mouvements sont complétement libres. La déglutition s'opère facilement, ainsi que la respiration ; à part la gêne qu'éprouve le passage de l'air à travers la fosse nasale gauche, la voix n'a rien de particulier. Il est impossible de connaître au juste l'époque du début de cette tumeur. Il n'y a jamais eu d'hémorrhagie.

L'exploration avec le doigt ne permet d'apprécier qu'incomplétement les dimensions du pédicule; celui-ci paraît large, et il semble certain qu'il s'implante à l'apophyse basilaire. La tumeur est ferme, l'exploration ne provoque pas de saignement.

Convaincu de l'impossibilité d'enlever la tumeur par les voies naturelles, je me décide à la résection temporaire du maxillaire supérieur, par le procédé de Bœckel, et je pratique l'opération le 25 septembre. Le malade est chloroformé pour la première partie de l'opération; quatre ou cinq ligatures sont nécessaires dans l'incision des parties molles; la section de l'apophyse montante est pratiquée avec la pince de Liston, celle de la paroi antérieure du sinus maxillaire avec la scie plate d'une boîte à trépan, celle de l'arcade zygmatique avec la scie à chaine. Le plancher de l'orbite est abattu avec le ciseau et le lambeau ostéo-cutané est renversé en dehors. Un polype qui est isolé et fixé à la paroi externe de la fosse nasale, est renversé avec le maxillaire. Les cornets moyen et

supérieur enlevés, la partie postérieure de la cloison détruite, j'ai sous l'œil toute l'étendue de l'apophyse basilaire, et cependant je ne découvre pas la tumeur. Introduisant alors un doigt dans la brèche et un autre par la bouche jusqu'au-dessus du voile du palais, j'arrive par des pressions et des tractions modérées à détacher le polype, et il tombe dans la gorge. L'impossibilité de voir son point d'implantation m'empêche d'avoir recours soit à la régénération, soit à la cautérisation.

Contre mon attente, le polype avait un pédicule qui ne dépassait pas un centimètre de diamètre, mais ce pédicule était très-court et le renflement brusque qui lui succédait immédiatement explique que j'aie cru à une implantation large. On ne voyait nulle part sur le polype la trace d'un prolongement qui se serait rompu, de sorte que j'étais certain que la masse qui occupait la fosse nasale gauche était isolée. Le polype, fendu dans sa longueur, avait une coupe fibreuse et un tissu formé d'un tissu aréolaire.

L'écoulement du sang avait été très-modéré. Le lambeau, remis en place, fut assujetti par des sutures métalliques, des compresses réfrigérantes furent maintenues sur la joue.

Les suites de l'opération furent assez simples, la déglutition ne souffrit pas de trop grandes difficultés; dès le lendemain, le malade pouvait avaler un œuf.

Le 28, j'enlevai trois points de suture. La réunion se maintint sur les bords inférieur et interne du lambeau; sur le bord supérieur, les lèvres de la plaie s'écartèrent et laissèrent écouler un peu de pus épais bien lié.

Le reste des sutures fut enlevé les 29 et 30, et elles furent remplacées par des sutures sèches au collodion.

La suppuration se fit assez abondamment dans l'incision sous-orbitaire; il se produisit dans la fosse zygomatique un abcès qui exigea le passage d'un drain.

16 octobre. — La suppuration est complétement tarie; le drain est enlevé. Le malade mange des aliments solides depuis quelques jours déjà.

18 octobre. — *Exeat.* L'enfant mange quatre portions sans difficulté; la pression sur la joue, sur le nez, sur le maxillaire à l'intérieur de la bouche n'éveille aucune douleur.

Je le revois huit jours plus tard, et je constate que la guérison est complète; des renseignements qui me furent donnés au mois d'avril dernier, m'indiquèrent qu'elle se maintenait.

II, L..., âgé de seize ans, entre à l'hôtel-dieu de Rouen le 8 octobre 1872, pour un polype naso-pharyngien dont on ne peut guère faire remonter le début au delà de six à huit mois.

A cette époque, la respiration commença à être gênée et la joue droite se tuméfia. Depuis lors, il y eut des opérations très-fréquentes.

Le 15 septembre, il se présenta à la consultation, où l'on arracha une masse polypeuse par la narine. Il y eut alors une hémorrhagie assez abondante; la perméabilité de la fosse nasale se maintint pendant quelques jours à la suite de cette opération.

A son entrée, on trouve dans la fosse zygomatique droite, sous le bord antérieur du masséter, une petite tumeur du volume d'une noisette, dont la présence se traduit à l'intérieur par un peu de gonflement de la joue. Le doigt constate dans le pharynx, au-dessus du voile du palais, la présence d'une masse lobulée, qui paraît avoir une base d'implantation assez large sur l'apophyse basilaire. Le voile du palais n'est pas déprimé, la tumeur ne dépasse pas son bord postérieur.

Le malade perd toutes les nuits par le nez des mucosités sanguinolentes en assez grande abondance pour salir complétement l'oreiller. Il est pâle, mais cependant dans des conditions de santé générale satisfaisantes.

17 octobre. — Je procède à l'opération par le procédé d'Ollier. Le malade est chloroformé pour la première partie de l'opération. Le nez sectionné et rabattu de haut en bas, la fosse nasale se présente entièrement remplie par un prolongement du polype. La cloison est fortement refoulée à gauche et accolée à la paroi externe de la fosse nasale de ce côté.

Le prolongement nasal de la tumeur s'écrase facilement sous les pinces et fournit une grande quantité de sang. Le malade accuse bientôt une grande faiblesse. L'introduction répétée d'éponges finit par tarir l'hémorrhagie, et je pense atteindre la racine du polype, qui est implanté par toute la largeur de l'apophyse basilaire et sur l'apophyse ptérigoïde droite. L'extraction du pédicule exige l'introduction répétée de fortes tenettes, et il ne put être arraché qu'avec effort, laissant l'apophyse basilaire et l'apophyse ptérygoïde dénudées dans une grande étendue.

L'hémorrhagie avait complétement cessé avant l'extraction des dernières portions du polype; mais la faiblesse était extrême, le pouls insensible, la peau froide. Le malade vomit, pendant la dernière partie de l'opération, une grande quantité de sang en partie coagulé. Il se plaignit de douleurs dans le ventre et dans les membres inférieurs.

Le nez, relevé, est assujetti par des sutures métalliques, le malade est reporté dans son lit dans un état d'épuisement fort inquiétant. L'opération avait duré cinq quarts d'heure.

Je le revois trois quarts d'heure plus tard, le pouls est insensible, la peau froide; il y a des douleurs de ventre et de l'oppression, la parole devient nasonnée, la déglutition impossible. La suffocation augmente rapidement; la respiration est rare et profonde, les lèvres se cyanosent et se refroidissent; une agitation convulsive survient et le malade succombe à onze heures.

A l'autopsie, pratiquée le 18 octobre, nous trouvons dans l'estomac et le duodénum une certaine quantité de sang tapissant les parois de ces viscères, mais sans remplir à beaucoup près leur cavité. Il n'y a pas de sang dans les voies aériennes. Les fosses nasales et le pharynx n'en contiennent pas non plus. Je m'assure que la totalité de la tumeur a été enlevée et qu'il n'y a pas du côté du pharynx d'autre altération que la dénudation de l'apophyse basilaire et de l'apophyse ptérygoïde indiquée.

(*A suivre.*)

VARIÉTÉS

Étude médico-légale sur la folie (1)

Par A. Tardieu, professeur de médecine légale à la Faculté de Paris, etc.

Il est des choses que bien des gens teintés d'un savoir superficiel s'imaginent connaître, sans les avoir apprises; la politique, la philosophie et la médecine sont du nombre, et il se passe peu de mois où la presse ne retentisse d'invectives contre les médecins aliénistes, auteurs et complices, dit-on, de séquestrations arbitraires. Les magistrats eux-mêmes font chorus avec les écrivains de la petite presse, et c'est le médecin qui devient la tête de Turc sur laquelle on frappe de tous côtés.

L'un des arguments qui paraissent sans réplique est celui-ci: où commence la folie? Où finit la raison? Il n'est sans doute jamais venu à l'esprit de ces gens de se demander le moment précis où commence le jour et où commence la nuit.

M. Tardieu a entrepris de traiter ces graves questions dans un ouvrage ayant pour titre: *Étude médico-légale sur la folie*, et il déclare tout d'abord qu'il n'entend point discuter la loi de juin 1838, mais seulement examiner les opinions opposées qui se sont produites entre les aliénistes et les magistrats touchant l'application de cette loi.

Laissons de côté les élucubrations du journaliste amuseur du public à un sou la ligne; son incompétence morale nous dispense de toute réponse; il discutera tout aussi bien l'aliénation mentale que l'infection putride. L'exactitude est le moindre de ses soucis. Mais il y a, à côté, le magistrat, avec qui il faut compter, car c'est lui

(1) 1 vol. in-8°, avec quinze fac-simile d'écriture d'aliénés.

qui prononce, et son opinion fait autorité. MM. du barreau ne sont pas toujours bien disposés en faveur du médecin, et le premier président Troplong lui-même, tout en reconnaissant comme digne d'attention le témoignage des médecins aliénistes, blâmait fortement la prétention d'un grand nombre d'entre eux à la compétence exclusive pour la solution du problème de l'entendement humain. Cette sévérité est exagérée; mais elle a produit un résultat utile en ce sens qu'elle a obligé les praticiens à la plus grande circonspection dans la question de folie. Le médecin légiste ne doit s'attacher qu'aux faits et non aux questions de doctrine.

Dans la première partie, M. Tardieu étudie les règles à suivre tant dans les cas de folie présumée que dans les mesures destinées à garantir les droits des familles et la sécurité publique ; il rappelle les ordonnances de 1839 sur les établissements publics et privés consacrés aux aliénés. Il étudie ensuite ce qui concerne la capacité, l'appréciation médico-légale en vue de l'interdiction et ce qui concerne la validité des actes, ainsi que la responsabilité. La séquestration est considérée par le professeur comme un traitement sur lequel le public n'a pas plus à intervenir que sur la prescription de telle ou telle pilule.

C'est de la divergence d'opinion des médecins qu'est né le doute dans l'esprit du public. M. Jules Falret admet l'irresponsabilité absolue des aliénés, M. Tardieu combat cette doctrine, fort séduisante assurément, mais que la pratique médico-légale montre hérissée de difficultés.

La partie la plus considérable de l'ouvrage consiste dans l'étude des éléments et des règles générales de l'expertise médico-légale en matière de folie. M. Tardieu s'appesantit sur la manière de procéder à l'examen des fous en constatant les troubles survenus dans leurs facultés affectives, intellectuelles et sensoriales ; c'est la symptomatologie de la folie que complète l'examen de l'état physique.

L'expertise médico-légale concernant la constatation de l'état mental resterait incomplète si le médecin, autant que possible, avant de procéder à l'examen direct de l'individu, ne s'entourait de renseignements précis sur une foule de faits, de circonstances qui concernent l'aliéné et qui sont de nature à fournir à l'expert des données du plus haut intérêt. Dans cette partie, M. Tardieu s'arrête sur un élément important de l'appréciation médico-légale, sur les écrits des aliénés, dont il faut étudier le fond, la forme et le côté graphique. A l'appui de ce qu'il avance, il nous donne le fac-simile de quatorze lettres écrites par différentes personnes affectées de maladies mentales et ayant comparu devant les tribunaux, ainsi que l'imprimé répandu par Verger deux mois avant l'assassinat de l'archevêque de Paris.

La troisième partie comprend l'appréciation médico-légale de chaque genre de folie en particulier. M. Tardieu n'a pas admis dans son livre la division classique des maladies mentales. Il a, pour les besoins de sa cause et les exigences de son livre, divisé ces maladies en trois espèces principales caractérisées par la faiblesse d'esprit ou par les impulsions instinctives ou par les différentes espèces de délire dont l'influence sur les actes est variable. Dans la première, se trouvent : la démence, l'idiotie, l'imbécillité, etc.; dans la deuxième, l'épilepsie, l'alcoolisme, l'hystérie, etc., et, dans la troisième, la manie, la monomanie, la lypémanie, la folie paralytique, le somnambulisme. Cette troisième partie est terminée par un chapitre sur la folie simulée.

La quatrième partie comprend un choix de rapports et de consultations médico-légales sur les différentes formes d'aliénation mentale.

Dans cet ouvrage, l'auteur s'est montré très-sobre sur les questions de doctrine, comme il le dit lui-même ; il s'applique à mettre le médecin en face de l'individu dont il est appelé à juger la raison. Il lui trace les préceptes qu'il devra suivre dans sa délicate mission, dont il lui signale les écueils, et ce précepte se résume dans ces deux mots : *science* et *conscience*.

D[r] A. Corlieu.

CIRCULAIRE

Sur l'ouverture d'un concours pour le recrutement du service de santé militaire.

Monsieur le recteur, j'ai l'honneur de vous transmettre le programme d'un concours pour un nombre indéterminé d'emplois d'élèves du service de santé militaire, qui s'ouvrira :

A Paris, le 1er septembre 1873;
A Lille, le 8 du même mois;
A Nancy, le 13 du même mois;
A Besançon, le 18 du même mois;
A Lyon, le 23 du même mois;
A Montpellier, le 2 octobre 1873;
A Toulouse, le 6 du même mois;
A Bordeaux, le 10 du même mois;
A Rennes, le 14 du même mois.

Aux termes d'une décision ministérielle du 5 octobre dernier, sont admis à concourir :

Pour les emplois d'élèves en médecine,

1° Les étudiants pourvus de deux diplômes de bachelier ès lettres et de bachelier ès sciences complet ou restreint;

2° Les étudiants ayant 4, 8 et 12 inscriptions valables pour le doctorat et ayant subi avec succès l'examen de fin d'année correspondant au nombre des inscriptions;

Pour les emplois d'élèves en pharmacie,

1° Les étudiants ayant 4 ou 8 inscriptions valables pour le titre de pharmacien de première classe, et ayant subi avec succès les examens semestriels.

Les autres conditions sont les suivantes :

1° Être Français ;

2° Avoir eu, au 1er janvier de l'année du concours, plus de dix-sept ans et moins de vingt et un ans (élèves sans inscriptions); moins de vingt-deux ans (élèves à 4 inscriptions); moins de vingt-trois ans (élèves à 8 inscriptions), et moins de vingt-quatre ans (élèves à 12 inscriptions);

3° Avoir été reconnu apte à servir activement dans l'armée, aptitude qui sera justifiée par un certificat d'un médecin militaire du grade de major au moins, et pourra être vérifiée, au besoin, par le jury d'examen;

4° Souscrire un engagement d'honneur de servir dans le corps de santé militaire pendant dix ans au moins à dater de l'admission au grade d'aide-major de 2e classe.

Toutes les conditions qui viennent d'être indiquées sont de rigueur, et aucune dérogation ne pourra être autorisée pour quelque motif que ce soit.

Les candidats en activité de service, s'ils sont compris dans la liste d'admission, seront placés en position de congé pouvant être renouvelé, aussi longtemps qu'ils conserveront la qualité d'élève du service de santé.

La même mesure sera appliquée à ceux des élèves que la loi appellerait à l'activité pendant le cours de leurs études.

Vous voudrez bien donner au programme dont il s'agit toute la publicité désirable et en adresser des exemplaires aux directeurs des écoles médicales et pharmaceutiques de votre académie.

MM. les doyens et directeurs ne manqueront pas de faire comprendre aux jeunes gens et à leurs familles les avantages réels que leur offre la carrière du service de santé militaire.

L'administration de la guerre sait qu'elle peut compter sur tous vos efforts en faveur d'une institution dont elle a confié le succès à nos facultés et à nos écoles préparatoires, et je suis convaincu qu'en cette circonstance votre sollicitude lui est complétement acquise.

Recevez, monsieur le recteur, etc.

Le ministre de l'instruction publique, des cultes et des beaux-arts,

A. Batbie.

THÈSES

SOUTENUES A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

PENDANT L'ANNÉE 1873.

271. Ferrand. Sur les affections oculaires produites par les altérations des voies lacrymales.

272. Huet. Recherches sur l'argyrie.

273. Sabourin. De l'atrophie musculaire rhumatismale.

274. Diday. Quelques considérations sur la nature du rhumatisme blennorrhagique.

275. Castay. De la boutonnière comme moyen d'extraction des corps étrangers; soins consécutifs.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

École de médecine de Reims. — Sont nommés, à l'École préparatoire de médecine et de pharmacie de Reims :

1° Professeur de physiologie (chaire transformée), M. Decès, professeur d'anatomie et de physiologie;

2° Professeur d'anatomie descriptive (chaire transformée), M. Doyen, professeur adjoint de pathologie externe;

3° Professeur de thérapeutique (chaire transformée), M. Maldan, professeur d'histoire naturelle et matière médicale;

4° Professeur d'histoire naturelle et matière médicale (chaire transformée), M. Lemoine, suppléant, en remplacement de M. Maldan;

5° Professeur adjoint de pathologie externe, M. Luton, suppléant pour les chaires de médecine, en remplacement de M. Doyen;

6° Suppléant pour les chaires de médecine, M. Henrot, suppléant pour les chaires d'anatomie et physiologie, en remplacement de M. Luton.

— Un concours pour la place de prosecteur sera ouvert le 3 novembre 1873 à l'École préparatoire de médecine et de pharmacie d'Alger.

Les épreuves sont : 1° deux préparations fraîches d'anatomie, dont une d'anatomie descriptive et une d'anatomie topographique, avec démonstration sommaire (quatre heures sont accordées pour chaque préparation et une demi-heure pour chaque démonstration); 2° une préparation et un exercice d'anatomie microscopique.

Chaque candidat devra justifier : 1° de quatre inscriptions prises dans une des Facultés ou Écoles de médecine françaises; 2° d'un certificat de bonne vie et mœurs.

Le prosecteur reçoit un traitement annuel de 600 francs. La durée des fonctions de prosecteur est de trois années. Il pourra cumuler les fonctions d'interne à l'hôpital civil avec celles de prosecteur. Le prosecteur fera dans le cours de chaque année au moins deux préparations sèches, destinées à être conservées dans les collections de l'École. Le prosecteur entrera en fonctions immédiatement.

— On demande un docteur en médecine pour une commune de l'arrondissement de Meaux (Seine-et-Marne). Position avantageuse. — S'adresser à Paris, chez M. Fichet, rue Richelieu, 43.

— Clientèle à céder, au centre d'une population aisée; rapport annuel, susceptible d'augmentation, 8,000 francs. — S'adresser au bureau du journal.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales, publié sous la direction de M. le docteur A. Dechambre, avec la collaboration d'un très-grand nombre de professeurs, de médecins et chirurgiens des hôpitaux civils et militaires et de la marine. Le premier demi-volume du tome VII[e] de la 2[e] série et le premier demi-volume de la troisième série sont en vente. Ils contiennent les principaux articles suivants : *Mercure*, par M. Fonssagrives; *Mesmerisme*, par M. Dechambre; *Mésologie*, par M. Bertillon; *Météorologie*, par M. Renou; *Méthode*, par M. Hecht; *Quarantaines*, par M. Léon Colin; *Quinine* et *Quinquina*, par M. Delioux de Savignac; *Races*, par M. de Quatrefages. Divers articles sur les eaux minérales, par M. Rotureau; de botanique, par MM. Baillon, De Seynes et Planchon; la Biographie et la Bibliographie, par MM. Beaugrand et Chereau. — Prix de chaque demi-volume, rendu franc de port dans toute la France et l'Algérie : 6 francs. Paris, G. Masson et P. Asselin.

Thèses soutenues à la Faculté de médecine de Paris. A. Coccoz, libraire, rue de l'École-de-Médecine, n° 30.

Le Directeur : Dr E. Le Sourd.

Paris. — Typographie A. Pougin, quai Voltaire, 13.

N° 99. — JEUDI 28 AOUT 1873. 46e ANNÉE. JEUDI 28 AOUT 1873. — N° 99.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Bureaux : 57, rue des Saints-Pères, 57
PRÈS L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix d'abonnement
doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois

On s'abonne hors de Paris
dans les bureaux des Messageries et chez les Libraires
Les lettres non affranchies sont refusées.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui n'en peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS
Trois mois. . 8 fr. 50 c.
Six mois. . . 16 —
Un an. . . . 30 —

POUR L'ÉTRANGER le port en sus suivant les derniers tarifs des Postes.

Paris, le 27 août 1873.

SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

L'intérêt de la séance a été surtout dans une présentation de pièces pathologiques par M. Demarquay et dans la discussion que l'examen de ces pièces a soulevée.

Il s'agissait d'un fait qualifié d'*embolie* et que la plupart des assistants ne voulaient point accepter comme tel.

La mort avait été subite ; et à l'autopsie on avait trouvé un caillot étendu dans l'artère pulmonaire. Ce caillot, qui se prolongeait jusque dans le ventricule droit, où il se terminait par une surface mousse et arrondie, était exactement moulé sur l'artère dont il remplissait le tronc, les deux branches et les principales ramifications, comme eût pu le faire une injection solidifiable.

On rechercha en vain dans les veines à déterminer l'origine exacte d'un caillot migrateur qui aurait pu être ainsi transporté dans le cœur droit, et de là dans l'artère pulmonaire, qu'il serait venu obstruer.

Si donc la coagulation avait eu lieu durant la vie, si elle était de date ancienne (ce dont on ne pouvait plus juger lorsqu'on examina les pièces à l'Académie, puisque l'autopsie remontait déjà à plusieurs jours), il ne restait plus pour l'expliquer que deux théories, celle d'une embolie, dont le point de départ était douteux, ou celle d'un caillot né sur place dans la situation qu'il occupait.

M. B. Ball, dans sa thèse inaugurale (1862), rapporte une très-curieuse observation due à M. Charcot, et qui tendrait à prouver que le sang peut ainsi se coaguler pendant la vie dans l'artère pulmonaire.

M. Gallard, devant la Société médicale d'observation (année 1860), a cité trois faits assez analogues (le caillot, qui occupait l'artère pulmonaire et s'étendait jusqu'au cœur droit, aurait été occasionné par une pneumonie chez ces trois malades).

Enfin il existe dans la littérature médicale un certain nombre d'autres observations interprétées de même.

Ce serait peut-être encore là l'interprétation la plus naturelle et la plus probable du fait en question, s'il restait prouvé que le caillot n'était pas postérieur à la mort.

En effet, jamais un embole ne se serait moulé par lui-même aussi exactement sur l'artère pulmonaire. Il serait toujours resté distinct au milieu du caillot récent que sa présence aurait pu faire naître dans cette artère. Il aurait causé de la gêne, de l'oppression, dès qu'il eût provoqué ce travail, toujours assez lent, d'envahissement total par coagulation graduelle autour de l'obstacle. Et si la mort eût été subite dès son arrivée, on l'eût retrouvé presque intact avec ses caractères de caillot migrateur.

Il est vrai qu'on peut également objecter l'absence de toute gêne, de toute oppression, de tout phénomène prémonitoire à l'hypothèse d'un caillot formé graduellement sur place par thrombose, sans embolie ; à moins d'admettre que cette thrombose eût été presque instantanée ; mais alors comment distinguer le caillot qui précéda immédiatement la mort de ceux qui se formèrent ensuite ?

On le voit, toute cette question manque encore un peu de clarté.

L'âge des caillots n'est pas toujours aussi facile à déterminer qu'on le suppose ; et pour affirmer avec certitude une embolie, il faut pouvoir en montrer le point de départ, le caillot veineux primitif, dont l'embole migrateur a été détaché ; il faut en outre que cet embole soit reconnaissable, avec sa forme caractéristique.

Autrement, rien ne prouve que l'on n'ait point affaire à ces autres genres de morts subites que l'embolie a fait un peu perdre de vue.

Il ne faut pas être plus exclusif que Van Swieten, cet admirable observateur du siècle dernier, qui a décrit si complétement le mécanisme des embolies, racontant avoir vu des caillots qui, des veines, gagnaient le cœur droit, de là les poumons, et causaient la mort (voir *Commentaires sur les aphorismes de Boerhaave*, t. II, § 1010), avoir observé d'autres caillots qui, formés d'abord dans le cœur droit ou dans le cœur gauche, après s'en être détachés, étaient poussés dans les troncs artériels correspondants, qu'ils obstruaient. (*loc. cit.*, t. I, § 120, t. II, § 1010.)

Il est étrange de voir combien complétement on oublie parfois les points de science les mieux établis, de telle sorte qu'il faille de nouveau les découvrir peut-être moins d'un siècle après qu'ils ont été les mieux exposés par un maître illustre. Puis, quand ils reprennent enfin leur place dans les connaissances

classiques, c'est trop souvent aux dépens de notions non moins importantes.

Dr VICTOR REVILLOUT.

HOPITAL SAINT-LOUIS. — M. HARDY.

Dermatologie (1).

(Leçon clinique du 27 juin, recueillie par M. E. BOURRETÈRE, externe du service.)

J'ai déjà eu l'occasion, dans une leçon précédente, de vous indiquer quel était le traitement de chacune des périodes de l'eczéma ; je n'y reviendrai pas aujourd'hui, me proposant de vous dire quelques mots sur la nature de cette maladie.

Pour moi, messieurs, ainsi que je vous l'ai dit maintes fois, l'eczéma est toujours la manifestation d'une seule et même diathèse, de la diathèse dartreuse, et quand j'ai appliqué à une éruption la dénomination d'eczéma, je ne saurais avoir aucun doute sur sa nature.

Il en est tout autrement pour M. Bazin. Ce médecin, en effet, se refuse à considérer l'affection qui nous occupe comme une entité morbide, toujours semblable à elle-même, et il professe que l'eczéma peut être le symptôme de trois maladies bien différentes : la scrofule, l'herpétis et l'arthritis.

Pour lui, il existe donc un eczéma scrofuleux, un eczéma dartreux ou herpétique et un eczéma arthritique.

Le premier eczéma scrofuleux se présenterait surtout sous la forme impétigineuse avec suintement très-abondant, croûtes molles et épaisses, prurit peu intense, engorgement des ganglions cervicaux.

L'eczéma herpétique aurait pour caractère une grande tendance à s'étendre ; une symétrie parfaite dans son développement, l'humidité des produits, des croûtes épaisses et des démangeaisons extrêmement vives. Ces démangeaisons, d'après M. Bazin, seraient même exclusives à l'eczéma herpétique et ne s'observeraient pas dans les autres espèces.

Enfin, l'eczéma arthritique ne serait qu'un symptôme, une des manifestations d'une maladie générale désignée sous le nom d'arthritis ; il présenterait les caractères qu'on assigne aux autres affections dites arthritiques, et sur lesquelles nous reviendrons.

Messieurs, qu'est-ce qu'on doit entendre par arthritis?

L'arthritis est définie par M. Bazin : une maladie constitutionnelle caractérisée par des manifestations variées sur divers systèmes organiques et spécialement par des affections de la peau, des manifestations articulaires et la tendance à la formation d'un produit morbide particulier de tophus.

L'arthritis présente quatre périodes successives :

La première période comprend des affections légères et superficielles de la peau et des muqueuses ; du côté de la peau, on observe des éruptions fugaces, passagères, érythème simple, érythème noueux, érythème papuleux ou papulo-tuberculeux ; du côté des muqueuses, des catarrhes bronchiques, des angines, des coryzas. Il est commun, dans cette période, de constater l'existence de douleurs vagues, musculaires ou articulaires.

Dans la deuxième période, on trouve des accidents plus sérieux du côté des articulations, consistant en des attaques de rhumatisme articulaire aigu ou de goutte aiguë. Dans l'intervalle de ces attaques, il existe fréquemment des arthropathies partielles. Du côté de la peau, on observe des affections tenaces présentant des caractères particuliers, et désignées sous le nom d'arthritides. A ces accidents, du côté de la peau et du côté des articulations, il faut ajouter quelques troubles dyspeptiques.

Dans la troisième période, les manifestations articulaires deviennent fixes, permanentes et s'accompagnent de déformations. Les affections cutanées résistent à tout traitement.

Enfin, la quatrième période est marquée par des affections viscérales diverses ; ramollissement du cerveau, de la moelle, lésions organiques du cœur, cancer de l'estomac, de l'utérus.

Vous avez déjà remarqué, messieurs, que M. Bazin considère le rhumatisme et la goutte comme des manifestations, des symptômes d'une maladie générale ; or, ce sont deux maladies bien distinctes qu'il est impossible de rattacher à une même cause.

Je vous ai dit que les manifestations cutanées qui se montrent dans l'arthritis avaient été groupées sous le nom d'arthritides. Pour les distinguer des autres maladies de la peau, M. Bazin s'appuie sur les caractères suivants qui, d'après lui, leur seraient propres.

1° Leur coloration d'un rouge framboisé, vineux ;

2° L'absence de démangeaisons. Ce symptôme serait remplacé par des picotements, par des élancements ;

3° Leur siége. Elles occuperaient de préférence les parties pileuses et celles qui sont découvertes. Elles affecteraient une disposition arrondie, seraient nettement limitées, non symétriques. La diffusion serait un des caractères des éruptions herpétiques ;

4° La multiplicité des lésions primitives. On trouverait à la fois des vésicules et des papules, des squames et des pustules. Dans les herpétides, au contraire, on observerait toujours, comme lésion initiale ou des vésicules, ou des papules, ou toute autre lésion élémentaire de la peau, mais jamais la réunion de deux ou plusieurs de ces lésions primitives ;

5° La sécheresse des produits excrétés. Sécrétion peu abondante ou nulle ; croûtes peu épaisses se rapprochant des squames ;

6° La fréquence des récidives qui auraient lieu dans les points primitivement affectés.

7° Enfin, la résistance qu'elles offriraient au traitement ordinaire des affections dartreuses et leur guérison rapide par les préparations alcalines.

Tels sont les caractères assignés par M. Bazin aux arthritides en général et à l'eczéma arthritique en particulier.

Il me reste maintenant à vous faire voir un certain nombre de malades atteints d'eczéma dit arthritique ; ils me fourniront l'occasion de rechercher avec vous si les caractères que nous venons d'indiquer sont constants, et vous pourrez facilement vous convaincre que toujours un ou plusieurs d'entre eux font défaut.

Le n° 35 nous présente une affection cutanée déjà ancienne ; je vous ferai remarquer la coloration violacée, l'insymétrie de l'éruption, la sécheresse extrême des produits, sécheresse telle qu'on peut hésiter à établir le diagnostic entre un eczéma et un psoriasis. En outre, ce malade est atteint de goutte avec déformation des articulations. Nous retrouvons chez lui trois des caractères propres aux arthritides : coloration violacée et non symétrie de l'éruption, sécheresse des croûtes, coïncidence d'affections articulaires graves. Mais si nous interrogeons cet homme au point de vue de ses antécédents, il nous dira qu'au début de sa maladie, il s'est fait une sécrétion très-abondante, accompagnée de démangeaisons intenses qui persistent encore aujourd'hui ; or, messieurs, je vous l'ai déjà dit, démangeaisons et humidité des produits sont des caractères étrangers aux arthritides.

(1) Fin. — Voir le numéro du 21 août 1873.

D'un autre côté, vous observez que l'éruption, loin d'être limitée aux parties pileuses qui sont occupées, il est vrai, a envahi la presque totalité de la surface cutanée.

Le n° 26, atteint de pityriasis rubra, semble se rapprocher d'avantage du type décrit par M. Bazin : coloration violacée, sécheresse des produits, localisation de la maladie aux parties pileuses, cuir chevelu, barbe, face antérieure de la poitrine, absence complète de démangeaisons, tels sont les phénomènes qu'il nous présente. Mais il n'a jamais eu de douleurs articulaires, jamais de troubles dyspeptiques ; il n'a ni varices, ni hémorrhoïdes, et en outre, il a été affecté pendant longtemps d'une sciatique fort intense ; or, les névralgies sont propres aux herpétides.

Nous voyons chez le malade du n° 24 un eczéma qui a été soigné par M. Bazin et qu'il a considéré comme de nature arthritique : il occupe exclusivement la face postérieure de la jambe droite ; il est nettement limité, d'une coloration vineuse, et ne s'accompagne d'aucune démangeaison.

Le malade était complétement guéri quand il a quitté l'hôpital Saint-Louis, et la récidive dont il est atteint en ce moment semblerait constituer un argument en faveur de l'opinion de mon ancien collègue. Mais, chez cet homme, le cortége des caractères propres aux arthritides est loin d'être complet ; les douleurs articulaires manquent complétement ; de plus, la récidive ne s'est pas faite dans les points primitivement affectés, car, lors de la première atteinte, l'eczéma siégeait au bras, tandis qu'actuellement il occupe la jambe ; enfin il existe un suintement abondant.

Je vous montre le n° 40, comme un exemple remarquable d'hémieczéma. La moitié gauche du corps est seule occupée par la maladie : ici l'éruption est non symétrique, violacée, mais elle s'accompagne de démangeaisons très-vives, et il se fait un suintement abondant. D'ailleurs, le malade n'a jamais éprouvé ni douleurs rhumatismales, ni troubles dyspeptiques.

Il me serait facile, messieurs, de multiplier les exemples, mais je ne veux pas abuser de votre temps ; je crois, d'ailleurs, que les cas que je vous ai montrés sont suffisamment nombreux pour que votre opinion soit éclairée. Aucun de ces malades atteints d'eczéma dit arthritique ne présente le cortége complet des symptômes qu'on a assignés à cette lésion ; à chacun d'eux font défaut quelques-uns des caractères essentiels, et de plus, chez chacun d'eux nous avons retrouvé des phénomènes considérés comme propres aux herpétides.

En présence de ces faits, je suis autorisé à rejeter la division de l'eczéma proposée par M. Bazin, et je persiste à considérer l'eczéma comme une entité morbide présentant des formes variées, mais toujours semblables à elle-même relativement à sa nature. Le terrain sur lequel se développera la maladie peut être différent, la maladie sera la même : elle peut varier de forme, d'aspect, de siége, mais non de nature.

De plus, messieurs, je puise un argument irréfutable dans l'influence du traitement sur la marche de la maladie. Je vous ai montré plusieurs malades atteints d'eczéma dit arthritique ; j'en ai dans ma salle un certain nombre atteints d'eczéma dit herpétique, que je regrette de ne pouvoir vous faire voir.

Tous ces malades seront soumis au même traitement ; j'aurai égard, non à la nature de la maladie qui ne peut varier, mais bien à la période à laquelle est arrivé l'eczéma. Je vous ai dit, en effet, que le traitement n'était pas le même dans les différentes périodes de la maladie. Je suis sûr que chez les uns comme chez les autres, que chez les arthritiques comme chez les herpétiques, nous obtiendrons une guérison rapide.

Messieurs, dans les leçons suivantes, en revoyant les malades, vous pourrez apprécier par vous-mêmes les résultats que nous aurons obtenus.

OVARIOTOMIE ET HYSTÉROTOMIE

Présentation faite à l'Académie de médecine, par M. le docteur Péan, chirurgien de l'hôpital Saint-Louis.

KYSTES HÉMORRHAGIQUES.

Il est une autre variété de kystes de l'ovaire que l'on pourrait désigner du nom de *sanguins* et que M. Péan préférerait appeler *hémorrhagiques*. La raison de cette préférence est que ces kystes, lorsqu'on vient à les ponctionner, donnent issue à du sang pur et non à un liquide séreux, sanguinolent ou purulent, de couleur plus ou moins brunâtre ; en outre, l'écoulement se fait avec les caractères habituels des hémorrhagies.

Un des signes diagnostiques de ces kystes, a-t-il dit, peut être tiré de leur mode de production. Leur accroissement, en effet, est rapide ; il se fait par poussées brusques, successives, et l'on saisira mieux la valeur de ce phénomène, quand on saura que chaque poussée correspond à l'apparition d'hémorrhagies fournies par les vaisseaux contenus dans l'intérieur des loges de la tumeur.

D'un autre côté, chacune de ces hémorrhagies donne lieu à des symptômes immédiats tellement douloureux et si inquiétants que la vie des malades paraît en danger. Les ponctions elles-mêmes favorisent la reproduction de ces hémorrhagies, au point que chacune d'elles est suivie, non-seulement d'un écoulement de sang plus ou moins vieilli et altéré, mais encore qu'elle donne quelquefois issue à du sang pur, comme si la canule eût été directement engagée dans la cavité d'un vaisseau. Un autre point à noter, c'est que, en outre des symptômes propres aux hémorrhagies internes, ces manifestations s'accompagnent encore de ceux qui appartiennent aux péritonites circonscrites, tant, par son contact et par l'altération qu'il subit, ce sang paraît exercer une influence fâcheuse. C'est dans les cas de ce genre qu'on voit aussi survenir rapidement l'œdème des membres inférieurs, l'infiltration des parois abdominales, des vomissements incessants, l'acidité de la langue, le muguet, l'épuisement des forces si profond que les malades ne peuvent presque plus se mouvoir.

De l'ensemble des faits qui précèdent, M. Péan croit devoir tirer cette conclusion que, une fois le diagnostic porté, il n'est rien de plus dangereux que de recourir à de nouvelles ponctions. Il veut qu'on en vienne au plus tôt à l'ovariotomie, seule chance de guérison. On sera d'autant plus en droit d'espérer une issue favorable, que la tumeur ne remontera pas à une époque assez éloignée pour que les adhérences aient eu le temps de se multiplier et qu'on sera moins exposé, en décollant ces mêmes adhérences, à rencontrer un sang dépourvu de toute plasticité.

DE L'HYSTÉROTOMIE.

En présence du relevé statistique que nous publiions dans le précédent article, il ne nous paraît plus possible de mettre en doute l'opportunité et les avantages de l'ovariotomie dans les cas qui viennent d'être passés en revue. Il nous reste à voir s'il en est de même pour l'hystérotomie appliquée à l'ablation des tumeurs fibreuses. S'il fallait n'interroger que les résultats obtenus par les premiers chirurgiens qui ont tenté cette opération, ou bien s'il fallait s'en remettre absolument à l'opinion de quelques chirurgiens contemporains, on rejetterait d'emblée l'hystérotomie.

En réalité, cette opération est acceptée aujourd'hui et sans conteste, à l'étranger, par les nombreux chirurgiens qui la pratiquent après avoir vu opérer M. Péan. Il ne se passe aujourd'hui, pour l'ablation de tout ou partie de l'utérus, que ce qui se produisait, il y a dix ou quinze ans, au sujet de la possibilité de pratiquer l'ovariotomie. Or, de nos jours, l'ovariotomie est entrée dans la pratique

chirurgicale, où elle est tenue pour une opération qui marque un grand progrès dans l'art de guérir.

Nul doute qu'il n'en soit de même, avant peu d'années, pour l'hystérotomie. Cette dernière opération, en effet, pratiquée, soit en vue de l'ablation de tumeurs fibreuses de l'utérus, soit pour celle de tumeurs utéro-cystiques, a déjà fourni entre les mains de certains chirurgiens, et notamment dans celles de M. Péan, une proportion de succès trop satisfaisante pour qu'elle puisse être abandonnée. Mais les résultats obtenus parleront plus haut que n'importe quelle affirmation.

Du 4 septembre 1869 au mois de novembre 1872, M. Péan a opéré huit malades de tumeurs fibreuses et trois de tumeurs fibro-cystiques.

Sur les huit opérées de tumeurs fibreuses, dont une seule était péri-utérine, cinq ont guéri, trois ont succombé : l'une à une hématocèle rétro-utérine qui avait pris naissance dans un ovaire conservé à tort, et deux à l'anémie et au défaut de réaction.

Sur les trois opérées de tumeurs fibro-cystiques, deux ont guéri. Chez l'une de celles-ci, la tumeur était utéro-cystique ; chez l'autre, franchement fibro-cystique. La troisième a succombé au *choc* et à l'anémie.

Ces sept malades, chez lesquelles a été pratiquée l'amputation de l'utérus et des deux ovaires, jouissent de la santé la plus florissante ; elles ont été présentées à l'Académie en novembre dernier, ainsi que les pièces pathologiques à l'appui.

D'une façon générale, voici les points les plus importants à signaler, au point de vue du diagnostic et du traitement.

(A suivre.)

ÉTUDE SUR LES SELS ARSENICO-FERRIQUES

DE LA DOMINIQUE (1)

Par M. le docteur M. DURAND.

Dans le mémoire sur les eaux de Vals que nous avons déjà cité, M. le docteur Clermont fait observer que la tuberculose et la scrofule marchent souvent de compagnie, et il a remarqué que le même traitement, qui est favorable à ces deux maladies lorsqu'elles sont isolées, leur est encore applicable quand elles se trouvent réunies chez le même individu.

L'exemple suivant, que M. le professeur Berne (de Lyon) a donné l'occasion d'observer à Vals, en fournira la preuve :

« J. B..., âgé de douze ans, a eu une enfance maladive ; sa mère elle-même est d'une santé fort délicate et tousse fréquemment. Comme il s'enrhumait au moindre refroidissement, il fut mis très-tard en pension et souvent obligé de s'absenter pour cause de maladie. Il avait eu plusieurs glandes engorgées autour du cou, et l'une ayant suppuré longtemps, avait laissé une large cicatrice à droite, sous le maxillaire inférieur.

« M. le docteur Berne avait, à plusieurs reprises, cherché à reconstituer ce jeune garçon et à dissiper sa petite toux chronique, sèche et quinteuse. Il lui avait administré successivement du proto-iodure de fer, de l'huile de foie de morue, du quinquina, de l'eau de Bondonneau, etc., le tout sans grand succès. Enfin, il l'envoie à Vals, le 10 juillet. L'auscultation présente un peu d'obscurité dans la respiration, au sommet des poumons surtout. Les glandes cervicales et sous-maxillaires, déjà considérablement diminuées par le traitement rationnel et énergique employé par M. le docteur Berne, sont légèrement tuméfiées, et la petite toux sèche se fait encore entendre de temps en temps, particulièrement le matin.

« Mis à l'usage de l'eau de la source Dominique, trois demi-verrées soir et matin, et jusqu'à douze demi-verrées par jour, nous voyons peu à peu l'état général s'améliorer, l'enrouement disparaître ainsi que la toux. Le 30, la santé paraît rétablie, mais il survient un épiphénomène dont nous avons été témoin quelquefois à Vals, chez les malades traités par notre eau arsenicale, et qui a été signalé par M. le docteur Duffin, chez les personnes qu'on traite par l'arsenic, à savoir : la rougeur et le picotement des yeux. L'usage de l'eau n'en est pas moins continué jusqu'au 5 août, jour du départ de cet enfant, qui s'en va dans des conditions de santé relativement excellentes. Il est engraissé, il respire largement, il ne tousse plus et les glandes du cou ne font plus saillie sous la peau. Des nouvelles ultérieures nous ont appris que l'hiver n'a point détruit chez ce jeune garçon les bons effets qu'il avait obtenus de l'eau de la Dominique. »

(1) Suite. — Voir le numéro du 24 juillet.

DERMATOSES

Des sels arsenicaux et, en particulier, l'arséniate de fer, sont aujourd'hui les plus employés dans la thérapeutique des maladies de la peau, Gidlerstone (1), William, Pearson ont fait connaître tour à tour les effets remarquables obtenus à l'aide de cette médication. Plus tard Biett (2), et de nos jours MM. Duchenne-Duparc (3), Cazenave (4), ont puissamment contribué à la vulgariser :

« Aujourd'hui l'école de Saint-Louis, dit le docteur Lolliot, en désaccord sur tant de points de doctrine, reconnaît unanimement les propriétés thérapeutiques des sels arsenicaux dans les affections cutanées, et MM. Cazenave, Rayer, Hardy, Bazin les préconisent tous (5). »

« Avec l'arsenic, dit M. Bazin, vous débarrassez le dartreux non-seulement de ses éruptions cutanées, mais encore de ses névralgies, de ses fièvres intermittentes, de ses asthmes, etc. (6). »

On ne peut faire d'un médicament un plus bel éloge.

« Les sels arsenicaux, dit M. Hardy, guérissent indistinctement toutes les maladies dartreuses de la peau (7). »

« A la tête des agents ayant une action directe, évidente sur les fonctions de la peau, je citerai, dit M. Cazenave, l'arsenic, dont l'application à la thérapeutique des maladies cutanées a rencontré au début tant de résistance systématique et dont l'efficacité est si généralement reconnue aujourd'hui qu'il est devenu une espèce de panacée (8). »

M. le professeur Sée partage la même opinion (9).

Dans le traitement des affections cutanées, les préparations ayant pour base l'arséniate de fer sont généralement préférées. Biette et Duchesne-Duparc, comme nous l'avons déjà dit, les employaient à l'exclusion de tous les autres.

Parmi les effets physiologiques que les sels arsenicaux produisent sur l'organisme, il en est un très-remarquable, c'est celui qu'ils possèdent de s'éliminer par la surface cutanée, et c'est évidemment à cette élimination que doivent être rattachées les modifications profondes qu'ils impriment à la peau et l'heureuse influence qu'exerce cette médication sur les diverses mani-

(1) *Dictionnaire de médecine* en 30 volumes, article ARSENIC.
(2) *Loco citato.*
(3) *Loco citato.*
(4) *Traité des maladies de la peau*, 1870.
(5) *Affections de la peau*, 1868.
(6) *Leçons sur les affections cutanées*, 1860.
(7) *Loco citato.*
(8) *Pathologie générale des maladies de la peau.* In-8°, 1868, p. 386.
(9) *Dictionnaire de médecine*, article ARSENIC.

festations pathologiques dont cet organe est si fréquemment affecté (1).

Les guérisons obtenues par l'eau de la source Dominique sont, du reste, nombreuses. Nous nous bornerons à citer comme types quelques-unes de celles recueillies dans le service de M. le docteur Bonnaric, médecin en chef de l'hospice de l'Antiquaille de Lyon, observations déjà publiées par M. le docteur Clermont.

ECZÉMA LICHÉNOÏDE

Marie D..., trente-six ans, tempérament lymphatique, faible constitution. Eczéma lichénoïde plusieurs fois traité, mais reparaissant alors que la maladie semblait entièrement guérie. Entrée à l'Antiquaille : le lendemain de son entrée, 5 janvier, elle est soumise au traitement par l'eau de la Dominique (*intus et extra*) un verre matin et soir ; application de compresses imbibées de cette eau sur les parties affectées ; tisane de saponaire ; le 12, on ajoute aux prescriptions une cuillerée de sirop antiherpétique, de la pommade à l'iodure de soufre; on remplace la tisane de saponaire par la tisane dépurative.

Le 29, suspension de l'eau de la *Dominique*.

L'état de la malade est à ce moment assez satisfaisant; l'eczéma disparaît; il y a amélioration sensible; mais le lichen a subi peu de modifications; quoi qu'il en soit, la guérison a commencé.

Abstention d'eau pendant quinze jours. — Reprise vers le 10 février, pendant huit jours environ. — Nouvelle suspension jusqu'au 2 mars : la malade a constaté une recrudescence dans son affection, chaque fois que l'eau était supprimée.

Le 25 mars, l'état du bras gauche est notamment amélioré ; la peau de l'avant-bras droit est encore dure, sèche, et elle est le siége d'une démangeaison assez vive en dehors de l'application du traitement.

L'éruption lichénoïde a cependant beaucoup diminué. L'état du visage est très-satisfaisant. — Reprise de l'eau de Vals (*intus et extra*). La malade sort le 12 avril complétement guérie; la peau ne présente même plus de trace de sa rudesse primitive.

(*A suivre.*)

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 26 août 1873. — Présidence de M. Depaul.

CORRESPONDANCE OFFICIELLE

M. le ministre de l'agriculture et du commerce transmet :

1° Les comptes rendus des maladies épidémiques qui ont régné, en 1872, dans les départements du Gers et de Saône-et-Loire. (Commission des épidémies);

2° Une demande en autorisation d'exploiter une source d'eaux minérales dans la commune de Luzet (Gard) (Commission des eaux minérales) ;

3° Un mémoire de M. le docteur Durand sur un nouveau procédé de préparation de la diastase avec des échantillons à l'appui (Commission des remèdes nouveaux) ;

4° La seconde partie du second volume du *Recueil des travaux du comité consultatif d'hygiène publique de France*.

CORRESPONDANCE NON OFFICIELLE

La correspondance non officielle comprend :

Une lettre de M. Davaine accompagnant l'envoi d'un pli cacheté dont le dépôt est accepté.

M. LARREY présente, de la part de M. le docteur Périer, médecin militaire, une brochure intitulée : *Des races dites berbères et de leur ethnogénie.*

M. LE PRÉSIDENT a le regret d'annoncer la mort de M. Ossian Henry, membre titulaire pour la section de physique et de chimie.

M. le président annonce ensuite que M. le docteur Seizurine, membre associé, médecin en chef de l'armée russe, assiste à la séance.

LECTURE

M. Belhomme, candidat dans la section d'anatomie pathologique, lit un mémoire intitulé : *Recherches sur l'importance des études physiologiques pour les progrès de la philosophie et de la sociologie.*

Voici les conclusions de ce travail :

1° La science physiologique est nécessaire pour la connaissance de nos fonctions physiques et morales ;

2° La philosophie est subordonnée à la science parce qu'elle n'a de valeur que par la connaissance approfondie des faits d'observation ;

3° Pour prévenir de nouvelles révolutions, il faut un gouvernement ferme, qui favorise la science, la religion et tous les principes d'équité et de justice.

(Renvoyé à la section réunie en commission d'élection.)

COMMUNICATION

M. le docteur Chairon, médecin en chef du Vésinet, communique à l'Académie le résultat de ses études sur les brûlures occasionnées par le pétrole à l'occasion de la catastrophe de Rueil du 25 juillet.

Après avoir fait une description topographique du théâtre de l'accident et expliqué le mécanisme de l'incendie, il rend compte de la position respective de tous les blessés, qu'il divise en trois groupes :

1° Ceux groupés autour du réservoir de pétrole ;

2° Ceux sur le trajet direct de la trompe de feu ;

3° Ceux en dehors du feu, mais dans l'intérieur de la maison.

Tous ceux de la première catégorie sont morts, sauf le nommé Bisson.

Ceux de la deuxième ou de la troisième sont guéris ou en voie de guérison, bien que trois présentent encore des complications redoutables.

L'auteur s'attache avec le plus grand soin à décrire la nature des lésions et les symptômes qui lui ont paru mériter une mention spéciale.

Il insiste surtout sur l'absence de douleur pendant les premières heures qui ont suivi l'accident, sur le frisson violent plus ou moins prolongé que tous les blessés ont éprouvé lors du premier pansement, sur la soif ardente inextinguible qu'ils accusaient et le goût du pétrole qu'ils trouvaient à toutes les boissons, sur le délire qui s'est manifesté plus ou moins rapidement chez tous les malades de la première catégorie, enfin sur le peu d'intensité du mouvement fébrile, même dans les cas qui se sont terminés par la mort en très-peu de jours.

PRÉSENTATION DE PIÈCES PATHOLOGIQUES

M. DEMARQUAY présente des pièces pathologiques provenant d'une femme morte dans son service.

Cette femme, âgée de trente-sept ans, était entrée à la Maison municipale de santé pour une fracture de jambe qu'elle s'était faite en tombant au moment où elle dansait avec ardeur dans une noce.

Il y avait une ecchymose considérable au niveau de la fracture, et le sang épanché y formait plusieurs caillots. Du reste, rien d'extraordinaire ne se produisit pendant les trente premiers jours du traitement de cette fracture. M. Demarquay songeait même, bien que la consolidation fût loin d'être complète, à renvoyer cette malade chez ses maîtres (elle était femme de chambre); il lui avait, en conséquence, proposé de maintenir sa jambe par un appareil plus serré, qui permettrait sans danger le transport; mais elle ne voulut pas quitter le service avant d'être entièrement guérie.

Le lendemain, au moment de la visite, M. Demarquay apprit, à son grand étonnement, que cette femme venait de mourir d'une

(1) Professeur Sée, *loco citato*.

façon tellement subite, qu'aucun des assistants ne s'en était aperçu sur le moment. Il y avait pourtant là des infirmiers et des infirmières; on venait d'apporter de l'eau aux malades pour faire leur toilette, et c'est en s'approchant pour reprendre la cuvette dont cette femme s'était servie qu'on la trouva morte. M. Demarquay obtint du mari le droit de faire l'autopsie, et il trouva dans le ventricule droit un caillot qui se prolongeait dans l'artère pulmonaire, l'occupait en entier, après comme avant le point où elle était croisée par l'artère aorte, et envoyait des ramifications dans les principaux troncs de cette artère. Il y avait dans les poumons quelques noyaux apoplectiques.

M. Demarquay pense donc qu'il s'agit là d'une embolie; que quelque caillot, primitivement formé dans le foyer de la fracture, s'étant détaché, aura été transporté dans le cœur droit, d'où il aura été poussé dans l'artère pulmonaire, de façon à l'oblitérer subitement et absolument. M. Azane (de Bordeaux), Velpeau, etc., ont observé aussi des faits d'embolie survenant par suite de fracture.

M. BRIQUET raconte, à cette occasion, un fait d'embolie qu'il a observé autrefois dans son service de la Charité. Il s'agissait d'une femme atteinte de varices enflammées et qui mourut subitement. A l'autopsie, on trouva un caillot dans l'artère pulmonaire, et il fut facile de reconnaître que ce caillot était venu d'une des veines variqueuses, où l'on voyait nettement la place qu'il avait occupée avant d'être séparé de la portion de caillot qui y restait encore.

M. LARREY demande si M. Demarquay s'est, chez sa malade, assuré de la présence ou de l'absence de varices profondes, enflammées. Il se pourrait que l'embolie fût due à cette cause et non à la fracture.

M. DEMARQUAY ne croit pas qu'il y ait eu de varices profondes chez sa malade. Il a examiné les veines du membre fracturé, et il n'y a rien trouvé de ce genre. D'ailleurs, le fait qu'il rapporte n'est pas isolé dans la science. Il existait assez de caillots autour du foyer de la fracture pour expliquer une embolie. Les embolies ne sont pas toujours mortelles. M. Demarquay raconte avoir vu, avec Trousseau, une malade qui avait eu des suppurations de diverses natures, était très-affaiblie et avait été prise de phlébite des veines fémorale et iliaque. On sentait très-bien le caillot se prolonger au delà de l'arcade crurale. On avait bien recommandé d'éviter tout mouvement brusque du membre malade. Pourtant, un jour, durant le pansement, la garde qui soutenait le pied le laissa glisser de telle sorte qu'il retomba sur le sol d'une hauteur de quelques centimètres. Aussitôt, la malade, qui était sur son séant, perdit connaissance et parut près de mourir. On ne la ranima qu'à grand'peine. Le pouls était faible, petit, à peine perceptible. Enfin, ces phénomènes graves se dissipèrent. La malade revint à elle et elle guérit parfaitement. M. Demarquay croit que, dans ce cas, il y avait eu une embolie, d'autant plus qu'en tâtant la veine, il reconnut qu'un caillot avait dû s'en détacher. Seulement, à cause de la faiblesse des suppurations antérieures, etc., ce caillot avait peu de consistance et se sera rapidement désagrégé.

M. BOURDON a vu, lui aussi, deux malades qui ont eu des embolies et qui n'en sont pas mortes. L'une était atteinte d'une *phlegmatia alba dolens*, l'autre d'une phlébite proprement dite. Chez l'une et chez l'autre, l'origine des phénomènes redoutables qui menacèrent la vie ne peut même s'expliquer que par un caillot migrateur; mais il faut remarquer que, chez l'une et chez l'autre, ces phénomènes eurent une forme et une marche très-différentes de celles que M. Demarquay a décrites.

Tout à coup les malades furent prises de suffocations; en même temps les lèvres devinrent bleues; le besoin d'air devint tel que, les fenêtres étant ouvertes au grand large, les malades se plaignaient toujours du manque d'air. Le pouls était excessivement fréquent. Cet état ne se dissipa point en quelques minutes. Il dura de dix à onze jours et ne s'amenda que progressivement. L'auscultation ne révélait rien, et cependant il y eut quelques crachats sanglants.

M. MOUTARD-MARTIN a observé un fait tout à fait comparable à ceux que vient de raconter M. Bourdon. L'état bleu des lèvres, l'oppression, le besoin d'air, les crachats sanglants, la durée de dix à onze jours. En un mot, l'étiologie, la marche et les symptômes furent absolument semblables.

M. DEPAUL. Les embolies ne sont point rares chez les nouvelles accouchées; mais, à l'autopsie, on trouve chez elles des caractères beaucoup plus nets que chez la malade de M. Demarquay. Le caillot embolique a une forme spéciale qui permet de savoir où il a pris son origine. On y remarque la *cassure* pour ainsi dire, qui correspond à une cassure analogue sur un caillot non détaché qu'on retrouve ailleurs. Il ne s'étend pas dans les diverses ramifications de l'artère pulmonaire; il est refoulé comme un bouchon dans cette artère qu'il obstrue plus ou moins complétement. La mort est immédiate quand le tronc lui-même devient ainsi imperméable pour le sang. Au contraire la vie peut se continuer, et le malade peut guérir par dissociation du caillot, lorsque celui-ci occupe seulement quelque branche secondaire et ne met point d'obstacle d'une manière absolue à la circulation pulmonaire. Mais si le désordre fonctionnel vient subitement en pareil cas, il ne peut jamais disparaître d'une manière aussi subite. M. Depaul a vu notamment une récente accouchée atteinte de *phlegmatia alba dolens*, et qui, à la suite de frictions intempestives faites par une garde, fut prise tout à coup d'étouffement, avec agitation délirante, quintes filiformes, etc., de telle sorte que M. Depaul et le médecin ordinaire, M. Velpeau, successivement appelés, la crurent perdue. Ils ne doutèrent ni l'un ni l'autre de l'existence d'une embolie; pourtant, peu à peu, cette femme se ranima, l'oppression diminua et disparut au bout de quelques jours. Depuis lors, il y eut deux grossesses qui furent très-heureuses. M. Depaul a vu quelques faits semblables. Il se rappelle particulièrement un autre fait qui fut identique par les symptômes et par la marche de l'embolie.

La séance est levée à cinq heures.

Décret sur les changements de domicile départemental par les officiers de santé.

Le Président de la République française,

Sur le rapport du ministre de l'instruction publique, des cultes et des beaux-arts,

Vu la loi du 19 ventôse an XI, relative à l'enseignement de la médecine;

Vu le titre III de la loi du 21 germinal an XI, relatif au mode de réception des pharmaciens;

Vu l'article 188 du décret du 15 novembre 1811;

Vu les articles 55 et 61 de l'ordonnance du 17 février 1815;

Vu l'article 85 de la loi du 15 mars 1850;

Vu l'article 14 de la loi du 14 juin 1854;

Vu le titre III du règlement d'administration publique du 22 août 1854 et spécialement la disposition de l'article 19, portant que les officiers de santé, pharmaciens, sages-femmes et herboristes de 2e classe, qui veulent exercer dans un autre département que celui pour lequel ils ont été reçus, doivent subir de nouveaux examens et obtenir un nouveau certificat d'aptitude;

Vu l'avis du comité consultatif d'hygiène publique;

Vu l'avis du conseil supérieur de l'instruction publique dans sa séance du 21 juin 1873;

Le conseil d'État entendu,

Décrète :

Art. 1er. — Les officiers de santé et pharmaciens de 2e classe, qui veulent s'établir dans un autre département que celui pour lequel ils ont été reçus, peuvent être dispensés par le ministre de l'instruction publique des deux premiers examens de fin d'études.

Le troisième examen sera subi par eux devant le jury de la Faculté de médecine, de l'École supérieure de pharmacie ou de l'École préparatoire de médecine et de pharmacie de laquelle relève le département où ils se proposent d'exercer.

Art. 2. — Le garde des sceaux, ministre de la justice, le ministre de l'instruction publique, des cultes et des beaux-arts, et le ministre

de l'agriculture et du commerce sont chargés, chacun en ce qui le concerne, de l'exécution du présent décret, qui sera inséré au *Bulletin des lois*.

Fait à Versailles, le 23 août 1873.

Maréchal DE MAC-MAHON,
Duc de Magenta.

Par le Président de la République :

Le ministre de l'instruction publique, des cultes et des beaux-arts.

A. BATBIE.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Par arrêté en date du 22 août 1873, le ministre de l'instruction publique, des cultes et des beaux-arts a déclaré vacante la chaire de médecine légale et toxicologie de la Faculté de médecine de Montpellier.

Les candidats à cette chaire devront faire parvenir leurs demandes, titres et justifications, à la Faculté et au conseil académique.

— Par arrêté en date du 27 juillet 1873, M. le docteur du Mesnil, maire de Créteil (Seine), est nommé officier d'Académie.

— La *Gazette hebdomadaire* publie les renseignements suivants sur l'apparition du choléra au Havre :

Les renseignements qui nous arrivent du Havre laissent peu de doutes sur l'apparition du choléra dans cette ville.

Plus de 20 malades ont déjà succombé à l'hôpital en présentant les symptômes les plus caractéristiques, tels que refroidissement, vomissements abondants, selles tenant en suspension des flocons muqueux, cyanose, crampes, etc. En ville, la mortalité a été également considérable, mais nous n'avons pas de statistique précise.

Le 16 août, 8 militaires atteints de cette affection ont été amenés de la caserne à l'hôpital, et 3 sont morts dans la même journée. Ils n'ont été malades que quelques heures, et peuvent être considérés comme ayant succombé à des attaques foudroyantes. Du reste, dans tous les cas funestes, la durée de la maladie n'a pas dépassé trente ou quarante heures. Le 20 août, 11 malades, dont 7 militaires, étaient en traitement à l'hôpital. En somme, l'épidémie ne fait pas de progrès, on pourrait même dire qu'elle tend à diminuer depuis deux jours.

En ville, il est peu de praticiens qui n'en aient observé quelques cas. M. le docteur de Pretz-Crassier, médecin de l'hôpital, a eu à traiter 14 malades atteints de cette affection. Ce qui en établit d'une manière irréfutable le caractère épidémique, c'est que, dans la même famille, 4 personnes ont succombé ; dans une autre, la mère et 2 enfants en bas âge sont morts en présentant des symptômes non douteux de choléra. Ce qui explique le nombre de cas relativement considérable que ce praticien a eu l'occasion d'observer, c'est qu'il est médecin des bureaux de bienfaisance et qu'il voit beaucoup de malades appartenant aux classes pauvres et soumis à de mauvaises conditions hygiéniques.

Il y a plusieurs hypothèses pour expliquer la présence du choléra dans cette ville ; on affirme que la maladie aurait été apportée par un navire allemand, l'*Ammonia*, venant de Hambourg, où le choléra fait également d'assez nombreuses victimes. Cette version, quoique rationnelle, ne repose pas sur des données assez certaines pour être acceptée.

L'administration de l'hôpital a pris immédiatement les mesures nécessaires pour empêcher la diffusion de la maladie dans l'établissement. Des services spéciaux ont été ouverts, l'un pour les hommes, confié à M. le docteur Margueritte ; l'autre pour les femmes, confié à M. le docteur Déro. Nous espérons que, grâce aux précautions sanitaires que prendra la ville, l'épidémie n'acquerra pas une extension trop inquiétante.

Ces faits doivent être connus du public médical. Nous ne nous sommes décidés à les communiquer qu'après avoir reçu de notre correspondant une seconde note confirmative de celle qui nous avait été d'abord adressée.

— On demande un docteur en médecine pour une commune de l'arrondissement de Meaux (Seine-et-Marne). Position avantageuse. — S'adresser à Paris, chez M. Fichet, rue Richelieu, 43.

— Clientèle à céder, au centre d'une population aisée ; rapport annuel, susceptible d'augmentation, 8,000 francs. — S'adresser au bureau du journal.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Des urines au point de vue physiologique et pathologique, par le docteur PASHIANO, licencié ès sciences physiques. — In-8°. Prix : 2 fr. 50. — Paris, Adrien Delahaye.

De l'alcoolisme chronique terminé par la paralysie générale, par le docteur GAMBUS. — In-8°. Prix : 2 francs. — Paris, Adrien Delahaye.

Bourbon-l'Archambault sous Louis XIV, par le docteur PERIER. médecin inspecteur de ces eaux. *Boileau à Bourbon, sa laryngite.* — 1 vol. in-12 avec gravures. 2 francs. — Paris, Adrien Delahaye.

L'Étudiant micrographe, traité pratique du microscope et des préparations, par ARTHUR CHEVALIER, O. ✻, 1 vol. de 600 pages, 600 figures : 7 fr. 50. — Delahaye, place de l'École-de-Médecine. — Catalogue illustré des microscopes, gratis, chez Arthur Chevalier, Palais-Royal.

Le Directeur : Dr E. LE SOURD.

Paris. — Typographie A. POUGIN, quai Voltaire, 13.

VINS DE QUINQUINA TITRÉS
Au Malaga et Alicante

KINA ORANGÉ DELIGNON
Tonique, fortifiant, fébrifuge

KINA CACAO DELIGNON
Tonique alimentaire

Prix unique : le flacon, 3 fr.; le litre, 5 fr. Paris, phie Bosredon, 41, r. des Francs-Bourgeois.

Préparés avec des quinquinas premier choix et un mélange de vin vieux de *Malaga*, d'*Alicante* et de *Sirop d'oranges amères* qui neutralise l'action irritante du quinquina sur les organes digestifs, ces vins sont très-agréables à prendre et ne constipent jamais. Prix exceptionnellement avantageux.

Le **Kina orangé Delignon** remplace avec avantage tous les vins de quinquina simples.

Le **Kina cacao**, préparé par un procédé spécial, contient une grande proportion des principes nutritifs de ce fruit, qui lui communiquent une saveur *sui generis* qu'on ne trouve que dans notre vin.

CRÈME DE BISMUTH
Du Dr QUESNEVILLE

Sa grande pureté et son *état moléculaire* particulier expliquent son succès. Cette crème agit dix fois plus vite contre la diarrhée, le choléra des enfants, la dyspepsie, etc., que la poudre de Bismuth des pharmacies. Prix du flacon, 9 fr.; du demi-flacon, 5 fr. *N'avoir confiance* qu'au produit du docteur Quesneville, son inventeur, et exiger son cachet et son étiquette.— A Paris, 12, rue de Buci.

VINAIGRE DE SANTÉ
Du Dr QUESNEVILLE

Ce vinaigre, phéniqué et aromatique, hygiénique par excellence, et d'un parfum très-agréable, enlève les rougeurs et les boutons, et sert pour la toilette. C'est le préservatif le plus sûr contre la contagion, et il doit être employé en temps d'épidémies. Prix du flacon, 2 fr. 50 c., et du demi-flacon, 1 fr. 40 c. — Chez l'auteur, 12, rue de Buci, Paris.

ERGOTINE
DRAGÉES D'ERGOTINE DE BONJEAN

(Médaille d'or de la Société de pharmacie de Paris.

D'après les plus illustres médecins, les Dragées d'Ergotine sont employées avec le plus grand succès pour faciliter le travail de l'accouchement, contre les hémorrhagies utérines, les engorgements de l'utérus les métrorrhagies, l'épistaxis, les dysenteries et diarrhées chroniques, etc., et la solution d'ergotine au 10e (Ergotine, 10 grammes; eau, 100 grammes) est un des précieux hémostatiques que possède la médecine.

Dépôt général : à la pharmacie, rue d'Aboukir, 99 (place du Caire), à Paris, et dans les principales pharmacies de chaque ville.

SIROP DÉPURATIF
D'ÉCORCES D'ORANGES AMÈRES
A L'IODURE DE POTASSIUM

Préparé par J.-P. LAROZE, pharmacien.

2, rue des Lions-Saint-Paul, à Paris.

Les médecins les plus célèbres, spécialement M. le docteur Ph. Ricord et M. le professeur Nélaton, ont choisi pour excipient de l'iodure de potassium le Sirop d'écorces d'oranges amères bien préparé. L'expérience prouve qu'uni à ce sirop, l'iodure de potassium perd sa propriété irritante sur la membrane muqueuse de l'estomac; que jamais il ne détermine d'accès gastralgiques, qu'il s'assimile facilement et que l'intégrité des fonctions est toujours sauvegardée. Comme la cuillerée à bouche, pesant 20 grammes, contient exactement 40 centigrammes d'iodure, et la cuillerée à café, pesant 5 grammes, en contient 10 centigrammes, on arrive, soit d'emblée, soit graduellement, aux doses adoptées par les thérapeutistes.

Dépôt à Paris, rue Neuve-des-Petits-Champs, 26.

EAU ANTI-HÉMORRHAGIQUE
DE TISSERANT

Expérimentée avec succès par plusieurs célébrités médicales, notamment par Récamier, dans son service à l'Hôtel-Dieu; par MM. Frémy et Monod, médecins des hôpitaux; par MM. les docteurs Portalès Riegé, etc., etc., pour le traitement des *hémorrhagies* (notamment les *hémoptysies*, les *métrorrhagies*, les *ménorrhagies*, etc.), — des *flux muqueux*, tels que les *leucorrhées*, les *diarrhées simples* ou *dysentériques*, etc.

MM. les médecins qui n'auraient pas encore expérimenté ce médicament, sont priés d'en faire prendre un flacon, qui leur sera délivré gratuitement à la Pharmacie SAVOYE, boulevard Poissonnière, 4, à Paris.

VIN DE G. SEGUIN
TONIQUE & FÉBRIFUGE

« Ce Vin remplace avec avantage toutes les préparations de Quinquina. » (Rapport de l'Académie de Médecine).

Paris, pharm. G. SEGUIN, 378, rue Saint-Honoré.

EPILEPSIE
HYSTERIE — NEVROSES

Le Sirop de Henry Mure, **au bromure de potassium** (exempt d'iodure), dont l'usage est aujourd'hui universellement répandu, a déterminé un nombre considérable de guérisons publiées dans les recueils scientifiques.

Chaque cuillerée de Sirop de Henry Mure contient 2 grammes de **bromure de potassium** d'une pureté chimique irréprochable.

PRIX DU FLACON : 5 francs.

Vente au détail. — A Paris, 16, rue de Richelieu, pharmacie Lebrou.

Vente en gros. — S'adresser à M. Henry Mure, pharmacien, à Pont-Saint-Esprit (Gard).

CONTREXÉVILLE
(SOURCE DU PAVILLON)

CONTRE LA GRAVELLE, LA GOUTTE ET LES MALADIES DES VOIES URINAIRES.

ÉTABLISSEMENT OUVERT

DU 15 MAI AU 15 SEPTEMBRE

Dépôt central : 23, r. de la Michodière, Maison TRINQUESSE (Paris), où l'on trouve toutes les eaux minérales et spécialement celles étrangères.

SIROP DE CHLORAL
DE FOLLET
Pharmacien à Paris

Les précieuses propriétés du chloral, produit dérivé de l'action du chlore sur l'alcool, ont vivement captivé l'attention du corps médical, qui ne cesse de les mettre à profit comme sédatif contre l'élément *Douleur*.

Pendant quelque temps le chloral employé en France nous était fourni par l'Allemagne, et ce produit, livré à la consommation sans garantie d'aucun cachet de fabricant, laissait souvent beaucoup à désirer sous le rapport de sa pureté, ce qui explique certaines divergences dans les résultats obtenus tout d'abord par l'emploi de ce médicament.

M. Follet, pharmacien à Paris, ayant monté une fabrique pour la préparation du chloral, garantit la pureté absolue du chloral qui porte son cachet; et pour faciliter l'emploi de ce précieux médicament, il prépare un sirop de chloral qui contient :

1 gramme de chloral par cuillerée à bouche
soit 50 centigr. — — à café

Le **SIROP DE CHLORAL DE FOLLET**, à la dose ordinaire de 1 à 2 cuillerées à bouche, procure aux malades un sommeil calme et réparateur qui leur apporte un grand soulagement, relève leurs forces et leur courage, et facilite grandement la réaction, sans jamais provoquer aucun de ces accidents si souvent produits par les opiacés.

C'est en raison de ces propriétés éminemment sédatives que le **SIROP DE CHLORAL DE FOLLET** est employé avec succès dans les cas d'insomnie, névralgies diverses, goutte, rhumatisme, migraine, asthme, bronchite, phthisie, coliques hépatiques ou autres, cancer, éclampsie, tétanos, etc.

Pendant le siége de Paris, M. le docteur B. F., chef d'un service de blessés au Val-de-Grâce, a publié, dans le *Bulletin de thérapeutique*, une série d'observations sur les résultats obtenus avec le Chloral que nous avions mis à la disposition de l'hôpital; les blessés en réclamaient l'usage avec instance.

Prix du flacon : 3 francs

DÉPOT A PARIS, A LA PHARMACIE, 7, RUE DE LA FEUILLADE

ET DANS LA PLUPART DES PHARMACIES

N° 100. — SAMEDI 30 AOUT 1873. 46e ANNÉE. SAMEDI 30 AOUT 1873. — N° 100.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Bureaux : 57, rue des Saints-Pères, 57
PRÈS L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix d'abonnement
doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois

On s'abonne hors de Paris
dans les bureaux des Messageries et chez les Libraires
Les lettres non affranchies sont refusées.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui n'en peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS
Trois mois. . 8 fr. 50 c.
Six mois. . . 16 —
Un an. . . . 30 —

POUR L'ÉTRANGER
le port en sus
suivant les derniers tarifs des Postes.

REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE

La névralgie intercostale de l'embarras gastrique.

En signalant la coïncidence, presque constante à Paris cette année, de névralgies intercostales avec les embarras gastriques, nous avons insisté plus d'une fois sur l'influence possible d'une constitution médicale toute spécia'e : nous ne saurions revenir trop souvent sur ce point.

Il est certain que sous ces mots : *constitution médicale* ou *génie épidémique*, on a caché bien des inconnues; mais ces inconnues ne le sont pas dans leurs effets, si elles le sont dans leur nature intime.

Il n'est pas jusqu'aux maladies à germe contagieux, dont la léthalité ne varie dans des proportions considérables sous ces influences.

Et en outre, à certaines époques, dans certaines *constitutions médicales*, on a vu paraître des associations de symptômes jusqu'alors non décrites, qui ont pendant quelque temps formé des affections très-générales, et qui ne se sont pas reproduites dans les années qui ont suivi.

L'histoire de l'acrodynie en est un remarquable exemple.

Pendant deux ans régna dans Paris cette maladie, dans laquelle les phénomènes gastriques, anorexie, nausées, vomissements, etc., jouèrent le premier rôle, mais dans laquelle ils s'accompagnaient de troubles divers de la sensibilité et de la motricité, d'éruptions spéciales avec desquamation des extrémités, d'œdèmes sous-cutanés, de conjonctivite, etc.

On estime à plus de quarante mille le nombre de personnes qui en furent atteintes de 1828 à 1829. Aucun âge ne fut épargné, mais il ne mourut guère que des vieillards. Dans certains hospices, dans certaines casernes, on eut à se demander si ce mal n'était pas réellement contagieux, car, s'étendant de l'un à l'autre, il attaquait presque tous ceux qui se trouvaient dans ces établissements.

Puis il disparut; et à Paris qui donc connaît l'acrodynie autrement que par les récits contemporains?

Dans ces cas, l'embarras gastrique, signalé comme ouvrant la scène, se présentait sous une forme très-ordinaire, avec ses symptômes habituels, autant que l'on puisse en juger par les descriptions de l'époque; mais il n'avait plus son autonomie : il rentrait dans tout un ensemble qui dominait ses indications; et les vomitifs, les purgatifs, etc., étaient inutiles.

Il y a deux ans, j'ai assisté à une petite épidémie, que j'ai décrite à cette époque dans la *Gazette des Hôpitaux*, et où les embarras gastriques figuraient encore, tantôt comme phénomènes du début, tantôt comme forme légère et atténuée d'une affection qui, dans son complet développement, s'accompagnait d'un ictère persistant.

En un mot, chez tous les malades que j'ai observés à cette époque, il y avait une gastrite superficielle, en d'autres termes, *catarrhale :* ce qu'on est convenu d'appeler embarras gastrique.

Mais chez la plupart, l'état phlegmasique superficiel s'étendait plus loin; il se propageait aux conduits biliaires et en en gonflant la muqueuse, amenait une rétention de la bile et ce qui s'ensuit.

Je ne rentrerai pas incidemment dans la description des symptômes; mais, ce que je tiens à faire remarquer, c'est que, malgré l'état saburral de la langue, malgré l'anorexie, les nausées, les vomissements, la céphalalgie, la constipation, etc., tout ce qui caractérise le mieux un embarras gastrique, il fallait se garder d'intervenir par les vomitifs ou les purgatifs chez les malades qui ne présentaient encore aucun signe d'irritation hépatique.

En effet, dans les premiers temps, je prescrivis des vomitifs et des purgatifs, et je vis toujours l'affection régnante se caractériser, le foie se gonfler, l'ictère apparaître.

Un peu plus tard, dans le même milieu, je divisai en deux classes les malades chez lesquels l'embarras gastrique paraissait isolé. Je fis vomir les uns; ils furent atteints fortement, devinrent ictériques, et ne se remirent que très-longtemps après les autres. Ces derniers ne furent pas traités; je me bornai à les nourrir exclusivement à la viande crue, jusqu'à la réapparition de l'appétit.

Voilà donc une constitution médicale pendant laquelle ni les symptômes d'embarras gastrique ni l'ictère ne se trouvaient bien des vomitifs et des purgatifs. En faut-il conclure que ces moyens ne conviendront jamais dans l'ictère et l'embarras gastrique? Ce serait une erreur.

« Hâtez-vous d'employer ce remède pendant qu'il guérit, » répétait Trousseau. Et cet adage, qu'on a souvent considéré comme la négation même de la thérapeutique, exprime au contraire une des plus grandes vérités de la médecine pratique.

Un remède guérit surtout quand il trouve des indications dans les conditions au milieu desquelles la maladie se développe. Ces conditions sont souvent, il est vrai, en grande partie indivi-

duelles; mais, pour le reste, elles peuvent être très-généralisées, et elles forment alors ce que l'on a nommé la *constitution médicale.*

Que cette constitution médicale, résultante de causes nombreuses et diverses, vienne à changer, les indications thérapeutiques changeront, comme change aussi la physionomie propre des maladies régnantes considérées collectivement dans l'importance, la fréquence, la prédominance relatives des symptômes associés qui constituent l'ensemble.

Pour combien les questions de germe, pour combien celles du terrain, entrent-elles dans la formation d'une constitution médicale?

C'est là sans doute un des problèmes les plus intéressants, mais c'est un des moins simples qu'un médecin puisse aborder.

Problème multiple qui se présente sous les aspects les plus divers, suivant les cas.

Autre est la solution vers laquelle on se sent porté lorsqu'il s'agit de scarlatine maligne, de diphthérie maligne, de choléra foudroyant. Autre est celle vers laquelle on penche, au contraire, lorsqu'il s'agit de symptômes associés à une affection telle que l'embarras gastrique.

Quoi qu'il en soit, du reste, il arrive souvent que l'influence d'une constitution médicale est limitée à certains lieux.

L'acrodynie de 1828, 1829, ne parut qu'à Paris et dans un petit nombre de départements.

Il en fut de même de l'ictère d'il y a deux ans.

Il serait donc bien à désirer que quand un observateur signale une association de symptômes presque constante dans une ville durant une constitution médicale, les praticiens qui exercent ailleurs se missent à étudier la forme que revêtent chez eux les mêmes maladies, afin de voir jusqu'où s'étendent les influences dominantes sous lesquelles ces symptômes sont ainsi réunis.

En ce qui touche la névralgie intercostale et l'embarras gastrique, un honorable praticien de province a déjà répondu à notre appel en décrivant « une véritable épidémie d'embarras gastriques », toute récente, qu'il a observée dans le lieu où il exerce. Le lieu n'est pas nettement indiqué, mais comme il s'agit d'*adultes occupés aux rudes travaux de la campagne*, c'est probablement un village, probablement aussi dans le centre de la France, non loin de Lyon, où le docteur Marty a fait son internat.

Qui dit *véritable épidémie*, dit *constitution médicale.* Or, il paraît que cette constitution médicale n'est pas la même que celle qui règne à Paris depuis un an.

La névralgie intercostale y fut exceptionnelle. Sur trente-deux cas d'embarras gastrique, le docteur Marty ne constata que deux fois une douleur intercostale, qui, dans un cas, pouvait être attribuée à l'anémie, mais qui, dans l'autre, avait une violence extrême et méritait pleinement le nom de *point de côté.*

Après une application inutile de dix sangsues, faite sans l'avis du médecin, lorsque celui-ci fut enfin appelé, *il trouva la malade dans un état d'oppression telle qu'il crut d'abord à une affection pulmonaire.* Rassuré par l'auscultation, il traita l'embarras gastrique et fit appliquer un vésicatoire morphiné. La guérison fut rapide et complète.

Ainsi, dans cette épidémie, éclose loin de Paris, la névralgie intercostale fut exceptionnelle, et elle ne s'y présenta que sous sa forme la plus rare, mais de beaucoup la plus importante, celle d'un point de côté simulant celui de la pleuropneumonie.

A propos de nos observations, un ancien auditeur de Beau nous a parlé de la théorie du célèbre clinicien libre de la Charité, sur les liens étroits qui rattacheraient aux dyspepsies les névralgies intercostales.

Nous n'avons jamais assisté aux leçons de Beau, mais ces leçons ont été publiées, et en les parcourant (1), nous y trouvons en effet ce passage :

« La névralgie intercostale est ordinairement symptomatique d'une gastropathie, ainsi que nous l'avons déjà établi en 1847. M. Bassereau, qui a popularisé la connaissance de cette névralgie, admet qu'elle « est le plus souvent symptomatique de l'af-« fection de quelque viscère, dont la souffrance est transmise « aux nerfs intercostaux par les anastomoses que le grand « splanchnique a avec eux. » Cet observateur distingué précise encore davantage le foyer d'où part l'irradiation qui suit le nerf splanchnique pour venir affecter douloureusement le nerf intercostal, et il localise ce foyer dans l'utérus et ses annexes. Pour établir ce point de pathogénie, il se fonde sur ce fait que la névralgie intercostale se rencontre plus fréquemment sur les femmes que sur les hommes, et que les femmes affectées présentent, dans la plupart des cas, un trouble des fonctions utérines.

« Certes, on ne peut nier que l'utérus ne soit souvent le foyer d'où part la première irritation nerveuse qui va provoquer l'apparition de la névralgie intercostale; mais, dans ce cas, l'utérus n'est pas le foyer médiat de la névralgie intercostale ; il n'en est que le foyer immédiat; en un mot, l'utérus provoque l'apparition de la névralgie intercostale, en déterminant d'abord une gastropathie qui est la cause immédiate de cette névralgie. Quand nous ferons l'histoire des causes de la dyspepsie, nous montrerons dans ses principaux détails cette influence pathogénique de l'appareil utérin sur l'altération des fonctions digestives.

« Ce qui établit ce fait que la névralgie intercostale dépend d'une gastropathie, c'est que les différents points dorsal, moyen et terminal de cette névralgie, se font sentir ensemble ou séparément, spontanément ou par la pression, chez des personnes qui accusent un malaise gastrique, soit avant, soit après l'ingestion alimentaire. On observe cette névralgie, non-seulement dans les cas de dyspepsie idiopathique, mais encore quand la gastropathie tient à une lésion organique, telle qu'un cancer de l'estomac; nous en possédons trois observations.

« Parmi les symptômes présentés par l'illustre captif de Sainte-Hélène, affecté, comme l'on sait, d'un cancer à l'estomac, il en est un dont il se plaignait souvent, c'était une douleur aiguë, lancinante, qui se faisait sentir sous le sein gauche : l'empereur l'appelait son coup de canif. A quoi rapporter ce point douloureux, sinon à une névralgie intercostale?

« Au premier abord, on ne voit pas quel lien peut établir un rapport pathogénique entre l'estomac et le nerf intercostal; mais, en y réfléchissant, on comprend que les choses se passent de la manière suivante : il part de l'estomac malade un *aura* qui traverse des filets du plexus solaire, atteint les ganglions semilunaires, remonte par les nerfs splanchniques aux ganglions thoraciques, et de là se réfléchit sur les nerfs rachidiens qui comprennent les nerfs intercostaux. L'aura, qui était muet ou indolent pour monter de l'estomac aux ganglions thoraciques, devient sensible ou névralgique, du moment qu'il a atteint le nerf rachidien, et qu'il descend avec lui l'espace intercostal. La douleur qui constitue la névralgie dorso-intercostale est donc une véritable douleur réflexe dont le foyer d'excitatiou se trouve

(1) *Traité de la dyspepsie.* Paris, 1866. Asselin.

dans l'estomac. On sait qu'elle affecte le plus ordinairement les septième et huitième nerfs intercostaux qui rampent dans la paroi thoraco-épigastrique : c'est surtout à gauche qu'on l'observe.»

Nous avons tenu à reproduire en entier tout ce paragraphe, d'autant plus que la théorie des névralgies dites *réflexes* y est élégamment exposée, bien qu'il reste encore aujourd'hui beaucoup à faire pour l'étude des névralgies de cette classe.

L'électricité comme tonique de la nutrition générale.

S'il reste encore beaucoup à apprendre en ce qui touche les phénomènes dits réflexes, ces singulières transmissions d'une action nerveuse qui, partant d'un nerf, vient se faire sentir dans un autre, on est également loin de bien connaître le mécanisme intime de l'action exercée par l'électricité sur le système nerveux.

Ce qu'on sait avec certitude, c'est que, sous l'influence d'un courant galvanique, les nerfs réagissent à peu près comme le fil d'une bobine induite sous l'influence d'un courant d'induction.

Dans la bobine, une action se manifeste, un courant apparaît dans deux circonstances : 1° lorsque, dans le fil inducteur le courant commence à passer ; 2° lorsqu'il cesse d'y passer. Dans l'intervalle, pendant tout le temps où le courant direct continue à se propager régulièrement dans le premier fil avec une tension constante, le second fil, le fil induit, ne donne aucune trace de courant.

De même, un nerf moteur que l'on fait traverser par un courant électrique, n'agit que dans deux circonstances, quand le courant commence et quand on l'interrompt. Dans l'intervalle, aucune contraction ne révèle une excitation proprement dite du nerf moteur.

Sur ce point, tout le monde est d'accord.

Les courants nerveux proprement dits, ceux qui agissent normalement sur les muscles à la façon de la volonté, ne peuvent être obtenus que par les mêmes moyens qui donnent les courants induits ; c'est-à-dire par des ouvertures et des fermetures de courants. Un courant constant et continu, fût-il assez fort pour décomposer les tissus, ne produira jamais une contraction régulière. S'il amène des contractions fibrillaires ou tétaniformes, ce sera comme le fait une solution de sel marin ou de bile, etc., dans laquelle on plonge l'extrémité du nerf crural d'une grenouille, et qui produit des contractions convulsives et tétaniformes dans les muscles animés par ce nerf qui est lésé.

En résumé, l'excitant direct du système nerveux, c'est le courant interrompu, induit ou non, car un fil induit peut devenir lui-même inducteur par rapport à un autre fil.

Mais si le courant continu, pendant le temps où il reste constant, ne produit aucun courant, aucun effet nuisible dans le fil induit ou dans le nerf, est-ce à dire qu'il ne modifie d'aucune manière l'état électrique, la polarisation nerveuse ?

Il y a longtemps que, par des expériences sur des animaux, M. Matucci avait cru prouver le contraire.

En faisant passer des courants constants dans une portion de nerf, il avait modifié l'impressionnabilité du nerf pour les courants interrompus et pour les autres existants.

Il lui avait semblé que, suivant la direction de ce courant constant, l'excitation s'affaiblissait ou se renforçait en traversant ce bout de nerf *induit passivement*, pour ainsi dire.

Sur ces expériences, on a construit la théorie de l'*électrotonus*, c'est-à-dire de l'état d'un nerf polarisé par le passage d'un courant qui n'y produit aucune excitation sensible.

Si l'on pouvait, en effet, augmenter ou diminuer à volonté l'impressionnabilité d'un nerf en le mettant dans cet état d'électrotonus positif ou négatif, on comprend combien, dans certains cas, pour ainsi dire, il serait utile de modérer ou renforcer ainsi les actions réflexes.

Malheureusement, comme le démontre M. Duchenne (de Boulogne) dans l'édition dernière de son bel ouvrage, toute cette question de l'électrototonus est encore pleine d'obscurités. On n'est pas parvenu à obtenir chez l'homme, d'une façon assez constante pour qu'on puisse en faire une loi, les résultats qu'avait obtenus Matucci sur les animaux (1).

Quoi qu'il en soit, pour régulariser les actions réflexes dans les nerfs trophiques ou vaso-moteurs par le moyen de l'électrotonus, il faudrait employer bien entendu des courants très-peu énergiques.

En effet, en galvanisant le grand sympathique, on a vu qu'il était facile d'en épuiser l'excitabilité : destinés à des actions faibles mais continues, les vaso-moteurs n'ont pas un grand fond d'influx nerveux à dépenser dans un moment donné. Ceci est démontré par l'expérience pour les vaso-moteurs, et devrait être également vrai pour les nerfs trophiques, si ces nerfs existent, car les conditions seraient les mêmes.

Peut-être donc, les courants continus extrêmement modérés, appliqués d'une manière constante, comme l'a proposé M. Le Fort, pourraient-ils, en exagérant ou diminuant l'effet de ces excitations qui deviennent actions réflexes, modifier utilement les phénomènes intimes de nutrition dans les tissus vivants.

Mais cette méthode aurait toujours l'inconvénient de ne pouvoir être appliquée qu'à des malades sédentaires, et tout ceci demanderait encore de nouvelles recherches.

D'ailleurs, l'excitation directe d'un nerf moteur par les courants interrompus n'est-elle pas souvent des plus utiles dans certaines paralysies du mouvement ?

N'augmente-t-elle pas, par une sorte d'exercice des nerfs, l'effet produit dès lors par le courant nerveux habituel, par le courant nerveux de la volonté, aussi bien que pourrait le faire, pendant sa durée, un état d'électrotonus ?

Il était donc probable que l'excitation directe des nerfs qui président à la nutrition ne serait pas moins utile comme tonique.

Quant au point où ces nerfs devaient être cherchés, M. Cyon (2) l'a déterminé par des expériences. Tous les vaso-moteurs prennent leur origine dans la région dorsale de la moelle épinière ; et quant aux nerfs trophiques, s'il en existe, ils émergent également de la moelle épinière.

C'était donc là qu'il fallait faire porter l'électricité pour agir sur eux, ainsi que le déclare, du reste, M. Cyon.

Les courants doivent être faibles, j'en ai déjà dit les raisons, autrement on épuise vite l'excitabilité de cette classe de nerfs, et, au lieu d'être utile, on nuit.

Je tenais à recommander dès à présent aux praticiens cette méthode, qui m'a donné de très-beaux résultats. Je tenais à montrer d'abord qu'elle est rationnelle et fondée sur les connaissances acquises. L'espace me manquerait aujourd'hui pour entrer dans d'autres détails.

Dr Victor Revillout.

---

(1) *De l'électrisation localisée et de son application à la pathologie et à la thérapeutique*, par M. le docteur Duchenne (de Boulogne). Paris, J.-B. Baillière et fils, 1872.

(2) Voir *Traité d'électrothérapie*. — Paris, J.-B. Baillière et fils, 1873.

OBSTÉTRIQUE

DEUX FAITS D'HÉMORRHAGIE INTERNE GRAVE PENDANT LE TRAVAIL ET APRÈS L'ACCOUCHEMENT (1).

Par M. BAILLY, professeur agrégé.

Inertie utérine après l'accouchement.— Pertes externes et internes abondantes. — Rétention d'un caillot volumineux dans la matrice. — Infection putride grave. — Guérison.

Mme D..., âgée de vingt ans, brune, est de taille à peine moyenne, mais elle est robuste, d'habitude replète et d'une excellente santé. Elle est primipare, et parvenue au terme de sa grossesse. Le travail de l'accouchement, commencé le 13 décembre 1871, à sept heures du matin, se termine naturellement le même jour, à quatre heures du soir, par la naissance d'un garçon vivant, d'un volume plus que moyen. Des contractions utérines, fortes et rapprochées, précipitent la fin du travail, dont la période d'expulsion ne dure pas plus d'une heure. Dix minutes après la sortie du fœtus, le placenta, décollé et déjà engagé dans le col, est extrait sans difficulté avec une quantité notable de caillots et de sang fluide que renferment les membranes renversées. La matrice, contractée avec force à ce moment, ne dépasse pas le bord supérieur du pubis de plus de quatre travers de doigt (8 à 9 centimètres).

Quelques minutes après sa délivrance, Mme D... m'annonce qu'elle perd du sang, et, en la découvrant, je constate en effet un écoulement par la vulve d'un jet continu assez abondant d'un sang très-liquide et vermeil. Ces caractères me firent craindre un instant la rupture d'une artère un peu volumineuse du périnée ou de la vulve, mais la soudaineté et l'abondance de cette hémorrhagie me conduisirent bientôt à la rattacher à la source ordinaire dans cette période de l'accouchement, c'est-à-dire à la face interne de la matrice. La main, portée sur le ventre, sentait l'utérus mou, très développé en tous sens, s'élevant jusqu'au-dessus de l'ombilic. La pression que j'exerçai sur la matrice accrut momentanément la perte, en ramenant l'organe au volume qu'il présentait quelques instants auparavant.

En attendant que l'on m'apportât de la poudre d'ergot, je continuai à exciter la matrice avec la main, sans réussir toutefois à la faire contracter avec force et à suspendre entièrement l'hémorrhagie. L'application sur le ventre d'une serviette imbibée d'eau froide mit fin à l'écoulement extérieur, mais n'empêcha pas l'accumulation interne d'une certaine quantité de sang. L'ingestion d'un gramme d'ergot détermina promptement une rétraction énergique de la matrice et suspendit définitivement la perte, mais l'organe resta volumineux et évidemment distendu par du sang. Au bout d'un quart d'heure, j'en retirai quelques caillots, mais ne pus extraire le tout, la résistance du col s'opposant à l'introduction de plus de deux doigts dans la cavité utérine. Je crus prudent de m'abstenir de plus grands efforts et d'abandonner à la nature l'expulsion des caillots inaccessibles à la main. A ce moment, Mme D... était faible, un peu pâle, mais elle n'avait point éprouvé de lipothymie; le pouls radial, quoique un peu mou, était bien sensible et sans fréquence exagérée. Un second gramme d'ergot fut administré en deux prises, à une heure d'intervalle, et l'accouchée dut prendre dans le courant de la nuit, à plusieurs reprises, du bouillon et de l'eau rougie.

14 décembre. — Nuit bonne; sommeil; 88 pulsations; appétit. Le fond de la matrice atteint l'*hypochondre droit*; lochies nulles. Aucun caillot n'a été expulsé. Ventre indolore. Cataplasmes émollients. Deux grammes de seigle, en trois doses, à prendre dans le courant de la journée.

Le 14 au soir, préoccupé du développement de la matrice et ne voulant pas, pour vider l'organe, employer des manœuvres dont j'avais précédemment reconnu les dangers quand on y a recours plus de vingt-quatre heures après l'accouchement, j'allai prendre l'avis de M. Tarnier, dont l'expérience ne pouvait manquer de m'être utile dans ces conjonctures délicates. Son avis fut qu'il fallait s'abstenir de toute intervention manuelle à ce moment, confier à la nature l'expulsion du caillot volumineux qui remplissait la matrice, faire de fréquents lavages du conduit génital, soutenir les forces de l'accouchée et administrer le sulfate de quinine à hautes doses si des accidents d'infection putride venaient à se produire. En conséquence, je me bornai, pour ce jour-là, à prescrire des injections détersives. Je fis alimenter Mme D... et continuer l'usage des cataplasmes sur le ventre.

15 décembre. — 90 pulsations; appétit; sommeil; utérus indolore, remontant comme hier dans l'hypochondre; lochies nulles; mêmes prescriptions.

16 décembre. — Pouls à 108 fort, plein. La matrice, un peu moins grosse que la veille, s'élève encore à deux travers de doigt au-dessus de l'ombilic. Cette réduction de son volume coïncide avec l'écoulement, en quantité modérée du reste, d'un déliquium sanguin dont les injections facilitent la sortie. Aucun caillot, même petit, n'a été rejeté depuis l'accouchement. Ventre souple, indolore. A midi, léger frisson de quelques minutes, bientôt suivi de sueurs profuses prolongées. A huit heures du soir, quand je vois Mme D.., la chemise, les draps, l'oreiller en sont imprégnés. En même temps, le cœur bat 152 fois par minute, et avec une force dont souffre la malade. Ventre souple. Utérus à l'ombilic. Malgré le trouble, la langue reste nette et l'appétit subsiste; trois potages sont pris avec plaisir. Injections avec l'eau de guimauve; sulfate de quinine, 75 centigrammes en une prise; potion gommeuse avec addition d'extrait mou de quinquina, 4 grammes, et cognac vieux, 30 grammes.

17 décembre. — 132 pulsations. Utérus légèrement incliné à droite, un peu sensible à la pression de ce côté; lochies rougeâtres dans l'intervalle de l'injection, qui ressortent fortement teintées de sang; sueurs toujours fort abondantes; toutes les trois heures au plus, on doit changer le linge de corps. Montée du lait nulle jusqu'ici.

18 décembre. — 124 pulsations. Sueurs plus modérées que pendant les deux jours précédents. Le ventre souple; par la pression, on provoque dans le flanc droit une douleur vague. Depuis quelques heures, montée du lait très-franche. Langue humide; constipation; appétit moindre depuis hier; pourtant la malade a pris deux potages. Cataplasmes, potion de Todd. Lavement purgatif suivi d'évacuations copieuses. A onze heures du soir, 96 pulsations seulement.

Le 19 décembre, à une heure du matin, on m'envoie chercher. Mme D... venait d'être reprise, sans frisson préalable, de fièvre, de battements cardiaques d'une extrême énergie, avec agitation, angoisses, qu'accroissent encore les inquiétudes que la malade commence à concevoir sur son état. Je trouve, à mon arrivée, 140 pulsations; le pouls très-fort, la peau baignée de sueur; le ventre toujours plat, souple, indolore. A deux heures et demie, quand je me retire, la malade est plus calme; 132 pulsations. Injections et lavages, sulfate de quinine, 75 centigrammes. Matin et soir une pilule d'opium de 25 milligrammes. Bouillon, potages, eau rougie.

20 décembre. — État passable. Même prescription.

21 décembre. — Sept garde-robes séreuses abondantes dans le courant de la nuit. Le ventre souple, indolore. Le fond de l'utérus atteint encore l'ombilic; on le déplace latéralement sans y réveiller de douleur. Lochies presque nulles depuis vingt-quatre heures. Sulfate de quinine; opium. Alimentation *ut suprà.*

23 décembre. — Nouveau frisson court avec accélération du pouls, qui atteint 128 pulsations. Trois selles liquides. Lavements d'eau amidonnée. Alcoolature d'aconit, *vingt gouttes* à prendre dans un peu d'eau sucrée. Potages, eau rougie. Injections avec eau de guimauve.

24 décembre. — État meilleur.

26 décembre. — 80 pulsations. Un enduit pultacé, épais, couvre le voile du palais, la langue, et forme des îlots rapprochés à la face interne des joues. Utérus à deux travers de doigt au-dessus de l'ombilic. La pression y fait naître une douleur obscure. Lochies

(1) Suite. — Voir le numéro du 21 août 1873.

faibles. Badigeonnages de la muqueuse buccale avec miel boraté, alcoolature d'aconit ; potages, vin.

27 décembre. — A dix heures du soir, nouvel accès fébrile ; 130 pulsations, moiteur. Une garde-robe liquide. Lavement d'amidon. Vin de quinquina, 4 cuillerées à soupe par jour, en deux fois. Potages, vin.

28 décembre. — Les lochies suspendues depuis une semaine, reparaissent. Elles sont muqueuses, faibles. On combat l'enduit pultacé de la bouche, qui se reproduit avec obstination.

5 janvier. 1872. — Depuis six jours, appétit. L'état général meilleur. Digestion régulière; plus de diarrhée. Sommeil. Le fond de la matrice, à trois travers de doigt au-dessus du pubis, indolore. Lochies faibles, mais continues. On cesse tout traitement. Nourriture, vin.

10 janvier. — Mme D... reste levée quelques heures chaque jour. La matrice est rentrée tout entière dans l'excavation du bassin.

20 janvier. — Rétablissement presque complet. Un peu de pâleur et de faiblesse sont les seuls vestiges des accidents prolongés et parfois inquiétants qui ont suivi l'accouchement.

(*A suivre.*)

REVUE DE LA PRESSE

Pleurésie bilatérale de nature rhumatismale. — M. Lasègue, dans l'une de ses dernières leçons cliniques, a rapporté dans tous ses détails l'observation d'une jeune fille atteinte de pleurésie qui peut être considérée comme un type de pleurésie rhumatismale.

Il s'agit d'une jeune fille de dix-neuf ans, lymphatique, prise il y a cinq mois de douleurs articulaires accompagnées d'érythème noueux. Après la guérison, elle conserve un certain état de faiblesse et une douleur assez vive sur le côté gauche de la poitrine.

Bientôt apparaissent tous les signes d'une pleurésie avec épanchement du côté gauche. La violence de la douleur de côté et la rapidité de l'épanchement font porter le diagnostic de pleurésie de nature rhumatismale. En même temps, on constate les signes d'une pneumonie tout à fait superficielle et devant promptement s'effacer devant la marche envahissante de la pleurésie. Une nuit, cette malade présente une sudation abondante, fait qui s'observe généralement dans la pleurésie simple et qui constitue, au contraire, un des caractères habituels de toute manifestation rhumatismale aiguë. Peu de temps après, elle accuse une douleur assez vive le long de la gaine du long abducteur et du court extenseur du pouce, au niveau de la partie latérale externe du poignet. En outre, chaque éruption nouvelle de sérosité dans la plèvre est précédée de très-vives recrudescences de la douleur thoracique.

L'épanchement devenant très-considérable, on pratique la thoracentèse; deux jours après, nouveau frisson; le lendemain, on reconnaît la présence d'un épanchement modéré du côté droit. Cet épanchement disparaît rapidement et la malade guérit bientôt après.

La pleurésie rhumatismale survient tantôt au cours d'un rhumatisme articulaire, tantôt au déclin de cette maladie; dans ces deux cas, il est facile de la diagnostiquer. Mais elle peut survenir à une époque éloignée du moment où s'est montré le rhumatisme articulaire aigu. Il devient moins aisé de la reconnaître; toutefois, la présence de l'épanchement dans les deux côtés du thorax, la douleur violente de côté, caractérisée non par un point douloureux, mais par une *zone* douloureuse, de plus, persistant pendant tout le cours de la maladie et présentant des recrudescences, l'apparition et la disparition rapides de l'épanchement, une énorme dyspnée, tels sont les signes qui caractérisent les pleurésies rhumatismales.

Dans l'observation rapportée par M. Lasègue, le rhumatisme antécédent, l'invasion d'une poussée rhumatique pendant la pleurésie, l'âge de la malade, puis la propagation *symétrique* de la pleurésie, la coïncidence de sueurs profuses, les oscillations douloureuses, la violence de la fièvre et sa disparition hâtive; enfin la rapidité de la guérison ne permettent pas de mettre en doute la nature rhumatismale de la pleurésie. (*Archives générales de médecine.*)

Du chloral et du chloralisme. — Dans une très-remarquable leçon sur le chloral, M. Gubler nous apprend que la métamorphose du chloral en chloroforme, contrairement à la prévision d'Oscar Liebreich, accueillie surtout par les chimistes, ne s'effectue que pour une très-faible partie, et que presque tout le chloral introduit agit en qualité de chloral. C'est là un fait aujourd'hui scientifiquement démontré et par l'observation clinique et par les expériences de laboratoire. Il existe des différences fondamentales entre les effets pharmaco-dynamiques des deux substances. Le chloroforme est le plus puissant des anesthésiques et un somnifère de peu de valeur. Le chloral au contraire jouit d'un pouvoir hypnotique comparable à celui de l'opium et ne devient anesthésique qu'au moment où il menace l'existence, comme poison du cœur. Partant de là, M. Gubler fait connaître les accidents dus au chloral, accidents auxquels il donne le nom de *chloralisme*. Il distingue deux sortes de chloralisme, l'un aigu, l'autre chronique. Le premier, tantôt léger, tantôt grave, tantôt même mortel, est caractérisé, dans sa forme légère, par des vomissements, des vertiges, de l'hébétude, de la perte des forces, puis des éruptions diverses. Dans la forme grave, par de la pâleur, des troubles de la vue, des sueurs froides, la faiblesse du pouls, la stupeur, le coma, des convulsions tétaniformes et parfois la mort, qui doit être imputée à la dépression ou à la paralysie du cœur. Le chloralisme chronique est caractérisé par des accidents analogues à ceux de l'ergotisme, c'est-à-dire de l'hyperesthésie, un malaise général, la désquamation épidermique des doigts, des ulcérations superficielles autour des ongles, de l'anasarque, de l'albuminurie, l'affaiblissement du cœur et l'embarras de la respiration. Ces accidents se terminent souvent par la mort. On évitera ces effets fâcheux en prenant soin de ne pas administrer trop longtemps le chloral. Quant au chloralisme aigu grave, on le combattra par la caléfaction, l'olfaction d'odeurs stimulantes, la respiration artificielle et l'inhalation d'oxygène. (*Journal de pharmacie et de chimie.*)

Moyen d'atténuer la saveur amère des médicaments. — Le corps qui paraît jouir au plus haut degré de la propriété de faire disparaître l'amertume des médicaments serait, suivant la *Revue médicale*, la glycérhizine, matière sucrée de la réglisse. Il suffirait, pour masquer la saveur amère des sels de quinine, de la coloquinte, de l'aloès, du quassia ou autres amers, de mâcher un morceau de racine de réglisse. Mais il faut avoir soin de conserver la réglisse dans la bouche pendant un temps d'autant plus long que la matière sera plus amère, son amertume plus persistante et sa solution plus concentrée. (*Revue médicale.*)

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séances du 25 juillet et du 8 août 1873.

PRÉSENTATION DE MALADES

M. BUCQUOY présente deux malades phthisiques atteints d'ulcères tuberculeux de la langue. L'un est un homme de trente-six ans dont la maladie date de deux ans, et est assez avancée. Il présente même des signes de phthisie laryngée. Mais il n'y a que dix-huit mois qu'il s'est aperçu pour la première fois d'une petite ulcération sur la langue. Il porte aussi des ulcérations, très-probablement de même nature, sur la marge de l'anus.

L'autre malade est un homme de cinquante-six ans qui présente une large ulcération sur le côté droit de la langue. Cependant la tuberculose, chez lui, est beaucoup moins avancée que chez le malade précédent. Il n'y a que six mois qu'il a commencé à tousser, à perdre ses forces, et il n'y a que six semaines que l'ulcère s'est montré.

La nature de cet ulcère pourrait ici donner lieu à quelques doutes, attendu qu'il y a vingt-cinq ans, cet homme a contracté la syphilis, mais les antécédents (il a perdu des fils et frères de phthisie), l'aspect de l'ulcère, l'absence d'adénite doivent faire écarter l'idée de la syphilis et du cancer; enfin, les symptômes de phthisie déjà assez avancée permettent d'affirmer la nature tuberculeuse de cet ulcère.

M. ISAMBERT soigne en ce moment, dans ses salles, un malade atteint d'un ulcère syphilitique de la langue. La forme et le siége de cet ulcère sont tout à fait différents de ceux que vient de présenter M. Bucquoy. M. Isambert ajoute que par la forme seule de l'ulcère on pourrait faire le diagnostic entre l'ulcère tuberculeux et l'ulcère syphilitique.

COMMUNICATION

M. GUYOT rapporte en quelques mots l'observation d'un malade atteint d'un resserrement de la mâchoire dû à une myosite du masséter d'origine syphilitique.

Le diagnostic de cette myosite est souvent fort difficile. Il n'a pu rassembler que trois cas dans lesquels elle a été reconnue comme se rattachant à la syphilis. Un seul de ces cas a été publié; c'est celui qui appartient à Philippe Boyer. Dans ce cas, c'était une périostite qui avait mis sur la voie du diagnostic. Un second cas a été communiqué à M. Guyot par un interne des hôpitaux, dans lequel la syphilis a été reconnue par suite de la présence de tumeurs gommeuses des mâchoires.

Enfin, dans le troisième cas, observé tout récemment par M. Guyot, la syphilis n'a pu être que soupçonnée, et le diagnostic a été confirmé par le traitement à l'iodure de potassium, au moyen duquel on est facilement arrivé à bout de la myosite.

M. Guyot se demande si, dans bien des cas, on ne s'est pas trop hâté d'intervenir directement dans le traitement de cette affection alors qu'un traitement antisyphilitique aurait peut-être pu en avoir raison.

Suite de la discussion sur l'expectoration albumineuse.

M. FERRANT raconte qu'alors qu'il était chef de clinique de Monneret, il a été atteint d'une pleurésie sèche. Une nuit, pendant le cours de cette pleurésie, il eut une expectoration séreuse très-abondante. Cette expectoration s'est d'ailleurs effectuée sans la moindre suffocation, avec une extrême facilité, et la guérison de la pleurésie lui a bientôt succédé. Son attention n'étant pas alors attirée sur ce point, M. Ferrant n'a pas eu l'idée de faire l'analyse chimique du liquide; mais ce fait de la coïncidence d'une expectoration séreuse abondante avec l'absence de tout épanchement lui a paru assez important pour devoir être communiqué à la Société comme appoint à la discussion pendante.

M. FÉRÉOL, tout en abandonnant l'hypothèse de la perforation spontanée sans pneumo-thorax par laquelle il a cherché à expliquer certains cas d'expectoration albumineuse consécutive à la thoracentèse, ne considère pas encore cependant la question comme définitivement jugée, et en résumant la discussion, demande à répondre à quelques-unes des objections qui lui ont été opposées.

Tout d'abord, il dit n'avoir jamais nié l'œdème bronchique et reconnaît parfaitement que la majorité des cas d'expectoration albumineuse consécutive à la thoracentèse est due à cet œdème. Il s'étonne même que le fait s'observe aussi rarement; mais il se demande aussi s'il n'existe pas des cas où ce phénomène est dû à une communication établie entre la plèvre et les bronches.

En second lieu, M. Féréol se défend d'avoir attribué à M. Barthez cette opinion que la pleurésie séreuse se vidât fréquemment par les bronches chez les enfants; il ne pouvait être question, en effet, dans ces cas, que de pleurésies purulentes. Enfin, il répond à M. Woillez qu'il n'a jamais nié l'importance de l'analyse chimique comparée du liquide pleural et du liquide expectoré; il a simplement fait observer, qu'en passant par le poumon, le liquide de la plèvre pouvait subir quelques modifications.

Après ces rectifications, M. Féréol rappelle les différentes phases par lesquelles cette question a passé, depuis la première description qui en a été faite en 1853 par M. le docteur Pinault (de Châteauroux), jusqu'à la thèse de M. Terrillon et la discussion qui l'a suivie. Il rappelle en outre les raisons qui lui avaient fait admettre la perforation spontanée sans pneumo-thorax et les objections qu'a soulevées cette hypothèse, au sein de la Société, de la part de MM. Beaumetz, Moutard-Martin, Brouardel, Woillez, Hérard, Desnos, et, au dehors, de la part de MM. Béhier et Revillout. Il catégorise les objections en deux classes : les unes essentielles, capitales, les autres secondaires.

Ces dernières sont : 1° le retard qu'éprouve habituellement l'expectoration albumineuse; 2° la non-reproduction de l'expectoration alors que le liquide pleural se reproduit; 3° la reproduction en récidive, après plusieurs thoracentèses consécutives, de l'expectoration albumineuse; 4° son abondance même; 5° la nécessité, pour expliquer la guérison de la pleurésie par l'évacuation bronchique, de supposer la fistule toujours dans le point le plus déclive de la plèvre.

A la première de ces objections, M. Féréol répond que ce retard est très-variable, qu'il peut s'expliquer par l'étroitesse de la communication pleuro-bronchique, et qu'enfin cette objection peut tout aussi bien être opposée à l'hypothèse de l'œdème.

La non-reproduction de l'expectoration, alors que le liquide pleural se reproduit, peut être expliquée par la cicatrisation de la perforation. Quant à la troisième objection, M. Féréol reconnaît que dans ces cas, on ne peut invoquer que l'œdème broncho-alvéolaire. L'abondance de l'expectoration peut être due à la fluxion de la séreuse. En effet, puisqu'on admet la fluxion séreuse dans les bronches, pourquoi ne pas l'admettre pour la séreuse elle-même. Enfin, il n'est pas nécessaire que la fistule occupe toujours le point le plus déclive de la plèvre. D'abord, le décubitus peut ici jouer un grand rôle, et ensuite les forces capillaires peuvent remplacer les pressions viscérales.

M. Féréol arrive ensuite aux objections principales, qui sont les suivantes :

2° L'anatomie pathologique et l'étude des conditions dans lesquelles on observe les crachats albumineux sont contraires à l'hypothèse de la perforation; — 2° en admettant la possibilité de la perforation spontanée sans pneumo-thorax dans les pleurésies purulentes, rien n'autorise à l'accepter dans les pleurésies séreuses; — 3° si une perforation spontanée se produisait à la suite de la thoracentèse, les conditions seraient les meilleures possibles pour que le pneumo-thorax se produisît; — 4° cela est encore plus inévitable si la thoracentèse est pratiquée au moyen d'appareils aspirateurs.

L'orateur avoue qu'il lui est difficile, devant quelques-uns de ces arguments, de soutenir l'hypothèse de la perforation. Tout d'abord, il déclare qu'il est des cas dans lesquels il est impossible de ne pas admettre que l'expectoration albumineuse est due à l'œdème bronchique; mais il en est d'autres aussi qui peuvent, suivant lui, donner lieu à une autre interprétation. Il y a donc encore là des questions à l'étude.

M. Féréol fait bon marché du feutrage et de la chute des épithéliums par lesquels il a cherché à soutenir son hypothèse; toutefois, il fait observer que la chute des épithéliums n'est pas de son invention.

Il fait ressortir ensuite la difficulté qu'on trouve pour constater, à l'autopsie, une fistule bronchique. Il reconnaît toute la valeur de l'argument tiré de l'étude comparative des crachats, tout en faisant observer qu'il y a encore bien des points obscurs. Il résulte d'un grand nombre d'expériences, et en particulier d'expériences que M. Féréol a faites avec son interne en pharmacie, M. Leprince, que, même en dehors de la pleurésie, la portion d'albumine contenue dans les crachats d'origine broncho-alvéolaire peut être très-considérable.

Pour expliquer la fréquence, surtout chez les enfants, de l'évacuation par les bronches du pus de la plèvre, M. Féréol préfère de beaucoup, à la théorie du clapet (v. thèse de M. Oulmont), admise

par quelques auteurs, l'explication donnée par M. Barthez, et qu'il n'a fait que reproduire en la complétant. Il admet bien le rôle que jouent les fausses membranes pour aider à l'évacuation du liquide, mais il ne les croit pas indispensables et suppose que l'élasticité des côtes et la tendance des viscères à revenir à leur première position constituent des forces assez puissantes.

D'ailleurs, la perforation spontanée sans pneumo-thorax est assez généralement admise dans les pleurésies purulentes, mais elle est niée pour les pleurésies séreuses. A ce sujet, M. Féréol renvoie à l'observation de M. Duroziez (*Gaz. des Hôp.* 21 janv. 1870), puis à son observation personnelle.

M. Féréol répond très-longuement à la troisième objection. A l'appui de cette objection, M. Moutard-Martin a rappelé avec quelle force d'aspiration la baudruche est appliquée contre l'orifice de la canule lorsque le malade est pris de quintes de toux après l'évacuation du liquide. M. Féréol fait cependant observer que cette force est supérieure à la pression exercée pendant l'inspiration par les gaz bronchiques pour dilater le poumon et se précipiter dans la plèvre. Il rappelle à ce sujet les expériences de M. Bert, qui ont prouvé que cette pression des gaz était inférieure à la pression atmosphérique pendant l'inspiration, mais lui était supérieure pendant l'expiration, et surtout l'expiration forcée. La perforation, si elle n'est pas accomplie au moment de la piqûre du thorax, se fera donc pendant l'expiration. Cette hypothèse est d'ailleurs conforme aux recherches de MM. Perrin sur les fistules broncho-costales et à celle de MM. Richet, Dolbeau, etc., sur l'emphysème sous-cutané. En outre, un certain nombre d'observations prouvent que l'entrée de l'air dans la plèvre ne se fait pas aussi facilement qu'on est généralement porté à le croire. M. Féréol, s'appuyant sur ces observations, cherche à prouver qu'il peut se faire une perforation à la suite de la thoracentèse sans qu'il se produise un pneumo-thorax.

Enfin, il maintient en terminant l'opinion qu'il a soutenue relativement à la quatrième objection, savoir qu'il est impossible, dans ces circonstances, que le pneumo-thorax ne se produise pas après l'emploi des appareils aspirateurs. Il rappelle l'observation de M. Troisier (10e de la thèse de M. Terrillon), et réfute l'objection de M. Desnos qui admet que, dans ce cas, la production gazeuse dans la plèvre est due au dégagement des gaz normalement dissous dans le liquide pleural.

THÈSES

SOUTENUES A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

PENDANT L'ANNÉE 1873.

276. Duronéa. Essai sur la scapulalgie.
277. Dufour. Considérations sur le traitement de la blennorrhagie uréthrale.
278. Velasco. De la glycérine dans le traitement des plaies et ulcérations des muqueuses.
279. Cullerre. Recherches cliniques sur la période de début de la paralysie générale.
280. Mouchotte. Des blessures de l'œil par les corps étrangers.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

La *Gazette hebdomadaire* annonce qu'une épidémie confirmée de choléra s'est déclarée au Havre, et que les environs de cette ville, et particulièrement Montivilliers et Harfleur, ont été très-éprouvés.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Du dynamisme comparé des hémisphères cérébraux chez l'homme, par le docteur Armand de Fleury, professeur à l'École de médecine de Bordeaux. — 1 vol. in-8° avec planches. Prix : 2 francs. — Paris, Adrien Delahaye.

Étude clinique sur l'influence curative de l'érysipèle dans la syphilis, par le docteur Charles Mauriac, médecin de l'hôpital du Midi. — In-8°. Prix : 1 fr. 50. — Paris, Adrien Delahaye.

Le Directeur : Dr E. Le Sourd.

Paris. — Typographie A. Pougin, quai Voltaire, 13.

N° 101. — MARDI 2 SEPTEMBRE 1873. 46e ANNÉE. MARDI 2 SEPTEMBRE 1873. — N° 101.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Bureaux : 57, rue des Saints-Pères, 57
PRÈS L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix d'abonnement
doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

On s'abonne hors de Paris
dans les bureaux des Messageries et chez les Libraires
Les lettres non affranchies sont refusées.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui n'en peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS: Trois mois. . 8 fr. 50 c. Six mois. . . 16 — Un an. . . . 30 —

POUR L'ÉTRANGER le port en sus suivant les derniers tarifs des Postes.

ÉCOLE PRATIQUE. — M. LEGRAND DU SAULLE.

De la folie héréditaire (1).

L'intelligence des héréditaires est souvent fort active. Ils perçoivent rapidement ; ils ont une certaine imagination ; ils s'expriment avec facilité et même avec élégance. Joignez à cela les dispositions instinctives dont je parlais tout à l'heure pour la musique, la poésie, etc., et vous comprendrez comment ces individus sont presque méconnus dans le monde. On les considère quelquefois comme des originaux, mais on ne les prend jamais pour ce qu'ils sont réellement.

Si cependant on va au fond des choses, si on ne s'arrête pas à ces dehors brillants, si l'on pousse assez loin l'analyse, on constate bien vite que leur activité turbulente et désordonnée est le fait d'une excitation maladive, on remarque qu'ils sont incapables de coordonner leurs connaissances et d'en grouper les éléments, et si l'on découvre quelques signes physiques ou quelque anomalie des sentiments et du libre arbitre, on peut conclure hardiment que ce sont des descendants d'aliénés.

Leur attention est flottante ; ils ne peuvent la fixer pendant un certain temps sur un sujet sérieux, et par conséquent il leur est impossible de s'astreindre à un travail régulier et soutenu. Aussi leurs connaissances sont-elles tout à fait superficielles, et leurs entreprises aussitôt abandonnées que commencées ne peuvent-elles jamais être conduites à bonne fin, ce qui ne les empêche pas de se poser en juges compétents dans toutes les discussions et de trancher avec une audacieuse assurance les questions les plus délicates.

Leurs lettres (ils aiment généralement beaucoup à écrire) sont tout à fait caractéristiques. Leur style est verbeux, diffus, formé de phrases sonores et retentissantes. A chaque instant ils se perdent dans des digressions et des développements désordonnés. Les phrases ou les mots sur lesquels ils veulent particulièrement attirer l'attention sont écrits en gros caractères ou soulignés plusieurs fois. Le plus souvent ces lettres contiennent le récit de leurs souffrances ou l'histoire de leur vie.

Quand ils sont enfermés dans les asiles, ces malades écrivent sans cesse aux autorités, aux grands personnages pour protester contre l'illégalité de leur séquestration. Ils dénoncent leur famille qui les a fait enfermer ; ils accusent le médecin qui les retient. Il présentent souvent leurs plaintes dans des termes excellents, et si l'on jugeait leur état mental uniquement par la lecture de leurs récriminations, on serait souvent disposé à penser qu'elles sont fondées.

Telles sont, dans le plus grand nombre des cas, les anomalies intellectuelles que présentent les héréditaires. Elles sont généralement moins importantes et moins nettement caractérisées que celles de la volonté ou des sentiments ; mais la clinique n'accepte pas de lois absolues, et celle-ci a des exceptions. Il est en effet des cas où les troubles intellectuels sont plus saillants que tous les autres et attirent tout d'abord, je dirais volontiers attirent seuls l'attention du médecin. Tels sont les cas de substitution d'un moi imaginaire au moi réel. Les malades se figurent alors qu'ils portent un nom qui n'est pas le leur et qu'ils ne sont pas du tout les individus que l'on croit.

Généralement, cette substitution est toute à leur avantage en ce sens que le moi que leur imagination en délire leur fait adopter est celui d'un personnage haut placé, d'un homme historique, d'un prince, etc. Il n'est même pas rare de les voir porter plus haut leurs prétentions et se figurer par exemple qu'il sont Dieu. J'ai eu l'occasion d'observer un de ces malades qui prétendait être Dieu. C'était un homme d'une soixantaine d'années, toujours grave et sérieux, paraissant plongé dans de profondes méditations ; il se promenait dans les cours de l'hospice, examinant avec soin l'état de la végétation. Lorsqu'on l'abordait en employant les formules les plus respectueuses, son visage s'épanouissait ; il promettait alors à son interlocuteur de lui faire ouvrir les portes du ciel. Souvent il lui demandait des nouvelles de ce qui se passait sur la terre : « Vous auriez peut-être besoin d'un peu de pluie pour vos moissons. Comptez sur moi, je vais m'occuper de vous satisfaire. » Cet homme, du reste, était extrêmement doux et bienveillant ; il ne se fâchait que lorsqu'il entendait blasphémer, et ses colères n'étaient jamais bien sérieuses.

Dans d'autres cas, ce sont des idées hypochondriaques qui dominent, et l'on observe, dans la manifestation des idées délirantes, une étonnante fixité. Une malade de Morel se figurait tous les jours que le lendemain, on devait lui faire subir d'horribles supplices. Cela dura pendant plusieurs années. On avait beau lui faire observer combien ses idées étaient fausses, on avait beau lui faire remarquer que, depuis longtemps, ses craintes ne se réalisaient pas : « C'est pour demain, » répondait-elle tou-

(1) Suite. — Voir les numéros des 15, 17, 24, 31 juillet, 5, 14, 16-19 et 26 août 1873.

jours. A ce propos, je dois vous signaler une remarque qu'a faite Morel au sujet des persécutés héréditaires. Il a observé que ces malades racontent franchement, sans difficultés et sans cachoteries, tout ce qu'ils éprouvent et tout ce qu'ils redoutent. Il y a là une nuance qui les distingue des persécutés non héréditaires. Ceux-ci, en effet, n'aiment pas à raconter les mauvais procédés dont ils sont victimes. Si on les y pousse, ils répondent par des phrases vagues, obscures et évasives : « On m'en veut ; on me persécute. — Mais qui vous persécute ? Que vous fait-on ? — Pourquoi me demandez-vous cela ? Vous le savez bien ! Vous devez bien le savoir !

A côté des troubles intellectuels à forme hypochondriaque, se place un état qui en est tout à fait l'opposé. C'est l'hypochondrie au rebours. Les hypochondriaques sont toujours malheureux. Au mileu des jouissances de la fortune, ils se trouvent misérables. Bien portants ou souffrants, ils se préoccupent sans cesse de leur santé. Les malades dont je parle, au contraire, sont toujours heureux. Ils voient tout en beau. Plongés dans la misère, ils se trouvent fort riches. Malades, ils ne voient pas la gravité de leur mal ; ils ont le sentiment d'un état de santé parfaite, d'un bien-être général inaltérable. Le bonheur est toujours devant eux. Rien n'altère leur sérénité, rien ne trouble leur satisfaction. Leurs rêves d'avenir sont merveilleux et semblent se réaliser dans le présent ; toutes les facultés de leur âme sont épanouies ; ils aiment tout le monde, voudraient pouvoir faire partager leur bonheur à tout le genre humain. Cette forme de troubles psychiques s'observe quelquefois dans la folie héréditaire, mais elle est bien plus fréquente au début de la paralysie générale. Il est inutile de vous dire que le diagnostic se fera facilement si l'on tient compte des symptômes concomitants et surtout de l'évolution de la maladie.

Un des groupes les plus curieux et les plus caractéristiques de la folie héréditaire avec prédominance des troubles de l'intelligence proprement dite est celui des inventeurs.

Ils jouissent généralement d'une activité intellectuelle assez grande, mais ils manquent absolument de jugement. Leurs travaux n'ont ni suite ni méthode. Leur but n'a jamais d'application utile et pratique. Les observations patientes et rigoureuses, les recherches méthodiques qui sont les sources du progrès scientifique leur sont inconnues ; leur esprit ne peut se soumettre à la marche logique qui conduit à la découverte de la vérité. Aussi, l'activité de leur esprit est toujours stérile ; ils ne fécondent rien de ce qu'ils étudient. Et comment pourrait-il en être autrement ? Se sentant à l'étroit dans le monde des réalités, ils se jettent à la poursuite de chimères insaisissables ; les problèmes dont ils cherchent la solution sont presque toujours insolubles de leur nature. Ils trouvent la quadrature du cercle ; ils sont en possession du mouvement perpétuel. Vous concevez que s'ils entrent dans la voie de l'expérimentation, ils ont bien vite ruiné leurs familles en essais infructueux, dont rien ne peut leur faire comprendre l'inutilité.

Beaucoup d'inventeurs préfèrent les études d'économie sociale aux recherches mécaniques ou industrielles. Ils préconisent alors les doctrines les plus insensées. Ils ne veulent rien moins que bouleverser la marche des sociétés ; ils inventent un *système* dont l'application doit donner à tout le monde la fortune et le bonheur. Enfin, aucune impossibilité ne les arrête, aucune conséquence n'épouvante leur imagination.

Il est peu de formes de troubles psychiques qui soient plus tenaces que celle-ci. Les inventeurs ne se modifient jamais.

Quand on cherche à leur faire comprendre combien leurs idées sont erronées et leurs projets irréalisables, ils répondent invariablement que c'est le sort des hommes de génie d'être méconnus par leurs contemporains et qu'ils sont victimes de leur supériorité.

M. Trélat raconte l'histoire d'un héréditaire qui avait découvert le mouvement perpétuel. Sa machine devait marcher toute seule sans qu'aucune force motrice intervînt, soit pour lui donner l'impulsion première, soit pour entretenir son activité. Il avait ruiné toute sa famille dans les dépenses nécessitées par l'essai de ses inventions. En dehors de son idée fixe, ce malade raisonnait avec lucidité. Quand M. Trélat voulait lui démontrer l'impossibilité absolue de l'application de son système : « Permettez-moi de vous dire, monsieur le docteur, répondait-il, que je reconnais votre parfaite compétence en médecine, mais qu'il m'est impossible de vous accorder en mécanique la même infaillibilité. »

M. Trélat conduit alors son malade à l'Observatoire, auprès de François Arago. Le fou expose sans hésitation sa découverte au célèbre astronome, qui, après l'avoir écouté avec bienveillance, s'efforce de lui faire comprendre que, pour mettre un moteur en mouvement, il faut absolument une force, et que, par exemple, on ne peut faire tourner une roue avec de l'eau stagnante. Le malade, tout à fait déconcerté par ce raisonnement, fond en larmes et prend respectueusement congé d'Arago. A peine avait-il fait trente pas que, frappant du pied, relevant fièrement la tête : « C'est égal, dit-il, M. Arago se trompe ! ma roue à moi, tourne toute seule ; elle tourne dans l'eau stagnante. »

Telle est l'histoire de tous les inventeurs !

En résumé, les facultés de l'intelligence, chez les fous héréditaires, sont en général moins atteintes que les facultés affectives morales. Il est cependant des cas où les troubles intellectuels sont prédominants, et alors la fixité des idées délirantes et leur tendance à la systématisation constituent leurs caractères les plus importants.

(*A suivre.*)

OVARIOTOMIE ET HYSTÉROTOMIE (1)

Présentation faite à l'Académie de médecine, par M. le docteur PÉAN, chirurgien de l'hôpital Saint-Louis.

DE L'HYSTÉROTOMIE.

1° *Tumeurs fibreuses.* — Avant l'opération, il est de la plus haute importance de s'assurer si la tumeur est réellement fibreuse, et, ce point établi, de reconnaitre si elle est sous-péritonéale, interstiticielle ou intra-utérine.

L'élucidation du premier point de ce problème, c'est-à-dire reconnaître l'existence d'une tumeur fibreuse, avant l'ouverture du ventre, est loin d'être toujours sans difficulté. On en pourrait donner pour preuve cet aveu fait par un très-grand nombre de chirurgiens, qu'ils n'ont jamais tenté l'opération de tumeurs de cette nature qu'à la suite d'une erreur de diagnostic. La confusion est souvent facile avec les kystes multiloculaires et aréolaires, parce que bon nombre de corps fibreux, plus ou moins infiltrés, présentent des masses ou des lobes fluctuants, à la manière des loges d'un kyste ; d'où cette nécessité, sur laquelle insiste beaucoup M. Péan, de recourir toujours à une méthode opératoire qui puisse se plier à toutes les circonstances et qui ne laisse pas le chirurgien désarmé dans le cas où une erreur de diagnostic aurait été commise. En effet, le ventre ouvert, toutes ces hésitations disparaissent aussitôt,

(1) Suite. — Voir le numéro du 28 août 1873.

car il serait impardonnable de confondre l'utérus avec un ovaire, ou une réunion d'adhérences avec un organe.

Peut-on, dans tous les cas, reconnaître, avant l'opération, le point précis d'implantation du corps fibreux dans le tissu de l'utérus ? M. Péan ne le pense pas. Ainsi, une tumeur qui, au toucher, paraît descendue jusque dans l'épaisseur du col, peut fort bien n'être qu'un myome tombé dans un col hypertrophié, au point que les parois de celui-ci atteignent à 4 ou 5 centimètres d'épaisseur. Dans ce cas, le doigt percevra une sensation qui donnerait à penser que la masse morbide descend beaucoup plus bas que cela n'a lieu en réalité.

Une autre source de difficultés serait de dire si la tumeur est intra-utérine, interstitielle ou sous-péritonéale, et le cathétérisme utérin n'aiderait que peu à les surmonter, puisqu'il est très-fréquent de trouver ces trois variétés réunies chez une même malade. Mais la reconnaissance de ces points a moins d'importance qu'on ne serait tenté de le croire au premier abord, puisque, quelle que soit l'implantation, le manuel opératoire à employer reste le même.

La tumeur s'est-elle complétement développée dans la cavité péritonéale, ou, au contraire, s'est-elle développée du côté des parois de l'abdomen, du bassin, des fosses iliaques ou du mésentère ? Cette recherche, dit M. Péan, a une grande importance au point de vue du manuel opératoire. Il n'est pas douteux que les dernières de ces tumeurs ne présentent plus de difficultés pour leur ablation. Aussi, le chirurgien de Saint-Louis pense-t-il que la méthode d'énucléation et de morcellement qu'il a imaginée est la seule qui donne la faculté de conduire à bonne fin, l'extirpation dès l'instant que le fibrome dépasse l'ombilic en hauteur.

Dire si la tumeur est intra-utérine ou extra-utérine, et, dans ce dernier cas, si le fibrome a pris naissance dans l'un des ovaires ou dans le tissu cellulaire péri-utérin, est également malaisé. Le plus sage est de se comporter toujours, pendant l'opération, comme si le point d'implantation était inconnu et de prendre toutes les précautions recommandées pour le morcellement. Mais, recommandation très-importante, il ne faut jamais négliger de s'assurer que la tumeur ne soulève pas les anses intestinales, pour que, si cette complication se produisait par suite du siége même du fibrome, on puisse non-seulement ménager les organes en cause, pendant le cours de l'opération, mais encore les disposer, en vue du traitement, de façon à assurer autant que possible la guérison.

Il serait également fort important, ajoute M. Péan, de s'assurer d'avance si la tumeur présente des adhérences plus ou moins fortes, soit avec l'épiploon, soit avec l'intestin. Malheureusement, même par l'étude attentive des antécédents et des symptômes locaux, il est possible qu'on ne puisse parvenir à une absolue certitude sur ce point. Il est de toute nécessité que, au cours de l'opération, l'expérience du chirurgien puisse venir réagir contre ce que cette inconnue peut faire naître de périls en mettant l'opérateur à même de triompher, sans trop de danger, de ces adhérences, lorsqu'elles existent.

La détermination de la structure de la tumeur, avant l'opération, peut être le sujet de problèmes non moins compliqués. La masse morbide est-elle simplement fibreuse et solide, ou bien est-elle aréolaire ou kystique ? Quelle est la nature du liquide contenu dans les kystes ou dans les aréoles ? Est-il clair et séreux, ou jaunâtre, verdâtre, ou bien est-il épais, gélatineux, ou encore complétement sanguin ? Il ne faudrait guère compter pouvoir reconnaître ces points autrement qu'en pratiquant une ponction. Mais à quoi bon faire cette ponction ? Quel renseignement avantageux en résulterait-il pour l'opérée ? M. Péan déclare cette recherche à tout le moins inutile, sinon dangereuse. Au cours de l'opération, on sera encore très à temps de se renseigner sur la nature du contenu. En effet, cette reconnaissance est absolument sans intérêt au point de vue du manuel opératoire, dès l'instant que l'on a recours à la seule méthode d'ablation qui soit praticable : le morcellement. Si on l'entreprenait, on agirait dans un but bien plutôt scientifique que pratique, et M. Péan préfère s'en tenir exclusivement à ce dernier point de vue.

On pourrait être tenté encore de rechercher si la trame de la tumeur n'est pas déjà plus ou moins incrustée de matières calcaires et pétrifiées. Cette recherche serait à peu près du même ordre que celle dont il vient d'être parlé et n'aurait pas plus d'importance. Le degré d'incrustation et de résistance n'a d'intérêt qu'au point de vue des efforts que peut nécessiter la section pendant l'opération.

Ce qu'il serait autrement intéressant de savoir, ce serait de reconnaître si la tumeur, après être restée longtemps bénigne, n'aurait pas subi la dégénérescence cancéreuse, ainsi que M. Péan a été à même de l'observer plusieurs fois. C'est là une recherche fort délicate et au sujet de laquelle on est souvent obligé de s'en tenir aux présomptions. Chez une malade, entre autres, à laquelle M. Péan s'était borné à faire une incision exploratrice en vue d'éclairer le diagnostic, et qui succomba plus tard à la reproduction de l'ascite, complication qui avait nécessité anterieurement un très-grand nombre de ponctions, il a reconnu, conformément à l'opinion de Dupuytren, que la tumeur, après être restée quelques années fibreuse, s'était ramollie par places et avait pris l'aspect des tumeurs fibro-plastiques ou cancéreuses. Deux symptômes importants lui avaient néanmoins permis, dans ce cas, de se rendre compte, d'une façon à peu près certaine, de la nature de la tumeur. C'étaient, d'une part, un ascite se reproduisant avec une rapidité telle qu'il fallait ponctionner tous les huit jours, et, de l'autre, la fétidité ichoreuse du sang qui, à chaque époque menstruelle, s'échappait du col utérin.

Chez une autre malade, opérée par le même chirurgien, la tumeur, qui avait été fibreuse au début, était devenue encéphaloïde, et, bien que l'opération ait été faite à la période de cachexie, il n'y avait pas encore de cancer ailleurs que dans l'utérus. Chez cette malade, tout le corps de l'utérus se trouvait envahi par la maladie, et il fallut faire porter la section sur l'épaisseur même du col. L'opérée alla très-bien ; tout se passait pour le mieux, quand, le douzième jour, elle fut enlevée en moins de douze heures par un opisthotonos si violent qu'on n'eut même pas le temps d'intervenir.

Avant de quitter ce qui a trait à l'ablation des fibromes, M. Péan avertit encore que les difficultés ne sont pas les mêmes quand il s'agit de tumeurs interstitielles de l'utérus développées presque uniquement du côté de la cavité péritonéale, lors même que ces tumeurs descendent très-bas dans le col, ou quand on a affaire à des fibromes nés plus ou moins près du col, et qui se développent du côté du bassin ou de l'abdomen, en surmontant tous les organes. Pour ces dernières tumeurs, il devient nécessaire de diriger l'énucléation et le morcellement avec un soin qui rend l'opération bien plus longue et plus laborieuse qu'elle ne l'est pour les tumeurs fibreuses interstitielles. En somme, M. Péan indique par là qu'il tient pour beaucoup plus facile d'enlever les tumeurs utérines à l'aide de ligatures bien dirigées et sans qu'on ait la crainte de blesser la vessie, lors même que l'utérus qui les contient serait très-hypertrophié. Cette crainte existera d'autant moins que l'utérus, hypertrophié dans sa totalité, aura été lui-même plus fortement entraîné vers la cavité abdominale, ce dont le chirurgien aura pu aisément s'assurer, avant l'opération, par la difficulté qu'il aura eu à atteindre le col par le toucher vaginal.

Un danger contre lequel M. Péan recommande de se tenir en garde, au cours de l'opération, est celui qui provient des déplacements et des changements de rapports qu'a pu éprouver la vessie. On peut la trouver déviée à droite ou à gauche, refoulée par en bas, ce qui n'a que peu d'inconvénients, ou, au contraire, entraînée par en haut, et étalée sur la tumeur et atteignant à une hauteur plus ou moins grande. M. Péan a vu le fond de ce réservoir dépasser la moitié de l'espace qui s'étend du pubis à l'ombilic. Si surtout la tumeur fait saillie sur le pubis, la vessie se trouve étranglée par la pression des os, sa cavité est en quelque sorte divisée en deux, et la sonde ordinaire, introduite par l'urèthre, vient butter contre la tumeur et ne franchit qu'avec peine le rétrécissement. L'examen par la sonde, s'il n'est très-soigneusement fait, peut donc n'être qu'incomplet. C'est pour cela que M. Péan donne le conseil, dans ces cas, de recourir à une longue bougie d'étain,

flexible, semblable à celle qui sert pour le cathétérisme de l'homme, pour explorer la vessie, la brièveté de la sonde ordinaire de femme pourrait devenir une cause d'erreur, et il serait à redouter qu'une portion sus-pubienne de la vessie, étalée et étirée sur la tumeur, ne fût prise pour des feuillets épiploïques, avec lesquels elle a une grande ressemblance, et entamée par le bistouri ou compromise dans une ligature.

(*A suivre.*)

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 18 juin 1873 (1). — Présidence de M. MAURICE PERRIN.

Relation de quatre cas de polypes naso-pharyngiens.

M. GUYON termine ainsi la lecture du travail de M. Duménil :

III. Le nommé G..., âgé de treize ans, habitant la campagne, entre à l'hôtel-dieu de Rouen le 4 octobre 1872. Il a présenté déjà, chez lui, des hémorrhagies très-abondantes qui paraissent avoir mis sa vie en péril. Au moment de son entrée, il ne perd pas de sang, et son état général paraît bon.

Il est atteint d'un polype naso-pharyngien qui obstrue complétement la fosse nasale gauche pour se laisser voir par les narines. Le voile du palais n'est pas déformé. L'exploration avec le doigt fait constater, au-dessus du voile du palais, une tumeur lobulée, dure, ayant une large base d'implantation à l'apophyse basilaire. Cette tumeur envoie dans la fosse zygomatique gauche un prolongement qui forme au-dessous de l'arcade zygomatique une saillie grosse comme une amande, appréciable à travers les téguments aussi bien que du côté de la cavité buccale.

Je me proposais d'opérer le malade lorsqu'il fut pris d'érysipèle de la face vers le 8 octobre. Cet érysipèle guérit dans l'espace de dix à douze jours. Toujours disposé à pratiquer l'opération, j'attendais que ce garçon fût bien remis, lorsque, le 5 décembre, les saignements de nez recommencèrent. D'abord peu importants, ils augmentèrent graduellement; les injections de perchlorure de fer ne suffirent bientôt plus à les arrêter; le sang jaillissait en grande abondance de la narine gauche, à plusieurs reprises dans les vingt-quatre heures.

15 novembre. — Une hémorrhagie plus abondante que les précédentes est arrêtée momentanément par le tamponnement antérieur, au moyen de bourdonnets imbibés de perchlorure de fer; mais, dans la journée, elle se reproduit par la gorge avec une profusion effrayante; amenant des syncopes et une décoloration absolue du visage. Le malade se plaignait de suffocation et d'engourdissements dans les extrémités; il vomit une certaine quantité de sang qu'il avait avalée. L'interne parvient à se rendre maître de l'hémorrhagie par la compression de la carotide, mais elle se reproduit dès qu'on cesse la compression. Plusieurs aides sont placés auprès du malade pour le maintenir constamment. Pendant la nuit, l'hémorrahagie se renouvelle encore, mais moins abondante.

16 octobre, à neuf heures du matin. — Je pratique la ligature de la carotide externe gauche. L'opération est laborieuse à cause de la présence d'un gros tronc veineux qui se bifurque jusqu'au niveau de la carotide externe et à cause de la nécessité d'éviter toute perte de sang un peu considérable. Je parviens à passer la ligature sans léser de vaisseaux importants. La présence du nerf hypoglosse qui croise l'artère à l'angle supérieur de la plaie me donne la certitude que j'ai bien lié la carotide externe.

17 et 18 octobre. — Rien de particulier. Le malade mange volontiers; le sommeil est bon; les couleurs reviennent au visage. Le malade n'a pas perdu une goutte de sang. La tumeur de la joue gauche ne se sent plus à l'extérieur, mais on la retrouve en introduisant le doigt dans la bouche, sous l'arcade zygomatique.

Tout se passe sans le moindre accident, jusqu'au 22. Le malade mange bien, dort bien et sans fièvre.

22 octobre. — L'interne trouve, à la visite du soir, les pièces du pansement baignées de sang; mais l'écoulement s'arrête de lui-même. La ligature est restée en place; la nuit se passe bien.

23 octobre. — Au moment de la visite du matin, le sang s'écoule en assez grande abondance de la plaie, sans jet. La compression de la carotide primitive arrête immédiatement l'hémorrhagie, qui ne se reproduit plus; la ligature tombe le douzième jour.

L'interne attribue la première hémorrhagie consécutive à la ligature à des efforts que le malade aurait faits pour aller à la garde-robe.

26 octobre. — Extirpation du polype par le procédé de Bœckel. Comme dans le premier cas, le plancher de l'orbite est abattu avec le ciseau.

J'attaque la base d'implantation du polype à l'apophyse basilaire avec la rugine et j'arrache la masse avec de fortes tenettes. Le cautère est porté à deux reprises sur les parties saignantes.

Le prolongement zygomatique rétréci, j'énuclée la partie saillante de ce prolongement avec le doigt et la sonde cannelée, et, le faisant saisir avec des pinces du Museux, je prolonge l'énucléation jusqu'à sa racine, que je détache ensuite aisément avec la rugine.

Le malade avait perdu une quantité notable de sang; mais malgré cela, les forces étaient suffisamment conservées.

Le lambeau ostéo-cutané rabattu, fut maintenu par de nombreux points de suture métallique.

Les suites de l'opération furent des plus simples; la fièvre traumatique fut peu intense et de courte durée. La réunion immédiate fut obtenue sur presque tous les points. Au bout de trois semaines, les portions externes des cicatrices, des incisions horizontales supérieure et inférieure, se rangèrent dans une étendue de 2 centimètres sous l'influence d'un peu de suppuration sous-jacente, qui resta toujours fort peu abondante.

Le malade reprit vite ses forces. Le 15 janvier, il mangeait facilement quatre portions et était debout toute la journée.

15 février. — La cicatrisation de l'incision horizontale inférieure est complète. L'incision supérieure ne laisse plus qu'un point très-circonscrit à sa limite externe d'où suinte encore une très-faible quantité de pus. La pression sur le maxillaire ne fait constater ni mobilité ni douleur. La circulation de l'air se fait sans le moindre obstacle à travers la fosse nasale gauche.

Il n'y a aucune déformation de l'œil, de la paupière, du nez, ni de la bouche.

Le malade sort le 24 février. Je constate dans l'arrière-gorge l'existence de quelques rugosités, et le doigt revient légèrement teinté de sang.

Le malade vient me voir à la fin d'avril. La guérison se maintient.

IV. J'eus à traiter, en 1870, pour une tumeur érectile volumineuse de la région parotidienne gauche, une petite fille de trois ans d'une constitution assez chétive. Deux cautérisations électriques amenèrent l'affaissement complet de cette tumeur et ne laissèrent que des cicatrices blanches, égales, superficielles. A la suite de cette opération, les parents avaient appelé mon attention sur une difficulté qu'avait l'enfant à respirer par le nez, et sur un ronflement très-fort pendant son sommeil. Les amygdales étaient un peu grosses. J'attribuai alors à cette circonstance les troubles qu'on me signalait, je n'examinai pas le pharynx. Ce ne fut que deux ans plus tard que les parents, m'ayant ramené l'enfant, je constatai sur l'apophyse basilaire l'existence d'une tumeur dure, mamelonnée, du volume d'une amande. On ne voyait rien dans les fosses nasales, mais l'air ne passait que très-dificilement à travers la fosse nasale gauche.

J'essayai d'enlever cette tumeur par le procédé de rugination de M. A. Guérin, mais j'éprouvai une difficulté insurmontable à

(1) Fin. — Voir le numéro du 26 août 1873.

manœuvrer la rugine et j'abandonnai cette tentative pour le moment.

Le premier de ces quatre malades nous présente un succès de la résection partielle et temporaire du maxillaire; mais la question que ce cas soulève est de savoir si l'on ne pouvait pas épargner au malade cette grave opération préliminaire. Je dois convenir qu'il y a ici erreur de diagnostic. J'ai cru à l'existence d'un polype à large implantation lorsque la tumeur présentait un pédicule mince. La masse de la tumeur remplissait le pharynx, et comme le pédicule était très court, que la partie renflée du polype lui succédait brusquement, il était impossible d'arriver jusqu'à lui avec le doigt, l'erreur était ainsi difficile à éviter. Une autre erreur fut de considérer la tumeur qui obstruait la fosse nasale gauche comme nn prolongement de celle du pharynx lorsqu'elle en était complétement indépendante. Mais ici encore, je ne vois guère comment on pourrait vaincre la difficulté. La transmission des mouvements imprimés à la tumeur pharyngienne fournirait un signe positif certain, mais l'absence de cette transmission ne suffirait pas pour prouver l'isolement des polypes, car outre que la manœuvre est de nature à présenter des difficultés, l'enclavement pourrait immobiliser le prolongement nasal d'un polype naso-pharyngien.

En pareil cas, les éléments essentiels du diagnostic me semblent être la formation régulière de la tumeur et le peu de tendance aux hémorrhagies, caractères qui n'appartiennent guère aux véritables fibromes de cette région.

Ce polype n'avait pas, comme les véritables polypes naso-pharyngiens, son implantation à la voûte du pharynx, sans quoi l'on eût aperçu cette implantation après le premier temps de l'opération. Sans que nous ayons pu déterminer rigoureusement les attaches du pédicule, nous pouvons affirmer qu'elles avaient lieu sur un point du pourtour de l'orifice postérieur des fosses nasales, de sorte que c'était plutôt un polype des fosses nasales qu'un polype naso-pharyngien.

Sa structure était celle des polypes fibro-muqueux; il présentait une enveloppe fibreuse avec un centre aréolaire et rappelait entièrement la disposition d'un polype fibro-muqueux de la base du crâne, dont M. Legouest a fait la relation à la Société de chirurgie en 1869.

Si le diagnostic eût pu être posé rigoureusement, l'indication aurait été de détruire la masse nasale par arrachement et d'enlever ensuite la tumeur pharyngienne également par l'arrachement joint à la torsion ou par la ligature.

Dans le deuxième cas, il y avait, à mon avis, indication d'employer un moyen radical, car le polype dont le début ne paraissait pas remonter beaucoup au delà de six mois, avait déjà amené des épistaxis abondantes, et une tentative d'arrachement du prolongement nasal avait provoqué une hémorrhagie. Séduit par la simplicité apparente du procédé de Ollier et par un brillant succès que j'avais constaté sur un malade au service de ce chirurgien à l'hôtel-dieu de Lyon, j'opérai suivant ses données. Le résultat fut fatal et le choix du procédé ne fut pas étranger à la mort. Dans cette opération on aborde, en effet, la tumeur par sa partie antérieure, de telle sorte que si un prolongement un peu considérable remplit la fosse nasale, il faut commencer par le détruire avant d'arriver au pédicule; or, la perte de sang dans ce temps de l'opération peut suffire pour amener la mort, comme cela est arrivé chez mon second malade; le sang ne coulait plus lorsque j'arrivai à détruire les racines de la tumeur, et cependant il a succombé à l'hémorrhagie. Un procédé qui permet d'arriver au pédicule latéralement et de l'attaquer d'emblée me paraît beaucoup plus sûr.

Je crois, en outre, qu'avec le procédé de Ollier, il doit souvent être très-difficile d'arriver à l'extraction des prolongements que le polype peut envoyer dans les différentes cavités de la face.

La mort a bien eu lieu ici par hémorrhagie et non pas par l'introduction du sang dans les voies aériennes, comme l'autopsie l'a démontré. En présence d'un fait aussi malheureux, nous nous sommes demandé si l'on ne devrait pas, lorsqu'on entreprend une opération de cette nature, tout disposer pour la transfusion du sang.

Dans le troisième cas, l'opportunité de l'opération ne me semble pas discutable. Le malade avait failli succomber à différentes reprises aux hémorrhagies, et la dernière avait nécessité la ligature de la carotide externe. Non-seulement je m'étais rendu maître de l'hémorrhagie par cette ligature, mais encore la tumeur avait notablement diminué. Cette diminution pouvait-elle faire espérer une guérison complète ou au moins le maintien de la tumeur dans un état stationnaire? L'espoir d'une guérison complète n'est pas admissible, et quant à l'arrêt définitif des progrès du mal, le sujet, âgé seulement de treize ans, était trop éloigné de l'époque où l'on peut espérer voir ces tumeurs devenir inoffensives pour qu'il y eût une sécurité complète. Les développements des anastomoses aurait probablement ramené dans un temps court l'accroissement de la tumeur et les hémorrhagies.

Ici j'ai donné la préférence au procédé de Bœckel, et je n'ai eu qu'à m'en féliciter, car l'extirpation du prolongement zygomatique qui a été très-facile, eût présenté de très-grandes difficultés si j'avais opéré par le procédé de Ollier.

Dans les deux cas, où j'ai employé la résection partielle et temporaire du maxillaire supérieur, j'ai été frappé, comme M. Trélat, de la rapidité avec laquelle la réparation se fait, au point que les malades peuvent, au bout de quelques jours, prendre des aliments solides, et qu'avant un mois la consolidation est complète. On aurait pu craindre qu'en ne ménageant pas davantage le plancher de l'orbite, et qu'en l'abattant simplement avec le ciseau au lieu de sectionner la paroi antérieure du sinus maxillaire avec la scie, comme le fait M. Trélat, la conformation de la paupière inférieure n'en souffrît; il n'en a rien été chez mes deux malades.

La quatrième observation est un exemple rare de polype naso-pharyngien chez la femme. Si j'avais à intervenir d'une façon radicale dans ce cas, comme la face présente déjà une difformité résultant de la cautérisation d'une tumeur érectile, ce serait au procédé de Nélaton que je donnerais la préférence.

M. DEMARQUAY. Je demande à la Société la permission de lui rapporter un fait de ma pratique ayant quelque analogie avec l'un de ceux qui viennent d'être lus.

Il y a trois ans, j'opérai une dame atteinte d'un polype pharyngien fibreux et pédiculé. L'ablation fut aisément pratiquée avec l'écraseur linéaire et la malade partit guérie.

Elle revenait, il y a trois mois, avec un polype, non plus seulement pharyngien, mais naso-pharyngien, envahissant le sinus maxillaire et la fosse nasale droite. La malade avait quarante-huit ans, une physionomie altérée; elle toussait; j'eus des doutes sur la nature du mal et refusai d'opérer.

Quelque temps après, elle sollicita de nouveau l'intervention chirurgicale. Sa santé générale était notablement améliorée, mais la respiration restait toujours très-gênée par suite de la présence de la tumeur au voisinage de la glotte. J'endormis la malade pour pouvoir faire une exploration complète, et je reconnus que l'implantation avait lieu sur le côté des troisième et quatrième vertèbres cervicales. Quoique fort perplexe, je finis par céder aux instances très-pressantes de cette dame. Je songeai à pratiquer préalablement la trachéotomie, et ne le fis pas cependant pour diminuer le traumatisme.

Le chloroforme étant administré, je reséquai le maxillaire supérieur avec des sécateurs puissants, en conservant la plancher de l'orbite, et laissai reposer la malade. J'avais grand soin de faire pencher la tête pour que le sang s'écoulât au dehors.

J'isolai ensuite la tumeur, je ruginai le pédicule et je me disposais à cautériser, lorsque je m'aperçus que la malade était livide, et paraissait inanimée. Le chloroforme, supprimé après le début de l'opération, ne pouvant être mis en cause, je me rassurai en pensant à une syncope; mais il n'en fut pas ainsi, et j'eus la douleur de ne pouvoir rappeler la malade à la vie, malgré des tentatives de toutes sortes prolongées pendant une heure et demie.

L'autopsie m'a démontré ce fait très-important: l'arbre bronchique gauche était rempli de sang tombé dans la trachée durant l'opéra-

tion. La bronche droite était libre, mais insuffisante pour compenser la suppression brusque de la respiration dans tout le poumon gauche. Le malade de notre collègue de Rouen a succombé sans doute à un accident du même genre.

Histologiquement, la tumeur était un sarcome.

M. DOLBEAU. J'ai été surpris d'entendre la relation d'un polype naso-pharyngen développé sur une petite fille de six ans. Je demande à faire des réserves sur ce point, parce que, en définitive, M. Duménil n'a pas enlevé le polype et que le diagnostic n'est pas démontré. Or, jusqu'à présent, je ne sache pas qu'on ait prouvé d'une façon authentique l'existence de polypes naso-pharyngiens, de ces polypes qui s'implantent sur la base du crâne, dans le sexe féminin. Il est vrai que M. Richet a publié un cas de polype naso-pharyngien chez une femme, mais il s'agissait d'un cancer et non d'un fibrôme.

Non-seulement ces tumeurs sont spéciales à l'homme, mais elles constituent encore l'apanage de la jeunesse; c'est une maladie de la jeunesse, elles débutent vers l'âge de quinze ans, on ne les trouve plus après la trentaine. Cela est si vrai, qu'on a pu croire qu'elles s'atrophiaient avec l'âge et que M. Legouest a proposé, dans certains cas, l'expectation, pour faire bénéficier les malades de cette loi pathologique.

Dans son travail, M. Duménil se loue beaucoup du procédé de résection de M. Bœckel, de la résection temporaire. Je doute qu'on puisse arriver facilement à déraciner de cette façon un véritable polype de la base du crâne. On ne peut, en outre, surveiller le pédicule. M. Duménil invoque le cas présenté ici par M. Trélat, il y a quelques mois. Le malade n'était pas encore complétement guéri lors de la présentation, et je prierai notre collègue de bien vouloir nous donner des renseignements sur la marche ultérieure de la maladie.

M. VERNEUIL. Je suis très-aise que l'occasion soit fournie à chacun de nous de dire ce qu'il pense des résections temporaires du maxillaire supérieur. M. Duménil s'en est bien trouvé, dit-il, mais le pédicule du polype de son premier malade avait seulement le volume du doigt et fut détaché avec la plus grande facilité; or ce n'est pas ce que j'ai observé jusqu'à présent; les pédicules de ces fibromes naso-pharyngiens sont larges et adhèrent extrêmement. Le second malade de M. Duménil n'a été suivi que pendant huit mois. A mon avis, ce n'est pas suffisant pour affirmer la guérison; j'estime qu'il faut bien deux années pour croire à une cure définitive.

M. Desormeaux nous présenta jadis un magnifique succès de résection temporaire du maxillaire supérieur, mais six mois après il y avait récidive. Je me suis entretenu de ce sujet avec M. Ollier, qui, lui aussi, a vu des récidives à la suite de ces mêmes résections. En conséquence, je suis loin d'accepter comme démontrée l'efficacité des résections temporaires dans le traitement des polypes naso-pharyngiens, je pense qu'il faut surveiller attentivement le pédicule, et pour cela, conserver une vue sur son point d'implantation.

Il est des cas où l'opération palliative trouve son application, et la voie palatine doit être alors employée de préférence. C'est ainsi qu'on m'adressa l'année passée de l'Auvergne un jeune garçon qui asphyxiait littéralement; le polype descendant dans le pharynx, oblitérait de plus en plus l'orifice supérieur du larynx. Pour économiser son sang, j'incisai à blanc le voile du palais avec le couteau galvanique, et enlevai avec l'écraseur un morceau du polype gros comme une pomme d'api. Ce fut une soudaine métamorphose. Avec la respiration, la santé revint vite et je me disposais à pratiquer une opération radicale, mais le malade, satisfait de son état, ne voulut pas s'y soumettre. J'ai appris depuis que la santé générale continuait à être bonne.

Ainsi que l'a dit M. Dolbeau, la jeunesse et le sexe masculin ont le triste privilége d'être atteints des polypes naso-pharyngiens. Cependant il y a des exceptions : sur une femme de soixante et quelques années, opérée déjà il y a vingt ans par A. Richard, j'ai fait, il y a trois ans, l'excision partielle d'un prolongement pharyngien gênant la respiration. Je l'ai de nouveau opérée dernièrement. Or la tumeur, que j'ai examinée moi-même au microscope, est un fibrome pur.

La cause de mort dans le cours de l'opération signalée par M. Demarquay est fort importante; j'en ai communiqué un cas semblable à la Société en 1870.

M. LABBÉ. Je suis grandement d'avis qu'il faut revoir les malades longtemps après l'opération avant de pouvoir affirmer une guérison définitive.

En 1866, j'ai opéré avec M. Lannelongue un malade dont l'état était tellement désespéré, que Velpeau, dans le service duquel il se trouvait, était opposé à toute intervention chirurgicale. Le polype s'implantait par une large base sur l'apophyse basilaire et envoyait un énorme prolongement nasal retombant sur la lèvre supérieure. J'incisai le palais, et pendant que M. Lannelongue repoussait du doigt en arrière le lobe nasal, je pus arriver à détacher complétement la masse entière dans l'espace de quelques minutes. Le malade guérit très-bien et ne voulut pas se soumettre au traitement consécutif. Dix-huit mois plus tard, il revenait à Paris avec une récidive considérable. Je l'opérai de nouveau dans le service de M. Gosselin; il guérit encore et, comme la première fois, quitta le service aussitôt. J'ai eu des nouvelles de ce jeune homme il y a un mois. La santé est bonne. Il reste encore quelque chose au niveau du pédicule, mais il y aurait plutôt tendance à une diminution spontanée.

Je considère, comme M. Dolbeau, que jusqu'à présent il n'existe pas dans la science d'exemple bien net de polype naso-pharyngien observé chez la femme. Je crus avoir trouvé cette rareté l'année passée sur une jeune fille que j'opérai, à la Pitié, d'une énorme tumeur du pharynx (l'observation complète sera remise sur le bureau de la Société dans la séance prochaine), mais l'examen de la pièce démontra que ce n'était pas un vrai fibrome.

M. TRÉLAT. M. Dolbeau voudrait que l'on fît la distinction entre le fibrome pur et les autres tumeurs qui peuvent se développer dans le pharynx. Mais elle est très-difficile à faire cette distinction. Entre le fibrome, le fibro-sarcome et le sarcome il n'y a souvent que des transitions insensibles; souvent aussi on trouve sur une même tumeur la combinaison de deux tissus. C'est ainsi qu'histologiquement, la tumeur de mon malade était un fibro-sarcome, et j'en ai observé un second exemple.

Quant au jeune garçon que j'ai présenté cet hiver à la Société, voici ce qui est advenu :

Comme résultat absolu primitif, la résection temporaire en a fourni un excellent. Le malade est parti radicalement guéri; mais, après trois mois, il est revenu avec une récidive. J'ai fait tous mes efforts pour lui épargner un traumatisme grave. J'ai d'abord tenté d'attirer le polype avec un fil par la fosse nasale et de le ruginer avec un instrument construit spécialement dans ce but. J'ai échoué à cause de ses prolongements multiples. J'ai alors fendu le voile du palais avec des ciseaux (j'ai observé qu'en se tenant exactement sur la ligne médiane, on n'avait aucun écoulement de sang) et fait une tentative d'extirpation avec des pinces. Je n'ai rien obtenu. J'ai eu recours à la pâte de Canquoin dont j'ai appliqué six fois une rondelle sur la tumeur. Aucun résultat. Depuis six mois j'ai pratiqué vingt-cinq cautérisations avec le galvano-cautère. Le malade, qui remplit les fonctions d'infirmier dans mon service, supporte fort bien ce traitement et se remet au travail dix minutes après la cautérisation. Je réprime ainsi la tumeur en intervenant tous les huit jours, mais une interruption de trois semaines dans le traitement suffit pour qu'elle reprenne le dessus. Au milieu de cela, l'état général est très-bon, mais je n'ose cependant pas tenter une nouvelle résection. Je conclus de ceci, qu'au point de vue opératoire, le résection temporaire est une bonne opération, mais que, pour les polypes naso-pharyngiens, il est préférable de maintenir ouverte une large voie qui permette de surveiller le pédicule.

M. DOLBEAU. Je ne suis pas convaincu par les faits que nous a cités M. Verneuil. Certes, il peut exister des fibromes du pharynx, de même qne d'autres s'implantent sur les parties latérales des vertèbres, sur les apophyses épineuses; mais le vrai polype naso-pha-

ryngien, celui qui prend racine sur la base du crâne, je pense qu'on n'en a pas encore trouvé chez la femme.

Certaines de ces tumeurs autorisent les opérations partielles, laissent vivre les malades et peuvent finir par guérir à condition de les cautériser souvent et jusque sur l'os. C'est ainsi que j'en ai cautérisé une tous les soirs pendant un an et demi. Je suis donc opposé aux mutilations irréparables telles que la résection du maxillaire supérieur dans le traitement des polypes naso-pharyngiens, à moins de cas spéciaux, et les faits qui viennent d'être rappelés, d'ablations partielles, me paraissent fortement plaider en faveur de la voie palatine.

M. TRÉLAT pense qu'il faut subordonner la méthode au cas clinique. Si le polype est bien limité, la voie palatine lui paraît la meilleure; mais cette voie ne suffit plus lorsque la tumeur envoie des prolongements multiples dans les cavités de la face.

La séance est levée à cinq heures.

Le secrétaire, TILLAUX.

ÉTAT SANITAIRE.

Paris. — Population (recensement de 1872) : 1,851,792 habitants. — Décès du 23 au 29 août 1873 : 841.

Rougeole, 17 ; — scarlatine, » ; — fièvre typhoïde, 30 ; — érysipèle, 8 ; — bronchite aiguë, 20 ; — pneumonie, 35 ; — dysenterie, 9 ; — diarrhée cholériforme des jeunes enfants, 41 ; — choléra nostras, 2; — angine couenneuse, 5 ; — croup, 19 ; — affections puerpérales, 7 ; — autres affections aiguës, 238 ; — affections chroniques, 333, dont 133 dues à la phthisie pulmonaire ; — affections chirurgicales, 60 ; — causes accidentelles, 17.

Londres. — Population : 3,356,073 habitants. — Décès du 17 au 23 août 1873, 1,546.

Variole, » ; — rougeole, 30 ; — scarlatine, 14 ; — fièvre typhoïde, 28 ; — érysipèle, » ; — bronchite, 67 ; — pneumonie, 56 ; — dysenterie, 4 ; — diarrhée, 362 ; — choléra nostras, 16 ; — diphthérie, 5 ; — croup, 11 ; — coqueluche, 39.

Rome. — Population : 244,484 habitants. — Décès du 11 au 17 août 1873 : 173.

Variole, » ; — rougeole, » ; — fièvre typhoïde, 13. — érysipèle, » ; — bronchite, 3 ; — pneumonie, 6 ; — diphthérie et croup, 2.

Bruxelles. — Population : 185,000 habitants. — Décès du 10 au 16 août 1873 : 113.

Rougeole, » ; — fièvre typhoïde, 1 ; — bronchite et pneumonie, 5; croup et angine couenneuse, 1 ; — diarrhée des jeunes enfants, 32.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Corps de santé militaire. — M. le médecin inspecteur Legouest est nommé médecin en chef de l'armée de Versailles.

— Par décret en date du 18 août 1873, sont nommés :
Au grade de médecin principal de 1re classe : M. Cordier.
Au grade de médecin principal de 2e classe : M. Cocud.
Au grade de médecins-majors de 1re classe : MM. Schreiner, Giard et Balley.
Au grade de médecins-majors de 2e classe : MM. Scovasso, Huchart, Minzior, Mire, Mabboux, Annequin et Rouflay.

— *Faculté de médecine de Paris.* — M. Broca, professeur de clinique chirurgicale, est autorisé à se faire suppléer, pendant le deuxième semestre de l'année scolaire 1872-1873, par M. Lannelongue, agrégé de ladite Faculté.

— M. le docteur Laborde (Jean-Baptiste-Vincent) est chargé, à titre gratuit, des fonctions de chef de laboratoire de thérapeutique à l'École pratique de la Faculté de médecine de Paris.

— Nous sommes heureux de relever parmi les lauréats de l'Exposition de Vienne, le nom de M. Collin, successeur de Charrière, qui a obtenu le diplôme d'honneur pour ses instruments de chirurgie, et celui de M. Nachet, qui a obtenu la même distinction pour ses microscopes.

Le Directeur : Dr E. LE SOURD.

Paris. — Typographie A. POUGIN, quai Voltaire, 13.

Eaux minérales de Vals acidulés.

Gazeuses, Bicarbonatées, Sodiques, analysées par O. Henri.

Thermalit 13°	Saint-Jean	Rigolette	Précieuse	Désirée	Magdeleine
Acide carbonique libre...	1.425	2.095	2.218	2.145	2.050
Bicarbonate de soude....	1.480	5.800	5.940	6.040	6.280
— de potasse...	0.040	0.263	0.230	0.263	0.255
— de chaux....	0.310	0.259	0.630	0.571	0.520
— de magnésie.	0.120		0.750	0.900	0.672
— fer et mang.	0.006	0.024	0.010	0.010	0.029
Chlorure de sodium......	0.060	1.200	1.080	1.100	0.169
Sulfate de soude et chaux.	0.054	0.220	1.185	0.200	0.235
Silicate et silice, alumine..	0.080	0.060	0.060	0.058	0.097
Iodure alcal. arsenic lit..	indice	traces	indice	indice	traces
	2.151	7.826	8.885	9.142	9.248

Ces eaux sont *très-agréables* à boire à table, pures ou coupées avec du vin. Un excès d'acide carbonique et la proportion heureuse des bicarbonates calciques-magnésiens en font, malgré la plus riche minéralisation qui soit connue en France, des eaux *légères, douces*, essentiellement *digestives*. Dose ordinaire, une bouteille par jour. (*Indiquer autant que possible la source que l'on entend prescrire.*) *Emplois spéciaux* : SAINT-JEAN, maladie des organes digestifs ; — PRECIEUSE, maladies de l'appareil biliaire ; — DESIREE, maladies de l'appareil urinaire ; — RIGOLETTE, chlorose, anémie ; — MAGDELEINE, maladies de l'appareil sexuel.

SOURCE FERRO-ARSENICALE DE LA DOMINIQUE

Acide sulfurique libre.............		1.33
Silicate acide }		
Arséniate » }	sesqui-oxyde de fer	
Phosphate » }		0.44
Sulfate » }		
— de chaux....................		
Chlorure de sodium..............		
Matières organiques..............		

Cette eau est arsenicale; elle n'a aucune analogie avec les précédentes. Fièvres intermittentes, cachexies, dyspnée, maladies de la peau, scrofule, maladies organiques, etc.

Les eaux de ces sources se transportent et se conservent sans altération ; elles se trouvent dans les principales pharmacies de France, au prix de 8,80 c. la bouteille en verre noir, revêtue d'une étiquette et coiffée d'une capsule en étain indiquant la source où elle a été puisée.

CONSTIPATION

Guérie sans purger par les pilules de **PODOPHYLLE COIRRE.** 3 fr. — 24, rue du Regard, Paris, et principales pharmacies.

SIROP FERRUGINEUX

D'ÉCORCES D'ORANGES ET DE QUASSIA AMARA AU PROTOIODURE DE FER

Préparé par J.-P. LAROZE, pharmacien, 2, *rue des Lions-Saint-Paul, à Paris.*

Le quassia amara, spécial contre les malaises de nature intermittente, est employé avec succès chez les femmes et les jeunes filles au moment de leur formation. Le fer, associé au Sirop mixte d'écorces d'oranges et de quassia, est le plus sûr reconstituant des tempéraments affaiblis avec dyspepsie. Cette union est d'autant plus rationnelle que le sirop d'écorces d'oranges, employé seul pour stimuler l'appétit et régulariser les fonctions abdominales, neutralise les effets fâcheux (pesanteurs de tête, constipation, douleurs épigastriques) des ferrugineux et des iodures, alors qu'il facilite leur absorption. Dissous dans ce sirop, l'iodure ferreux est pris et bien supporté, étant à l'état pur le plus assimilable ; et, dans les pâles couleurs, les pertes blanches, l'anémie, les affections scrofuleuses et le rachitisme, le traitement peut être prolongé. Ce Sirop cumule *l'action antipériodique* du quassia amara, l'*action tonique* du fer et l'*action diffusible* de l'écorce d'orange.

Dépôt à Paris, 26, rue-Neuve-des-Petits-Champs.

CONTREXÉVILLE

(SOURCE DU PAVILLON)

CONTRE LA GRAVELLE, LA GOUTTE ET LES MALADIES DES VOIES URINAIRES.

ÉTABLISSEMENT OUVERT

DU 15 MAI AU 15 SEPTEMBRE

Dépôt central : 23, r. de la Michodière, Maison TRINQUESSE (Paris), où l'on trouve toutes les eaux minérales et spécialement celles étrangères.

EXPOSITION DE 1867

La seule et unique Médaille pour la Pepsine, en récompense de la supériorité de fabrication constatée après expériences faites par les membres du Jury de l'Exposition 1867, MM. Fehling (de Stuttgart), Fritsche (de Saint-Pétersbourg), a été accordée exclusivement à la

Pepsine de Boudault, seul fabricant et fournisseur de la Pepsine dans les hôpitaux de Paris depuis 1854.

Quinze années de fabrication supérieure.

Elle est employée dans les *dyspepsies légères et rebelles, gastrites, gastralgies, dans les vomissements incoercibles de la grossesse, la lienterie des enfants, et autres affections des organes digestifs,* sous forme de vin, Elixir, Prises, Pastilles et Dragées. *Se méfier des contrefaçons.*

Pharmacie Hottot, 24, rue des Lombards, Paris.

EPILEPSIE

HYSTERIE — NEVROSES

Le Sirop de Henry Mure, **au bromure de potassium** (exempt d'iodure), dont l'usage est aujourd'hui universellement répandu, a déterminé un nombre considérable de guérisons publiées dans les recueils scientifiques.

Chaque cuillerée de Sirop de Henry Mure contient 2 grammes de **bromure de potassium** d'une pureté chimique irréprochable.

PRIX DU FLACON : 5 francs.

Vente au détail. — A Paris, 16, rue de Richelieu, pharmacie Lebrou.

Vente en gros. — S'adresser à M. Henry Mure, pharmacien, à Pont-Saint-Esprit (Gard).

HÉMATOSINE

De **TABOURIN**, chev. de la Légion d'honneur et **LEMAIRE**, chimiste.

FERRUGINEUX PHYSIOLOGIQUE, ASSIMILABLE

L'Hématosine assure une guérison complète et prompte de toutes les maladies causées par l'appauvrissement du sang.

Chlorose, anémie, scrofule, lymphatisme des enfants, leucorrhée (*flueurs blanches*), **aménorrhée, maigreur excessive, faiblesse générale, épuisement, convalescences longues et difficiles, etc., etc.**

L'Hématosine est parfaitement supportée par les estomacs les plus délicats ; elle ne constipe pas ; elle passe très-bien sans amener ni fatigue, ni dégoût, ni accidents d'aucune sorte.

Vente en gros chez DESNOIX et Ce, 22, rue du Temple, à Paris. Au détail, chez tous les pharmes.

PRIME DE **16,600** FRANCS — MÉDAILLE D'**OR** A LAROCHE

QUINA LAROCHE

Extrait COMPLET **des 3 SORTES de quinquinas**

ÉLIXIR *reconstituant, tonique* et *fébrifuge*. A base de vin d'Espagne et d'un goût agréable, ce produit participe du vin et du sirop de quinquina, mais leur est bien supérieur en efficacité.

Le procédé **Laroche** consiste à épuiser par une série de véhicules variés, et un outillage spécial, la totalité des nombreux principes contenus dans les 3 meilleures sortes de quinquinas (*jaune, rouge et gris*), principes essentiels qui se complètent l'un par l'autre, et qui manquent presque toujours dans les préparations ordinaires.

Combiné au fer le *Quina Laroche* **Ferrugineux** offre une préparation aussi complète que possible, pour tous les cas où le *quinquina* et *le fer* sont jugés utiles.

PARIS, 22 et 15, rue Drouot, et dans toutes les pharmacies françaises et étrangères.

J. Laroche

VIN FERRUGINEUX A LA RHUBARBE

De Ad. CARPENTIER, pharmacien à Paris.

Ce vin ne produit jamais de constipation par un long usage. Agréable au goût, il convient dans tous les cas où le fer est indiqué. Le flacon, 3 francs. 61, Boulevard Malesherbes et dans toutes les pharmacies. — Dépôt a Saint-Quentin, *pharm. Lebon.*

CARBONATE ET CITRATE DE LITHINE EFFERVESCENTS

DE CH. LE PERDRIEL

employés avec succès contre la **Goutte**, les **Douleurs rhumatismales** et la **Gravelle.**

GRANULOIDES OU PETITES DRAGÉES DE CARBONATE ET DE CITRATE DE LITHINE

Dosés à **0,05** *centigrammes.*

Exiger le vrai cachet Le Perdriel. — Vente en gros : 54, rue Sainte-Croix de la Bretonnerie

Détail : 70, rue du Faubourg-Montmartre, à Paris, et dans toutes les Pharmacies.



MÉDICATION DIASTASÉE

FER diastasé — IODE diastasé — ARSENIC diastasé

(Sels de fer, d'iode et d'arsenic, combinés avec la graine de cresson par la germination)

Sous cette forme spéciale, ces sels intimement unis aux principes huileux et protéiques de la graine de cresson, cessent d'exercer leurs actions chimiques irritantes; ils acquièrent des propriétés analeptiques et pénètrent dans les voies de la circulation par l'assimilation normale; leur action est secondée par l'agent vital **la Diastase,** développée dans la germination de la graine (3 fr. le flacon).

PARIS, 15, rue Drouot (*pharmacie* GUETTROT) et dans toutes les pharmacies.

N° 102. — JEUDI 4 SEPTEMBRE 1873. 46e ANNEE. JEUDI 4 SEPTEMBRE 1873. — N° 102.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Bureaux : 57, rue des Saints-Pères, 57
PRÈS L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix d'abonnement
doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de [illegible]

On s'abonne hors de Paris
dans les bureaux des Messageries et chez les Libraires
Les lettres non affranchies sont refusées.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui n'en peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS	
Trois mois. .	8 fr. 50 c.
Six mois. . .	16 —
Un an. . . .	30 —

POUR L'ÉTRANGER le port en sus suivant les derniers tarifs des Postes.

Paris, le 3 septembre 1873.

SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

La discussion sur le choléra a repris son actualité. Aussi vient-elle de se rouvrir.

Le choléra existe au Havre, à Rouen. On dit aussi qu'il a passé à Évreux, à Lisieux. Il s'étend donc en Normandie comme une tache d'huile et semble menacer Paris.

Mais est-ce bien le vrai choléra? A-t-il été importé? M. Lecadre le nie dans une lettre qu'il vient d'adresser au président de l'Académie.

Selon lui, cette épidémie, qui a déjà emporté plus de cent personnes au Havre, serait née sur place. Ce serait la suite directe du choléra infantile transformé et s'attaquant à des adultes.

En un mot, au lieu de choléra d'origine asiatique, on n'aurait à combattre qu'un choléra nostras. Au lieu d'épidémie réelle par contagion, il s'agirait d'une pseudo-épidémie par constitution médicale.

Ce sont là aujourd'hui choses bien différentes aux yeux de la plupart des médecins, car, depuis le triomphe de la doctrine contagioniste en ce qui touche le choléra, on tend à ne faire jouer aucun rôle aux constitutions médicales.

Mais M. Jules Guérin n'est point de cet avis. Fidèle aux vieilles théories, il croit toujours que les épidémies, comme si elles naissaient sur place, sont d'habitude précédées de cholérines prémonitoires, et que la diarrhée prémonitoire ouvre la scène dans chaque cas de choléra. En un mot, le mal, avant de prendre toute son intensité, aurait besoin de s'essayer, pour ainsi dire, sur les populations comme sur les individus.

La cholérine, la diarrhée seraient les premières ébauches, et le choléra foudroyant serait le tableau achevé.

Nous doutons un peu que M. Guérin, avec tout le talent que nous lui connaissons, puisse ramener à ses théories la masse du corps médical; mais nous ne doutons pas qu'il ne soit, comme toujours, fort intéressant et ne sache tirer un bon parti des moindres arguments qui puissent lui servir.

Il est toujours bon qu'une discussion de cette importance soit entamée par un orateur et un penseur de ce mérite, surtout quand les doctrines qu'il défend sont contraires aux doctrines du plus grand nombre.

Dr VICTOR REVILLOUT.

CLINIQUE OCULAIRE. — M. DESMARRES FILS.

Glaucome antérieur et iritis séreuse

Leçons recueillies par M. ALPHONSE MARTIN, chef de clinique.

Il existe en ophthalmologie deux affections, qui parfois s'empruntent mutuellement des symptômes, au point qu'il est quelquefois difficile à un œil peu exercé de les différencier. Je veux parler du glaucome aigu et d'un accès d'iritis séreuse, appelée par les anciens *aquo-capsulite*. Les deux exemples suivants, pris ces jours-ci à la clinique du docteur Desmarres fils, sont si nets et leurs caractères particuliers si tranchés, que l'on peut voir d'un premier coup d'œil les points communs de ressemblance de ces deux maladies, qu'il faut bien cependant se garder de confondre à cause de leur traitement et de leur pronostic.

Mme X..., couturière, âgée de soixante-deux ans, habitant avenue de Saint-Ouen, 7, vient à la clinique le 30 juillet. Cette dame, d'un tempérament sanguin, a été prise depuis six jours, sans cause appréciable, de douleurs vives péri-orbitaires. La lumière, le soir, est décomposée et la malade aperçoit la lumière irisée. L'œil gauche est surtout atteint. Cet œil présente les caractères suivants :

La conjonctive est d'un rouge vif et sa coloration augmente du centre à la circonférence : la malade nous raconte qu'au moment de poussée de douleurs, la coloration est bien plus foncée que dans les moments de calme.

L'œil larmoie et fuit la lumière.

La cornée a conservé son poli; mais au travers d'elle on aperçoit le fond de l'œil, qui présente une teinte glauque verdâtre.

La pupille est dilatée au point que c'est à peine si à sa périphérie on peut apercevoir environ 1 millimètre de sa substance; la chambre antérieure a presque entièrement disparu par suite de la compression interne; car, en effet, au toucher on sent l'œil dur et donnant sous le doigt, comme le dit M. Desmarres père : « la sensation d'une balle de marbre qu'on ferait rouler sous la peau d'un gant. »

La conjonctive oculaire est complétement insensible et le doigt, promené sur toute la surface de l'œil, n'éveille aucune sensation de douleur.

Mais ce dont se plaint la malade, c'est d'avoir des douleurs très-vives qui portent sur le front, l'aile du nez, derrière la tête, dans l'oreille et les maxillaires. Ces douleurs, dit la malade, augmentent après le repas, surtout le soir, mais la nuit elles disparaissent si

bien, qu'au matin Mme X... se serait crue guérie si la vision ne restait pas un peu amoindrie.

L'examen de l'œil droit nous donne les mêmes symptômes, mais singulièrement amoindris. C'est ainsi que les douleurs sont moins vives de ce côté, que la conjonctive, moins rouge, a conservé de la sensibilité; que la pupille est moins dilatée et que le globe de l'œil est moins dur.

L'examen ophthalmoscopique permet de voir un peu d'hyperémie du fond de l'œil, sans lésion de la macula.

Le diagnostic de glaucome antérieur double est posé.

M. Desmarres conseille à la malade de se faire opérer au plus vite et prescrit en attendant, pour calmer la douleur, 20 gouttes par jour du collyre d'atropine formulé :

Eau distillée	10	grammes.
Sulf. neutre d'atropine	2	centigr.

et des onctions toutes les heures sur les tempes et le front avec gros comme la valeur d'une noisette de :

Cérat simple	15	grammes.
Extrait de belladone	10	—
Laudanum de Rousseau	1	—

M. f. s. a. cérat belladoné.

Six jours après, c'est-à-dire le 5 août, la malade revient et raconte que les douleurs, qui d'abord se sont calmées, sont revenues plus vives et constantes; la cornée est dépolie et semble couverte de buée.

L'œil droit s'est maintenu dans le même état.

L'opération de l'iridectomie est pratiquée sur les deux yeux, à la partie supérieure, suivant les règles établies dans l'ouvrage de M. Desmarres fils, les *Leçons cliniques de chirurgie oculaire*.

Qu'il me soit permis d'en citer les lignes suivantes encore inédites, traitant du mode d'action de l'iridectomie dans le glaucome :

« Lorsque la maladie en est à ses premiers jours de développement, l'iridectomie rend toujours de grands services.

« A notre sens, nous croyons que l'iridectomie agit en modifiant l'iris, mais à *plusieurs points de vue*.

« Nous avons admis et nous tenons à le répéter ici, que l'œil a deux circulations distinctes : lorsque la circulation antérieure est malade d'une manière particulière, il peut se développer une maladie, le glaucome, que nous appelons le glaucome antérieur et non le glaucome aigu.

« En modifiant cette circulation d'une façon spéciale, les symptômes s'amendent et disparaissent même, mais à la condition d'agir sur l'organe principal de l'hémisphère antérieur de l'œil, en pratiquant une iridectomie. C'est l'iris, en effet, qui sécrète l'humeur aqueuse, et quelle que soit la théorie physiologique adoptée, il faut toujours admettre que les artères destinées à l'iris sont chargées de fournir à la nutrition des membranes qui constituent l'hémisphère antérieur de l'œil et de réparer les liquides normaux et notamment l'humeur aqueuse.

« Dans le glaucome antérieur, l'opération par iridectomie agit :

« 1° En faisant une paracenthèse;

« 2° En arrêtant les sécrétions de l'iris, dont elle diminue la surface;

« 3° En empêchant les réactions nerveuses. »

Notre malade, une fois opérée, fut couchée dans son lit et garda son pansement pendant deux jours, au bout desquels on trouva les plaies cornéennes cicatrisées; les douleurs ont totalement disparu depuis ce temps, la malade vient assez régulièrement faire examiner ses yeux : la vision est complète à droite, à gauche elle reste toujours amoindrie.

M. X..., ex-officier de marine, âgé de vingt-neuf ans, demeurant à Paris, rue de Meaux, 34, est inscrit sur le registre des malades nouveaux (année 1873), sous le n° 3343, le 7 août.

Ce malade, au premier abord, présente les symptômes d'un glaucome aigu double. Les douleurs circumorbitaires existent, ainsi que la dureté du globe de l'œil; la lumière est décomposée le soir, les pupilles sont très-dilatées, le larmoiement est considérable; mais cependant, en comparant les symptômes à ceux que présente la malade précédente, on peut voir qu'on a affaire, non à un glaucome, mais à une iritis séreuse.

Il y a cinq ans environ, M. X... servait dans la marine, à Lorient, et c'est à cette époque qu'il fait remonter les premiers accès de sa maladie. Les douleurs, dit-il, le prenaient d'abord tous les huit jours, puis enfin elles se sont succédé tous les deux ou trois jours, jusqu'à la veille de son arrivée à la clinique. Pendant quatre ans, les douleurs n'ont eu lieu que le soir, mais depuis, elles reviennent indistinctement le matin ou le soir. Le malade, dans ces moments, mettait sur ses yeux des compresses d'eau froide, et tout signe de douleur disparaissait au bout d'une heure.

M. X... présente une teinte sub-ictérique; il avoue qu'il n'a jamais eu de fièvre, ni aucun accident auquel il puisse rapporter son état. Quoique lymphatique, il a toujours joui d'une parfaite santé.

L'œil droit s'est pris le premier, tandis que le gauche n'est malade que depuis huit mois.

Les yeux sont larmoyants, la conjonctive est d'un rouge vineux, plus intense autour de la cornée; elle est sensible au toucher; le globe oculaire est dur et moins plein que dans le cas précédent.

Mais les yeux ne présentent pas cette teinte glauque caractéristique du glaucome; la cornée est trouble; çà et là, et surtout au centre, existent des opacités opalines siégeant dans l'épaisseur même de la cornée, dans les couches les plus profondes.

La chambre antérieure est un peu diminuée; l'iris est dilaté dans toute son étendue, mais d'une façon moins complète que dans le cas précédent. Le corps vitré est sain.

La choroïde est congestionnée, et la rétine comprime le nerf optique; celui-ci est légèrement excavé.

M. Desmarres prescrit : trois sangsues à mettre de chaque côté, entre l'œil et l'oreille; calomel, 4 décigrammes, à diviser en quatre paquets, en prendre un par jour; onctions sur la tempe et le front avec le cérat belladoné.

Le malade revient le lendemain et les jours suivants, et on peut observer le mieux produit par la médication, et aujourd'hui le malade se sert de son œil gauche; l'œil droit, plus malade, n'a pas encore recouvré la vision complète.

Un fait qu'il est bon de noter, surtout comme pronostic, c'est que la pupille commence à se contracter et que les yeux ont perdu leur dureté sous le doigt, signe de retrait de la compression intra-oculaire.

OBSTÉTRIQUE

DEUX FAITS D'HÉMORRHAGIE INTERNE GRAVE PENDANT LE TRAVAIL ET APRÈS L'ACCOUCHEMENT (1).

Par M. Bailly, professeur agrégé.

L'observation relatée ci-dessus est intéressante et instructive à plus d'un titre, et il importe de s'arrêter un instant sur chacun des points qui se prêtent plus particulièrement à quelques considérations pratiques. Je m'occuperai tout d'abord de l'hémorrhagie survenue quelques instants après l'accouchement :

1° C'est un fait depuis longtemps connu et signalé dans tous les ouvrages d'obstétricie qu'un accouchement à marche rapide prédispose, après la délivrance, par une sorte de stupeur de la matrice, à l'inertie de cet organe et aux hémorrhagies qui en sont la conséquence. Ces conditions se sont trouvées réalisées dans l'accouchement de Mme D..., et pouvaient, jusqu'à un certain point, faire prévoir l'accident qui l'a suivi. Une dose de seigle ergoté administrée immédiatement après la délivrance, l'eût sans doute prévenu. Les auteurs en font l'objet d'un pré-

(1) Fin. — Voir les numéros des 21 et 30 août 1873.

cepte dont je n'avais pas encore aussi complétement senti l'importance jusqu'à ce moment. Depuis l'accouchement de Mme D..., j'ai pris l'habitude d'administrer un gramme d'ergot à toutes mes accouchées aussitôt après la sortie du délivre. Cette pratique me semble utile et je la recommande. Beaucoup de bons accoucheurs l'ont adoptée. Ce n'est pas toutefois qu'on ne rencontre assez souvent, de la part des malades une certaine résistance à son application. Les dangers incontestables de l'emploi inopportun et abusif de l'ergot de seigle commencent à être connus du public, et l'on rencontre des femmes qui, d'après cette notion, se refusent absolument à accepter le médicament dans le cas même où son emploi est le mieux indiqué et ne peut avoir aucun inconvénient. Je donnais ces jours passés des soins à une femme du monde imbue de ces préventions, qui eut la condescendance de faire acheter la dose d'ergot de seigle que j'avais prescrite, mais en me déclarant formellement que, dans aucun cas, elle ne consentirait à en faire usage.

2° L'inertie de la matrice, cause de la perte externe dont il vient d'être parlé, a, du même coup, donné naissance à une perte interne considérable qui a failli avoir, pour la vie de mon accouchée, les plus funestes conséquences. C'est même cette hémorrhagie intra-utérine qui forme le fait capital de mon observation, et celui sur lequel je désire surtout appeler l'attention. La rétention d'un caillot sanguin plus ou moins volumineux dans la matrice après l'accouchement est un fait des plus habituels. Il est peu de femmes qui, quelques heures ou quelques jours après leur couche, n'expulsent une concrétion sanguine d'un certain volume, et dont la chute fait cesser ou atténue des tranchées utérines dont elles souffraient jusque-là. Contenue dans ces limites, cette perte interne est en quelque sorte normale, presque physiologique. Mais exceptionnellement, l'hémorrhagie, par l'inertie utérine, prend des proportions beaucoup plus considérables, distend de nouveau l'utérus et devient des plus douloureuses pour l'accouchée, soit immédiatement par son abondance, soit secondairement par la putréfaction du sang accumulé dans la matrice et les accidents d'infection putride qui peuvent en résulter. C'est une de ces pertes internes abondantes qui a succédé, chez Mme D..., à l'hémorrhagie externe des premiers instants. Le développement énorme de la matrice, deux heures après l'accouchement et surtout le lendemain, disait assez combien elle était considérable. La matrice offrait à ce moment un volume égal aux deux tiers de ses dimensions habituelles à la fin de la grossesse.

Que convenait-il de faire dans ces conjonctures? Devais-je chercher à vider de suite la matrice avec la main, comme j'avais tenté sans succès de le faire la veille? Je ne l'ai pas pensé. Si les manœuvres nécessitées par l'extraction d'un caillot volumineux offrent, pendant les premières heures après l'accouchement, assez peu de danger pour qu'il soit de règle d'y recourir à ce moment, il n'en est pas de même vingt-quatre ou trente-six heures après la délivrance. La matrice, au bout de ce temps, tout entière à la réparation du traumatisme causé par l'accouchement, se trouve être le siége d'un travail subinflammatoire que le contact, même ménagé, de la main eût exalté au point de provoquer une phlegmasie puerpérale rapidement mortelle. Le souvenir de faits de cette nature me fit juger plus prudent de ne pas intervenir et de confier à la nature l'élimination du sang que renfermait l'utérus. Cet avis, comme on l'a vu, fut partagé par M. Tarnier, à qui je soumis les faits, et qui voulut bien m'aider de ses conseils dans cette circonstance. La suite se chargea de prouver que cette conduite était sage. La concrétion sanguine, pressée par la matrice et ramollie par les injections, s'élimina peu à peu, et l'utérus perdit progressivement de son volume.

3° Malheureusement, ainsi qu'on pouvait s'y attendre, la situation ne tarda pas à se compliquer des *symptômes de l'infection putride*, qui éclatèrent avec une extrême intensité : frissons répétés ; accès fébriles des plus violents, sueurs profuses, enduit épais de la langue, anorexie, diarrhée intense et bientôt après, comme conséquence de ces accidents, dépression des forces, état cachectique caractérisé par la faiblesse générale et une stomatite pultacée des plus opiniâtres, rien ne manqua de ce qu'il fallait pour créer une situation des plus périlleuses.

Parmi ces phénomènes septicémiques, la transpiration cutanée fixa particulièrement l'attention par son extrême abondance. La peau était constamment baignée de sueurs, et en quelques instants le linge et les draps en étaient complétement humectés. On devait les renouveler fréquemment. M. Tarnier, à qui je parlai de ce symptôme, me confirma l'avoir aussi vu se produire, en pareil cas, d'une manière tellement profuse que, chez une de ses malades, les matelas eux-mêmes étaient mouillés de sueurs. Une suffusion séreuse aussi considérable indique clairement que le tégument externe est la voie principale choisie par la nature pour éliminer les substances septiques qui infectent l'économie. Cette transpiration paraît d'ailleurs exercer une influence salutaire sur la marche de la maladie et l'état des malades. A ce moment, Mme D... éprouvait moins de malaise et d'agitation que lorsque la peau redevenait sèche. En même temps le pouls perdait de sa fréquence.

4° A côté des efforts de la nature, le traitement employé a contribué sans doute aussi à écarter les dangers de la complication survenue chez mon accouchée. La nourriture, l'alcool, le sulfate de quinine, le quinquina, c'est-à-dire les toniques et les antiseptiques ont fait la base de ce traitement. Le quinquina, associé à l'alcool dans une potion, me paraît constituer peut-être la meilleure préparation antiseptique connue. C'est celle que j'emploie de préférence dans les intoxications puerpérales. La malade prend une cuillérée à soupe toutes les heures ou toutes les deux heures, suivant l'intensité des symptômes, d'une potion composée de 125 grammes de julep, additionné de 4 grammes d'extrait mou de quinquina, et de 30 à 60 grammes de cognac. Le sulfate de quinine préconisé par Beau contre l'infection purulente des accouchées et d'une utilité fortement discutée dans cette affection, me paraît plus efficace dans l'infection putride. Une condition de réussite, toutefois, c'est que le sel de quinine soit administré à assez haute dose, un gramme au moins pour débuter et jusqu'à 2 grammes par jour en deux fois, si les frissons infectieux deviennent plus intenses et se renouvellent fréquemment. Il importe en outre de faire prendre le sulfate de quinine à l'état de poudre ou en potion et non sous forme de pilules qui ne se dissolvent pas, si elles sont anciennes, de manière à rendre illusoire un médicament de l'action régulière duquel dépendra, dans quelques cas, la vie des malades.

OVARIOTOMIE ET HYSTÉROTOMIE (1)

Présentation faite à l'Académie de médecine, par M. le docteur Péan, chirurgien de l'hôpital Saint-Louis.

DE L'HYSTÉROTOMIE.

2° *Tumeurs fibro-cystiques.* — Le diagnostic des tumeurs fibro-cystiques n'est pas non plus sans offrir de grandes difficultés. C'est

(1) Fin. — Voir les numéros des 28 août et 2 septembre 1873.

surtout avec les kystes multiloculaires de l'ovaire qu'il est aisé de les confondre. Il ne faut pas compter sur la ponction exploratrice pour trancher la question. Le toucher vaginal et rectal, l'exploration par la sonde introduite dans la vessie, en montrant les rapports du col et du corps de l'utérus avec la tumeur, peuvent seuls éclairer le chirurgien. Un autre embarras est de savoir si ces tumeurs, qui presque toutes sont mobiles, sont adhérentes ou non aux organes voisins. La difficulté d'établir ce dernier point a été trouvée telle par M. Péan, qu'il ne lui a pas été possible de reconnaître, avant l'opération, ces adhérences lorsqu'elles existaient. C'est ainsi que des traces de péritonites antérieures étaient notées chez certaines malades, sans qu'il en résultât pour cela des adhérences trop solides. Au contraire, chez une malade qui avait éprouvé les mêmes symptômes, ces adhérences furent trouvées des plus graves et nécessitèrent les plus grands soins lors de l'opération. S'il n'est pas possible, avant l'ouverture du ventre, de s'appuyer sur des signes précis, il n'en est pas moins vrai qu'il est inadmissible qu'un chirurgien inexpérimenté puisse prendre, pendant l'opération, un kyste développé dans l'ovaire ou dans les ligaments larges pour un kyste de l'utérus.

Le traitement employé par M. Péan a été le même, que la tumeur fut fibreuse ou fibro-cystique. Dans tous les cas, en effet, il devient nécessaire d'enlever, avec la tumeur, une partie plus ou moins étendue de l'utérus. C'est dans ces cas surtout que le chirurgien de Saint-Louis a recours au procédé qu'il préconise sous le nom de *morcellement*.

Voici comment il procède. L'abdomen ouvert, et la tumeur à nu, l'opérateur se met en devoir de détacher les adhérences de la face antérieure. En second lieu, à l'aide de fils métalliques successivement passés en différents points de la tumeur, puis formés en anses et stricturés à l'aide du serre-nœud, la tumeur peut être détachée par fractions sans qu'il y ait lieu de redouter une hémorrhagie. On arrête le morcellement dès que la tumeur est assez réduite de volume pour pouvoir être entraînée au dehors sans trop de difficulté. A ce moment, il importe d'éviter la sortie des intestins, le passage du sang dans la cavité péritonéale ou la déchirure des tissus au milieu desquels la tumeur a pris naissance. Enfin, des ligatures sont placées au-dessous de la masse à extraire au moyen du serre-nœud imaginé par le docteur Cintrat. Puis, toutes les parties malades ayant été excisées, les tissus sur lesquels porte la ligature sont attirés vers l'angle inférieur de la plaie, et maintenus à ce niveau, quelle que soit la surface de section, et autant que faire se peut.

Dans l'ablation des tumeurs fibro-cystiques, lorsque l'implantation dans l'utérus se fait par une surface beaucoup trop large ou située si profondément qu'il n'est pas possible de faire porter la ligature tout à fait au-dessous de la base du kyste, M. Péan n'hésite pas à placer les ligatures de façon à abandonner et à laisser en place une petite portion de la paroi du kyste. Il attire alors cette portion de paroi vers l'angle inférieur de la plaie et la dispose de manière à ce qu'elle puisse verser librement au dehors les liquides qu'elle sécrète, en même temps qu'il deviendra possible de modifier avantageusement la surface par les pansements ultérieurs. M. Péan agit de même pour les portions de paroi qui sont trouvées si adhérentes sur des organes délicats qu'on ne saurait tenter de les détacher sans grand danger.

Telles sont les réflexions que M. Péan a soumises au jugement des membres de l'Académie, lorsqu'il a fait sa présentation. Or, il résulte des renseignements qu'il a bien voulu nous communiquer à cette occasion que, chez toutes ses malades, M. Péan a extirpé les deux ovaires en même temps que le corps de l'utérus. Dans le seul cas où il ne l'a pas fait, il a vu un ovaire, laissé dans le ventre, donner quelques jours plus tard, au moment d'une époque menstruelle, naissance à une hématocèle rétro-utérine qui emporta l'opérée. Ce résultat a déjà été signalé plus haut, au relevé statistique.

Chez toutes les malades qui ont guéri, les suites de l'opération furent des plus simples. Chez quelques-unes, le pouls tombait très-bas les jours qui suivaient l'opération, tandis que chez quelques autres, il s'élevait assez pour donner lieu à de sérieuses inquiétudes.

Enfin, si parmi les complications qui peuvent survenir à la suite d'une opération d'hystérotomie, il en est quelques-unes comme le tétanos foudroyant dont il a été parlé, les effets terribles du *choc* et de l'épuisement nerveux contre lesquelles le chirurgien reste sans ressources, il en est d'autres, au contraire, comme la production d'une hématocèle, la déchirure des tissus sains au milieu desquels s'implantait la tumeur, l'hémorrhagie ou la chute de matières purulentes ou septiques dans le péritoine, contre lesquelles il doit se mettre en garde et qu'il peut à peu près sûrement éviter au plus grand avantage des opérées. Ce sont là les premiers enseignements que l'expérience a appris. Il ne peut être douteux qu'on n'en signale prochainement beaucoup d'autres dès que cette opération, qui a déjà donné des résultats relativement très-favorables, aura été répétée plus souvent qu'elle ne l'a été jusqu'à ce jour.

Quant au traitement consécutif que nécessite l'hystérotomie, il est le même que celui qui a été décrit et employé pour les ovariotomies.

En résumé, si l'hystérotomie est une opération qui n'est que rarement indiquée, surtout lorsqu'il s'agit de tumeurs fibreuses, cependant les principes qui viennent d'être posés nous semblent appelés à pouvoir être d'une réelle utilité pour le chirurgien :

1° Dans les cas où, croyant avoir affaire à un kyste multiloculaire ou aréolaire de l'ovaire, il se trouvera aux prises, pendant le cours de l'opération, avec une tumeur fibreuse ou fibro-cystique ;

2° Dans les cas de tumeurs fibreuses, donnant lieu à des complications tellement graves (métrorrhagie, ascite répétée, anémie, volume excessif de la tumeur, péritonites graves à répétition, névralgies sciatiques redoutables par leur persistance, œdème des membres inférieurs, et même des troubles cérébraux très-graves sur lesquels M. Péan croit devoir, dès à présent, attirer l'attention), qu'il n'y aura plus d'autre chance de soulager la malade et de lui conserver la vie que d'en venir à l'opération.

A force de soins et par suite des perfectionnements successifs apportés dans le manuel opératoire et dans l'arsenal instrumental qu'il a créés, M. Péan est arrivé à faire d'une des tentatives les plus hardies de la chirurgie une opération parfaitement méthodique et assez sûre pour qu'elle puisse donner, entre ses mains, des résultats auxquels sont loin d'atteindre les grands traumatismes. Et si avantageux que soient ces résultats, nul doute que les succès ne seraient encore plus nombreux si la résistance que présentent les malades pour l'opération était moindre, encouragées qu'elle sont, en cela, il faut bien le dire, par bon nombre de médecins. Cette résistance n'a que trop souvent pour effet de faire repousser l'intervention chirurgicale jusqu'à une période extrême de la maladie, et à un moment où la mort est devenue imminente. Dans ces conditions, on le conçoit, les chances de guérison sont diminuées d'autant. Cette conduite n'est pas celle des médecins d'autres pays, et, de leur propre aveu, il est ordinaire de voir les ovariotomistes étrangers opérer beaucoup plus tôt. C'est là, il faut le reconnaître, un élément dont il serait injuste de ne pas tenir compte si on venait à mettre en parallèle la statistique des opérées de M. Péan avec celles de chirurgiens d'autres pays.

Si importantes que soient ces réserves, cette comparaison

serait loin d'être défavorable à notre compatriote. On saisira mieux la valeur de cette affirmation si nous prenons comme exemple un groupe de faits assez nombreux pour qu'il n'y ait pas à se méprendre sur leur signification. De la sorte également, il sera plus aisé de se rendre compte des résultats qu'on est en droit d'espérer de l'ovariotomie et de l'hystérotomie. A diverses reprises, et dans trois monographies successives (1), M. Péan a déjà fait connaître les résultats des premières ovariotomies et hystérotomies qu'il a pratiquées. Nous ne reviendrons pas sur ces résultats qui peuvent être connus de tous. De même, M. Péan s'est fait un devoir de venir exposer chaque année à la tribune de l'Académie quels étaient les résultats de sa pratique, et nos lecteurs retrouveront ces chiffres consignés dans nos comptes rendus des séances.

Pour faire en toute sincérité l'examen auquel nous voulons nous livrer, il nous a paru plus équitable de faire tomber l'appréciation sur les opérations que M. Péan a pratiquées dans ces dernières années, afin que le chirurgien ne soit pas privé des améliorations qu'il a pu apporter encore à son manuel opératoire. Nous avons donc pris les statistiques d'ovariotomies et d'hystérotomies pratiquées par M. Péan, depuis le 1er janvier jusqu'à ce jour, c'est-à-dire pendant une période de trente et un mois. Pour les années 1871 et les dix premiers mois de 1872, nous avons relevé les chiffres tels qu'ils ont été publiés, puis nous avons demandé au chirurgien de Saint-Louis de vouloir bien nous faire connaître ses autres relevés non encore publiés depuis le mois de novembre dernier jusqu'à ce jour. Ces derniers renseignements nous ont été fournis avec beaucoup de bonne grâce, et c'est d'après ces divers relevés que nous allons procéder.

Depuis le commencement de l'année 1871 jusqu'au présent mois d'août, M. Péan a pratiqué 55 ovariotomies, et sur ce nombre d'opérées, il en a vu guérir 43, ce qui donne comme résultat tout près de 8 guérisons sur 10 opérées. Il faut ajouter que dans ces ovariotomies, le plus grand nombre des kystes à enlever étaient très-volumineux, multiloculaires ou aréolaires, adhérents sur de vastes surfaces ou même généralement adhérents dans toute leur étendue, au point que le chirurgien a dû recourir à la méthode de traitement par suppuration des parois qu'il a fait connaître.

Vingt fois M. Péan a eu à enlever des tumeurs fibreuses ou fibro-cystiques de l'utérus avec amputation partielle ou intéressant plus ou moins bas le col de cet organe, et il a vu guérir 14 de ces malades, ce qui donne une proportion de 70 p. 100, c'est-à-dire un peu plus de deux malades sur trois.

De ces 20 malades, 7 portaient des tumeurs fibro-cystiques utérines, 6 ont guéri. Des 13 autres, 12 étaient affectées de tumeurs fibreuses utérines, dont quelques-unes même étaient fort volumineuses, et qui toutes ont nécessité une ablation plus ou moins complète de l'utérus, 8 de ces malades soumises à l'hystérotomie ont guéri. Chez la dernière malade de ce relevé, qui complète le chiffre 20, l'utérus n'a pas été enlevé ; il avait été trouvé sain, et la tumeur était péri-utérine. Cette malade a succombé par suite de la déchirure d'un gros vaisseau après des manœuvres pratiquées en vue d'enlever un noyau fibreux dont le chirurgien désirait faire l'ablation dans la crainte d'une récidive possible.

On a parlé parfois de séries heureuses, et le fait peut se produire comme dans le cours du présent trimestre, par exemple, pendant lequel, sur 16 opérées, M. Péan n'a vu se produire que deux décès. Cette série comprend 6 tumeurs fibreuses, dont 5 utérines et la tumeur péri-utérine dont il vient d'être question, — c'set sur deux malades de ce groupe que la mort a frappé, — 1 kyste hématique de l'épiploon et 9 kystes de l'ovaire. Mais il n'en est pas moins vrai que l'ensemble de faits que nous venons de produire ne laisse plus aucune place à l'illusion, et que, dans un relevé aussi étendu, les séries heureuses, si favorables soient-elles, ne peuvent absolument compter que pour leur valeur réelle.

(1) *L'ovariotomie peut-elle être tentée à Paris avec des chances de succès?* Péan, Paris, 1867. — *Deuxième mémoire sur l'ovariotomie.* Péan, Paris, 1869. — Péan et Urdy, *De l'ablation partielle ou totale de l'utérus par la gastrotomie.* Paris, 1873, Adr. Delalaye.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 2 septembre 1873. — Présidence de M. DEPAUL.

CORRESPONDANCE OFFICIELLE

M. le ministre de l'agriculture et du commerce transmet quatre lettres relatives à des demandes en autorisation d'exploiter de nouvelles sources d'eaux minérales (commission des eaux minérales).

CORRESPONDANCE NON OFFICIELLE

Elle comprend : 1° une note de M. le docteur Quinquand sur les variations de l'hémoglobine dans les maladies ;

2° Une lettre de M. le docteur Bouillon Lagrange, contenant deux cas remarquables d'embolie suivis de guérison ;

3° M. LECADRE (du Havre), médecin des épidémies de l'arrondissement du Havre, membre correspondant, adresse à l'Académie une lettre relative aux cas de choléra qui se sont manifestés dans la ville du Havre dans le courant du mois d'août dernier :

« Au commencement du mois d'août, dit M. Lecadre, sous l'influence de grandes chaleurs et d'orages souvent renouvelés, apparurent les premiers cas de choléra.

« Les cas augmentèrent en nombre, au fur et à mesure que l'on approchait de la fin du mois.

« Le dépouillement de l'état civil du mois de juillet ne constate aucun décès par le choléra pendant ce mois.

« Rien ne prouve que la maladie ait été importée du dehors au Havre.

« La version qui veut que le choléra ait été importé dans notre port par un navire, *Lammonia*, venant de Hambourg, où le choléra existe, n'est pas exacte.

« Le matelot de ce steamer qui mourut au Havre quelques jours après son arrivée, était atteint depuis plusieurs mois d'une dysenterie, qui finit par l'enlever.

« Tout vient prouver que ce nouveau choléra est né sur place et n'a point été importé.

« Au reste, il existe également dans la plupart des localités de l'arrondissement.

« Si l'on venait à prouver, d'après d'autres observations, que le choléra peut, dans une circonstance donnée, comme toute autre maladie, devenir épidémique, n'y aurait-il pas tout un travail à faire sur sa genèse et sur les moyens employés aujourd'hui pour s'en préserver?

« Durant le mois d'août, le dépouillement de l'état civ l constate 478 décès, sur lesquels 110 par le choléra.

« De ces 110 morts par le choléra, 91 avaient de cinq à quatre vingt-dix ans et 19 de un jour à cinq ans.

« Des autres mois de l'année, le plus chargé en décès avait été mars, qui avait compté 268 cas de mortalité.

« Chose assez remarquable, lorsque le nombre de victimes par le choléra augmentait chez les adultes, il diminuait chez les enfants, chez lesquels on ne constatait que 19 décès par le choléra dit infantile, tandis qu'on en comptait 50 au mois précédent.

« Au mois d'août 1871, le nombre des cas de choléra infantile mortel avait été de 112 et, au même mois de 1872, de 117.

« Cette différence dans la mortalité par le choléra infantile aux mêmes mois de trois années différentes et la coïncidence de la faible mortalité du choléra infantile, cette année, au mois d'août, avec la réapparition du choléra épidémique chez les adultes, méritent d'être signalées.

« Les symptômes du choléra de cette année sont ceux des invasions précédentes, sauf leur intensité qui est peut-être moins grande.

« Les crampes sont moins violentes, l'algidité est moins prononcée, la cyanose moins sensible.

« La durée de la maladie est généralement plus longue; elle excède souvent vingt-quatre, trente-six heures dans la période algide.

« On ne compte pas encore d'exemple de choléra foudroyant.

« On peut dire que, jusqu'ici, dans tous les cas, il est précédé de la diarrhée prémonitoire, qui souvent apparaît plusieurs jours avant la maladie.

« Le plus grand nombre de cholériques se compte dans la classe malheureuse, habitant des logements étroits, insalubres ou qui sont privés d'une nourriture substantielle, et parmi les gens faisant des excès. Aussi le nombre d'hommes morts de choléra excède-t-il celui des femmes.

« Plusieurs cholériques sont morts dans la réaction; généralement ils succombaient aux congestions auxquelles leurs organes étaient le plus prédisposés.

« On ne peut nier que la constitution médicale soit éminemment maladive en ce moment.

« Ce n'est pas seulement au choléra qu'il faut imputer la grande mortalité du mois d'août : 368 individus mouraient d'affections autres, et ce chiffre surpasse de beaucoup le chiffre ordinaire.

« Le nombre des embarras gastro-intestinaux est très-grand en ce moment; mais outre ces affections, on voit beaucoup de bronchites, de pneumonies, de rhumatismes, d'exanthèmes.

« On ne peut donc dire aujourd'hui, comme cela s'est vu aux invasions précédentes, que toutes les maladies se revêtent en partie de la forme épidémique.

« N'omettons pas de constater que le nombre d'étrangers a été très-grand au mois d'août, cette année, au Havre; qu'on peut bien l'évaluer à 25 ou 30,000; ce qui, avec le chiffre de la population fixe de 87,000 habitants, constitue un contingent de 112 ou 117,000 habitants. Ce serait donc 1 cholérique sur 1063 ou 1018 habitants.

« Jusqu'ici la situation n'est donc pas d'une grande gravité.

« Rien non plus ne peut faire naître l'idée de la contagion. »

PRÉSENTATIONS

M. LE PRÉSIDENT, au nom de l'auteur M. Woillez, offre à l'Académie une notice biographique ayant pour titre : *Le docteur Louis, sa vie et ses œuvres*.

M. GOSSELIN, à l'occasion de la communication faite par M. Demarquay, dans la dernière séance, fait observer qu'il n'est pas rare de voir des embolies survenir à la suite de fractures; on pourrait même s'étonner que ce fait ne s'observe pas plus fréquemment. La formation d'embolies à la suite de fractures s'explique par la phlébite. C'est un fait très-ordinaire que la coagulation du sang dans les grosses veines dans le cours de la consolidation, et ce fait explique les douleurs qu'accusent les malades, et les œdèmes si fréquents dont les membres fracturés sont le siége. Il n'est donc pas étonnant que des embolies surviennent à la suite de ces phlébites. On doit en tirer certaines déductions pratiques, et particulièrement cette notion prophylactique très-simple, qu'on doit chercher, autant que possible, à empêcher le caillot ainsi formé de se déplacer, et par conséquent recommander la plus grande immobilité. Lorsque, malgré l'existence de la phlébite et malgré les mouvements des contractions musculaires, il ne se produit pas d'embolie, cela tient à ce que le caillot est devenu adhérent aux parois vasculaires.

L'accident signalé par M. Demarquay s'est produit au trentième jour; or, M. Gosselin suppose que la malade avait fait quelques mouvements, d'autant plus que dans l'observation il est dit que cet accident s'est produit au moment où la malade était occupée à quelques soins de toilette. Ces mouvements, au trentième jour, suffisent pour expliquer l'embolie. Les malades doivent garder une immobilité complète, au moins jusqu'au quarante-cinquième et même jusqu'au soixantième jour. Cette notion de prophylaxie s'applique aussi bien aux cas de phlébite simple ou sans fractures, et surtout de phlébites variqueuses.

M. BRIQUET, à l'occasion de la lettre de M. Lecadre (du Havre), fait remarquer qu'il s'agit là, suivant lui, d'une simple épidémie de choléra nostras qui s'explique par la température tout à fait exceptionnelle qui a été observée les jours précédents, et qui d'ailleurs ne présente aucun des caractères du véritable choléra asiatique. Au reste, il y a eu des cas analogues à Paris même, et en particulier à l'hôpital Beaujon, où M. Briquet remplace en ce moment M. Moutard-Martin.

M. MOUTARD-MARTIN affirme qu'au moment où il a quitté son service à l'hôpital Beaujon, il n'y avait pas encore été observé un seul cas de choléra.

M. LARREY déclare qu'il a été inscrit pour des cas de choléra des cas qui n'en étaient pas.

M. DELPECH rappelle qu'il a été parlé d'un cas de choléra à l'hôtel du Louvre. Il est vrai qu'un voyageur, venant du Danemark, est mort du choléra dans cet hôtel; mais il s'agissait évidemment là d'un cas de choléra asiatique, et qui, par conséquent, ne doit nullement être mis à la charge de Paris.

M. J. GUÉRIN croit qu'il ne faut pas s'illusionner et que l'on doit considérer les cas observés au Havre comme de véritables cas de choléra. Au lieu de rassurer les populations, il vaudrait beaucoup mieux, au contraire, suivant lui, les prévenir afin qu'elles se tiennent en garde et qu'on prenne toutes les mesures nécessaires. Il y a déjà quelque temps que, dans toute l'Europe, s'observent ce que M. Guérin appelle les symptômes prémonitoires des épidémies du choléra, c'est-à-dire des troubles gastro-intestinaux. Il ne voit, pour sa part, aucune différence à établir au point de vue pratique entre le choléra sporadique et le choléra asiatique. Cette maladie naît de toutes pièces sur place et s'annonce toujours par des dérangements intestinaux. Dans un pays, le choléra se manifestera par de simples diarrhées, tandis que dans un autre, il causera les plus grands ravages, mais ce sera toujours la même maladie. M. Guérin, considère donc comme dangereuse la doctrine du choléra sporadique donné comme peu dangereux et pense qu'au lieu de rassurer les populations, il vaudrait mieux leur dire : Soignez-vous.

M. DELPECH croit qu'il est cependant impossible de ne pas établir de grandes différences entre les diarrhées graves terminées par la mort et les faits qui se rapportent au véritable choléra de l'Inde; entre ces faits où l'on voit le choléra venir frapper tout à coup toute une maison et les faits isolés de simples cholérines. Quant à l'épidémie du Havre, il ne saurait se prononcer, n'ayant pas étudié la question d'assez près et fait, à ce sujet, de grandes réserves.

M. BOULEY dit qu'il résulte de documents fournis tout récemment au comité consultatif d'hygiène que, contrairement à l'opinion émise par M. Lecadre (du Havre), il semblerait que le choléra eût été véritablement importé dans cette ville. Le Havre est en rapport constant avec Hambourg, et il est à observer que l'épidémie a suivi son cours habituel, c'est-à-dire que pendant un certain temps, le Havre seul a été atteint, et que maintenant, comme il résulte des derniers renseignements, le choléra est à Rouen et y fait déjà de 16 à 18 victimes par jour. C'est bien là le choléra, le vrai choléra, importé et suivant son cours habituel. Il y a donc des mesures à prendre; d'ailleurs, on possède bien des moyens de défense contre ce fléau, et le temps est venu de les mettre en œuvre.

M. J. GUÉRIN demande que la discussion sur le choléra soit mise à l'ordre du jour pour la séance prochaine; il considère comme de la plus haute importance de laisser de côté aujourd'hui toutes ces distinctions entre le choléra indien, le choléra nostras, le choléra infantile, etc.

M. DELPECH pense qu'une question de cette importance ne saurait être discutée sans préparation. M. Guérin semble reprocher qu'on ne traite pas les diarrhées; M. Delpech n'a jamais vu qu'on protégeât la diarrhée, quelle qu'elle soit, et ne voit nullement la nécessité d'effrayer les populations, d'autant plus que l'effroi n'est pas étranger à la propagation de la maladie.

Sur le vœu émis par M. Jules Guérin, la question du choléra est mise à l'ordre du jour pour la prochaine séance.

A quatre heures et demie, l'Académie se forme en comité secret pour entendre le rapport de M. Giraldès sur les candidats au titre de membres correspondants étrangers.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Hôpitaux de Paris. — Le concours pour l'internat s'ouvrira le 6 octobre, à quatre heures précises, dans l'amphithéâtre de l'administration, 3, avenue Victoria. Le registre d'inscription restera ouvert, de onze heures à trois heures, du 6 septembre au 22 du même mois inclusivement, les jours de dimanche et fêtes exceptés.

En raison de l'appel des volontaires d'un an, fixé au 1er novembre prochain, les candidats qui justifieront de leur engagement conditionnel seront admis, par exception, à subir consécutivement les deux épreuves réglementaires dès l'ouverture du concours.

— *Faculté de médecine de Montpellier.* — M. Serré (Jean-Hubert), docteur en médecine, est institué chef de clinique chirurgicale, pour entrer en fonctions le 1er novembre 1873.

— Par arrêté du 22 août, M. le ministre a décidé qu'il y avait lieu de pourvoir définitivement à la chaire de médecine légale et toxicologie, vacante à la Faculté de médecine de Montpellier.

— *École de pharmacie de Montpellier.* — Sont chargés provisoirement et pendant l'année scolaire 1873-1874, des fonctions d'agrégé (emplois vacants) :

MM. Heckel (Édouard), licencié ès sciences naturelles, pharmacien de 1re classe, docteur en médecine, et Collot (Paul), licencié ès sciences physiques et ès sciences naturelles, pharmacien de 1re classe.

— La Faculté des sciences de Nancy vient d'accorder le diplôme de bachelier, avec la note *bien*, à la fille d'un de nos confrères de Serécourt, M. le docteur Paul Ménestrel. Mlle Marie Ménestrel est la première Lorraine à laquelle ce diplôme ait été accordé.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Étude sur les avantages matériels de l'allaitement maternel, par le docteur ARTHUR VERRICT. — In-8°. Prix : 2 fr. — Paris, Adrien Delahaye.

Du typhus, réflexions critiques sur le principe contagieux et sa cause, suivies d'une *Étude sur la constitution médicale épidémique de Versailles,* par le docteur GALISIER. — In-8°. Prix : 1 fr. 50.— Paris, Adrien Delahaye.

Le Directeur : Dr E. LE SOURD.

Paris.— Typographie A. POUGIN, quai Voltaire, 13.

N° 103. — SAMEDI 6 SEPTEMBRE 1873. 46e ANNEE. SAMEDI 6 SEPTEMBRE 1873. — N° 103.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix d'abonnement
doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Bureaux : 57, rue des Saints-Pères, 57
PRÈS L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

On s'abonne hors de Paris
dans les bureaux des Messageries et chez les Libraires.
Les lettres non affranchies sont refusées.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1856 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 2,000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques, insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui n'en peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS		POUR L'ÉTRANGER
Trois mois	8 fr. 50 c.	le port en sus suivant les derniers tarifs des Postes.
Six mois	16 —	
Un an	30 —	

ASILE SAINTE-ANNE.

De l'alcoolisme comme cause de la paralysie générale.

Par M. le docteur LOLLIOT.

OBS. I. — B... (Adolphe), marchand de vin, âgé de quarante-deux ans, entre une première fois à l'asile Sainte-Anne le 14 juin 1869, avec un certificat de M. Lasègue portant : « Délire alcoolique subaigu datant de six jours ; excitation nocturne ; une attaque épileptique. »

A son entrée à l'asile, le malade présente les caractères de l'alcoolisme aigu. Il voit des animaux de toute espèce, des chats, des rats, des serpents, des gens qui veulent l'assassiner. Des flammes rouges passent devant ses yeux, et il croit voir sortir de sa bouche une fumée épaisse qui se répand dans la chambre.

Il accuse de la céphalalgie et présente un tremblement considérable des mains, de la langue et des lèvres, avec une teinte subictérique de la peau. En outre, la vue est assez notablement affaiblie, mais l'examen ophthalmoscopique ne montre rien d'anormal.

Sa femme fournit les renseignements suivants : Son mari, dit-elle, fait depuis longtemps des excès alcooliques ; il boit principalement du bitter, du vermout, du vin, et cela dès l'année 1856. Son sommeil est assez souvent troublé, et quelquefois il a de la pituite le matin ; depuis quelque temps, il tremble un peu et est sujet à des sueurs abondantes. Son médecin, attribuant sa maladie à des excès alcooliques, l'avait engagé à ne plus boire ; mais il n'en fit rien. Il ne cessait de boire que lorsqu'il se sentait malade, et reprenait ses excès aussitôt que son état s'était un peu amélioré.

Au commencement du mois de mai dernier, il présenta une grande agitation et fut sujet à des excitations, surtout la nuit. Quelques jours plus tard, trois semaines avant son entrée à l'asile, il a été pris d'une attaque convulsive avec perte de connaissance à la suite de laquelle la langue est restée embarrassée trois heures. L'autre jour, en lisant son journal, il s'est aperçu qu'il lisait cinq lignes à la fois. Enfin, sous l'influence d'hallucinations et d'idées de persécutions, il se livrait fréquemment à des menaces contre sa femme.

Antécédents. — Son père est mort à soixante-quatorze ans, hémiplégique. Sa mère, à l'âge de soixante et onze ans, a vécu maritalement avec un militaire de quarante-sept ans. Trois de ses enfants sont morts en bas âge de convulsions. Son quatrième enfant, une jeune fille de treize ans, est bien portant.

Il y a trois ans, sa femme, qui est âgée de quarante ans, fit une fausse couche, vers le quatrième mois, de deux fœtus.

Le 16 juin, c'est-à dire deux jours après son entrée, il présente un peu d'excitation ; il va, vient avec animation. Il s'imagine qu'on l'interpelle, qu'on le pousse à marcher, que des individus le prennent, l'injurient, l'empêchent de dormir. Il a un tremblement marqué de la langue et des mains.

Envoyé à l'asile de Vaucluse le 17 juin, il s'y est amélioré rapidement, et en est sorti guéri à la fin de juillet de la même année. A son retour chez lui, il reprit son travail, ne présentant aucun changement dans son caractère, si ce n'est qu'il était devenu très-économe, presque avare. Il ne bégayait pas du tout et n'avait pas le moindre embarras de la parole.

Cet homme entre une deuxième fois à l'asile le 19 avril 1871, près de deux ans après sa dernière sortie. Il présente encore du délire alcoolique avec hallucinations. Des francs-maçons le poursuivent, des hommes armés de couteaux courent après lui ; il voit des oiseaux, des chats, des rats, des arbres, etc. Il a en outre un léger tremblement des mains.

Sa femme fournit les renseignements suivants : il se livre à des excès habituels ; mais depuis huit jours, ayant quitté sa femme, il s'est mis à boire d'une façon exagérée en compagnie d'une jeune fille de dix-huit ans avec laquelle il s'était en allé de sa maison. Alors le délire a éclaté, mais il y a bien un mois qu'il s'enivre tous les jours, surtout avec de l'eau-de-vie. Depuis sa sortie de Sainte-Anne, il paraissait bien ; il s'était remis au travail. Mais, depuis un mois, c'est un désordre complet ; il enlevait de sa demeure argent, effets, et vendait tout.

21 avril. — Des francs-maçons invisibles menacent de le tuer. Sa tenue est peu en rapport avec son âge. Il a une conscience assez incomplète de toutes les sottises qu'il a faites, et il raconte en souriant et avec contentement qu'il pourrait bien recommencer. Il se manifeste chez lui des idées de satisfaction. Il va aller acheter des chevaux, des bottines vernies, un chapeau de feutre blanc ; il mangera des huîtres et vivra de ses rentes. Il a au moins deux mille francs à lui. Sa mère, ajoute-t-il, vit avec un amoureux de trente-cinq ans qui possède trente mille francs ; *il lui claquera tout cela.*

Les symptômes aigus de l'alcoolisme disparaissent peu à peu, et il sort de l'asile vers la fin de septembre, conservant un peu d'affaiblissement de l'intelligence, de l'apathie, de l'indifférence. Toutefois, il est calme, et on le rend, à titre d'essai, à sa femme.

Douze jours après sa sortie, il rentre pour la troisième fois, le 11 octobre 1871. On constate alors un affaiblissement des facultés, de la diminution de la mémoire, une légère excitation avec des hallucinations ; il voit des fantômes, des têtes de bêtes féroces avec des cornes, des choses effrayantes. Le tremblement des mains est très-marqué.

Sa femme nous apprend que pendant les douze jours qu'il est

resté en liberté, il n'avait aucune conscience de ses actes. Le huitième jour, étant à table, il devint tout à coup très-pâle, et il lui fut impossible de proférer une parole. Dans le courant de la nuit, à plusieurs reprises, il a eu des petites secousses de la face avec grimaces et déviation de la bouche (attaque épileptiforme). Le lendemain, il fut pris d'un accès de délire. Il avait les yeux hagards, injuriait son entourage et voulait absolument sortir. Il avait aussi de fréquentes hallucinations. Sa femme affirme que, depuis sa sortie, il n'avait pas fait d'excès nouveaux.

Le 13 octobre, lendemain de son entrée, il va et vient dans la salle sans trop savoir ce qu'il fait. Il chiffonne, ramasse les objets les plus divers, se met de l'herbe à la boutonnière, voit des ombres, des oiseaux. En général, il reste indifférent à tout ce qui l'entoure, mange avec gloutonnerie et ne se plaint que d'un peu de mal de tête. Il n'a d'ailleurs aucune conscience de sa situation.

Le 17, il est pris au milieu de la nuit d'une grande frayeur, et se met à pousser des cris perçants. Il voit des ours blancs, noirs, des ombrages, toutes sortes de choses.

Il resta à peu de choses près dans le même état jusqu'au mois de mars. Au mois d'avril, étant devenu beaucoup plus calme, il fut rendu à sa femme. Il conservait à cette époque un affaiblissement très-marqué de l'intelligence, avec diminution considérable de la mémoire.

Il rentre à Sainte-Anne pour la quatrième fois, le 30 octobre 1872, huit mois après sa dernière sortie. Il présente toujours un grand affaiblissement des facultés mentales, de la diminution de la mémoire et des idées ambitieuses incohérentes. Il est riche et possède 60,000 francs; il a acheté un château et ira y installer une fabrique de porcelaine; il était le premier ouvrier; ses parents sont très-riches. Il présente aussi un tremblement considérable des mains et une légère hésitation de la parole.

Sa jeune fille raconte que cinq ou six mois après sa sortie il était resté apathique, indifférent, ne s'occupant nullement de sa maison; puis il est devenu remuant. Dans ces derniers temps, il avait des idées de richesse. Il se disait empereur, roi, et se croyait très-riche. Sa femme confirme ces renseignements, et ajoute qu'il était incapable de travailler; il ne faisait rien et ne se plaignait de rien; on le traitait comme un enfant. Il y a une huitaine de jours il s'est agité, est devenu remuant, et a pris un peu de délire. Il a eu des idées ambitieuses; il s'est échappé de la maison étant habillé, et on l'a retrouvé dans la rue à demi nu. Depuis longtemps il ne pouvait plus boire, n'ayant jamais d'argent et étant toujours surveillé. Il n'a plus eu de nouvelles attaques épileptiformes depuis sa sortie. Peu à peu sa parole s'est embarrassée.

1er novembre. — Il dit qu'il ira à Versailles voir le Président de la République. Il paraît indifférent, incohérent, répond avec difficulté, et présente un tremblement marqué des mains.

Pendant les jours qui suivent, ses idées ambitieuses s'accentuent de plus en plus. Il est fils de Napoléon Bonaparte; il est empereur, maître de la France, et ira bientôt à Bordeaux, sa capitale, où il nommera des empereurs, etc. Il est riche, possède cinquante châteaux, des couverts en or, une voiture à quatre chevaux, etc. Il s'étend complaisamment sur sa force physique. Il se porte comme le Pont-Neuf; il est fort, il peut porter cent cinquante livres à bras tendu; un lièvre ne l'attraperait pas à la course; il a douze enfants. Il est très-adroit, ne manque jamais de touche au billard, chante et danse à ravir, à l'Opéra, où il est le coq du théâtre.

Plus tard, à ses anciennes idées ambitieuses sur sa force, les châteaux qu'il possède, sa situation d'empereur, etc., s'en ajoutent de nouvelles. Il va battre les Prussiens, ira en tête de l'armée, il aura deux cents canons, nommera son ministre des finances et rétablira la France.

L'hésitation de la parole est très-prononcée; le tremblement des mains est considérable, mais plus marqué à droite. La sensibilité générale est très-obtuse; on peut planter des épingles dans sa peau sans qu'il retire sa main. Il sent les odeurs assez facilement, distingue le sel et le sucre, mais ne sent l'amertume de la coloquinte qu'au bout de quelques instants. Il paraît également fort des deux côtés, et saute également bien sur les deux jambes. La pupille droite est un peu plus étroite que la gauche.

La mémoire est très-obtuse, et il ne paraît pas se souvenir des occupations de ses premières années. Ses nuits sont également agitées, il crie et chante, se croit à l'Opéra, et à son réveil, ne conserve aucun souvenir. De temps en temps, il se plaint de douleurs de tête.

Vers le 10 novembre, à ses idées ambitieuses se mêlent des idées hypochondriaques. Il n'a que des nerfs, pas d'os, et cela l'afflige. Néanmoins, il se croit très-fort et se montre, en somme, plutôt satisfait de sa situation.

Dans la matinée du 6 janvier, le gardien a aperçu des secousses à la face, dans les bras et dans les jambes, comme si cela était causé par une secousse électrique (attaque épileptiforme), et le malade, au moment de la visite, accuse de la céphalalgie, des étourdissements, de la courbature, et une sensation de fatigue. Les jours suivants, le facies exprime la douleur et le malade est sombre, il se plaint de crampes avec engourdissement dans le bras droit. Ses idées sont confuses; il a conscience qu'il souffre, sans se rendre compte de ce qu'il éprouve.

Sa marche est titubante, comme celle d'un homme ivre; il a failli tomber plusieurs fois, aussi n'ose-t-il plus marcher dans la crainte de faire une chute. Il se plaint aussi de céphalalgie, d'étourdissements et de sensations douloureuses.

Malgré la persistance de ses idées ambitieuses et satisfaisantes, il est en ce moment dans une période d'affaissement qui persiste très-marquée pendant quelques jours, pour s'améliorer un peu dans la suite.

Nous avons examiné ce malade pour la dernière fois le 12 mars. Nous l'avons trouvé tranquille, répondant volontiers aux questions qu'on lui adresse, et présentant un affaiblissement notable des facultés avec perte de la mémoire. Il ignore l'année, le mois, les jours. Il ne sait pas depuis quelle époque il est à l'asile, et se montre apathique et indifférent. Néanmoins, il se trouve heureux et satisfait de sa séquestration. Il nous dit qu'il va partir pour Bordeaux, où il sera roi, empereur. Il aura cent mille francs, un million; il emmènera avec lui son médecin, pour le récompenser de ses bons soins, et lorsqu'on lui demande ce que font son père et sa mère, il répond qu'ils sont marchands de vin, et qu'il est lui-même marchand de vin.

Il vante ensuite ses qualités physiques et intellectuelles; il est fort, vigoureux, et sait jouer de plusieurs instruments, danse très-bien, et si on l'en prie, il se met aussitôt à sauter. Il se trouve bien vêtu, et se déshabille pour montrer avec une grande satisfaction son caleçon, ses bas, son uniforme de l'asile, etc.

Sa parole est hésitante, et dès qu'il essaye de parler, les lèvres sont prises de frémissement; le muscle orbiculaire des lèvres est le siége de petites contractions. La langue, tirée au dehors, présente un léger frémissement sur les bords et à la pointe. Les mains étendues, sont un peu tremblotantes. Les forces musculaires ne paraissent pas notablement affaiblies; il nous serre les mains assez fort et également des deux côtés. La marche, qui tout d'abord paraît normale, présente par moments de petites saccades, plus marquées et plus appréciables quand le malade marche lentement que quand il va vite ou qu'il court.

La sensibilité au toucher est presque normale; il sent le souffle projeté sur la main; mais la sensibilité à la douleur est très-affaiblie; il ne sent pas les piqûres d'épingle même faites profondément. Il mange avec gloutonnerie, il parle avec contentement des bonnes choses que sa femme lui apporte du dehors.

En résumé, ce malade a présenté trois périodes parfaitement distinctes. Dans la première, il s'agit d'un cas d'alcoolisme bien franc. Le diagnostic, basé sur les antécédents, les hallucinations pénibles, mobiles, plus fréquentes la nuit, ne saurait être douteux, et les médecins distingués qui ont vu le malade à cette époque, M. Lasègue, dont nous avons rapporté le certificat, MM. Magnan et Bouchereau, qui l'ont examiné à l'asile Sainte-Anne, et M. Billod, qui

l'a reçu plus tard à l'asile de Vaucluse, sont parfaitement d'accord sur la nature exclusivement alcoolique du délire présenté par ce malade. L'amélioration si rapide que ce dernier a éprouvée par suite de la privation de boissons alcooliques, vient encore à l'appui du diagnostic porté à cette époque.

Notons également qu'il ne se présente à ce moment, aucun signe pouvant se rapporter à la paralysie générale.

Rentré chez lui, il se remet au travail, et l'on ne remarque pendant longtemps rien d'extraordinaire dans son caractère. Mais bientôt il recommence à boire, et vingt et un mois après sa sortie de l'asile, à la suite d'excès alcooliques exagérés qui ont duré un mois, le délire éclate de nouveau et nécessite pour la deuxième fois son entrée à l'asile.

A ce moment, les symptômes les plus apparents sont d'abord ceux de l'alcoolisme aigu; mais dès que les accidents aigus de l'alcoolisme ont commencé à diminuer, on voit poindre les premiers accidents des paralytiques généraux. Il est, en effet, satisfait, veut acheter des chevaux, des voitures, des bottines vernies, manger des huîtres, etc., etc. Mais ces phénomènes sont peu prononcés, si bien qu'on le rend à sa femme aussitôt que le calme a remplacé les hallucinations et le délire alcoolique. Mais ce calme a été de courte durée; nous avons vu qu'à la suite d'une attaque épileptiforme survenue pendant la nuit, le malade a été repris presque aussitôt de délire alcoolique. Il est à remarquer, en effet, qu'à la suite d'attaques épileptiformes, il se reproduit souvent des accidents alcooliques rappelant la cause première. L'attaque épileptiforme jouerait ainsi le même rôle qu'une affection intercurrente fébrile, sous l'influence de laquelle on voit fréquemment chez des alcooliques se développer tout à coup des accidents aigus ou subaigus, sans excès immédiats de boissons. C'est précisément ce qui a eu lieu chez notre malade; une attaque de congestion épileptiforme a été le signal d'une nouvelle explosion de délire alcoolique qui, après avoir persisté pendant quelques mois, finit par disparaître, pour ne laisser après lui qu'un affaiblissement très-marqué de l'intelligence et une diminution notable de la mémoire. Le malade est alors rendu à sa famille, et cet état d'affaiblissement mental persista sans apparition de symptômes nouveaux pendant cinq à six mois. Mais à ce moment, c'est-à-dire trois ans et demi après le début des premiers accidents alcooliques, se montrent des signes non douteux de paralysie générale.

Nous arrivons à la troisième phase, dans laquelle le malade nous offre le tableau complet de la *forme expansive* de la paralysie générale, sans qu'il paraisse s'y joindre alors le symptôme d'alcoolisme. Depuis longtemps, le malade avait complétement cessé de boire, et cela en partie par suite de l'indifférence, de l'apathie dans laquelle il était tombé, en partie par suite de son manque absolu d'argent et de la surveillance dont il était l'objet de la part de sa femme. Aussi à son délire ambitieux ne s'ajoute-t-il plus de ces hallucinations, de ces terreurs auxquelles il était sujet autrefois, et c'est bien à la paralysie générale franche que nous avons affaire alors. Néanmoins, on sait que dans quelques cas, chez les paralytiques de cause surtout alcoolique, on voit des hallucinations persister pendant longtemps, comme un reflet plus ou moins éloigné des accidents primitifs.

Nous voyons donc un alcoolique présenter pendant vingt et un mois des signes de délire exclusivement alcoolique, puis pendant une certaine période de transition, s'ajoutent au délire alcoolique quelques signes d'abord vagues et mal déterminés de folie paralytique, pour aboutir enfin, après trois ans et demi, à une paralysie générale des mieux caractérisées.

Il nous semble qu'il y a dans la marche des symptômes éprouvés par la malade, des preuves très-probantes des relations qui peuvent exister dans le développement de ces deux maladies, délire alcoolique et folie paralytique, et que, dans le cas qui nous occupe, cette dernière paraît assez manifestement avoir été engendrée par les excès de boissons auxquels s'était livré le malade.

Obs. II. — C... Constance, âgée de quarante-sept ans, est admise à l'asile Sainte-Anne le 14 février 1873. D'après les renseignements donnés par son amant, cette femme a des habitudes alcooliques depuis une huitaine d'années. Elle a coutume de boire la goutte le matin, du vin pur, du vulnéraire et de l'anisette. Pendant longtemps elle se plaignait de maux de tête, mais n'avait pas d'hallucinations. Depuis trois ans, elle est devenue apathique, néglige tout à la maison et n'a plus ni soin ni ordre. Les hallucinations ont commencé en 1870. La nuit, elle avait des cauchemars, s'imaginait tomber dans un précipice, se voyait poursuivie, et était obligée d'allumer la chandelle pour se rassurer. Vers la même époque, elle se plaignait de céphalalgie, faisait le matin des efforts de vomissement, et souvent même avait un peu de pituite. Depuis huit ou neuf mois elle n'était plus capable de travailler, elle avait quelques idées de satisfaction, faisait des projets de voyage, mais cela n'a pas duré. Au mois d'août de l'année dernière, elle a eu quelques idées hypochondriaques.

Depuis trois semaines, elle avait très-incomplétement conscience de ses actes; il y avait moins de précision dans les mouvements, et les objets lui échappaient des mains. Elle avait des idées de satisfaction, prétendait qu'elle allait toucher de l'argent, pour acheter des robes, des chapeaux, etc.; elle avait aussi de la sensiblerie. A trois reprises différentes, en février 1871, janvier 1872, et dernièrement en janvier 1873, elle a eu des attaques épileptiformes sans perte de connaissance. Elle tombait comme une personne qui se trouve mal; pendant l'attaque, elle avait des convulsions, son visage grimaçait, et après chaque attaque elle conservait de l'embarras de la parole, et de la faiblesse du côté droit. Après la dernière attaque, notamment celle qui a eu lieu au mois de janvier de cette année, elle ne pouvait pas se servir de sa main droite, et se trouvait elle-même paralysée du côté droit. Elle avait eu des convulsions vers l'âge de dix ans, à la suite d'une frayeur. Elle a eu six ou sept enfants, mais ils sont tous morts en bas âge.

Au moment de son entrée, elle présente un affaiblissement des facultés et de la mémoire. Elle a des idées de persécution; on la chasse de la maison, on parle mal d'elle, la nuit on lui fait des frayeurs, on frappe à sa porte, on la menace, on parle de lui faire du mal. Elle est dans un état de profonde misère, et a été arrêtée sur la voie publique arrachant des planches pour se chauffer. Elle a des étourdissements fréquents, tombe parfois et ne sait pas ce qui lui arrive.

Elle présente de la faiblesse du côté gauche, mais elle aurait eu une paralysie à droite il y a six mois. Actuellement, il y a une faiblesse plus marquée à gauche. Elle distingue moins bien et plus lentement les odeurs de la narine gauche, sent moins bien et plus lentement les saveurs du côté gauche de la langue; elle entend à peine les battements d'une montre placée à 1 centimètre de l'oreille gauche, tandis qu'elle les entend très-bien à 30 ou 40 centimètres de l'oreille droite. Elle prétend voir moins bien de l'œil gauche, et dans tout ce côté, la sensibilité est obtuse; on peut planter des épingles dans le bras, sans qu'elle accuse de la douleur, et ne sent pas deux pointes placées à la distance de 8 centimètres, tandis qu'elle les sent très-bien du côté droit.

Le lendemain de son entrée à l'asile, elle a des hallucinations, des cauchemars, elle rêve qu'elle va se jeter à l'eau; elle aperçoit des rats, des souris, des crocodiles qui courent sur son lit; elle voit des chandelles, des flammes, des boules de feu, des fantômes, elle entend frapper. En même temps, elle manifeste quelques idées de satisfaction; elle aura une voiture, vendra dans les rues et gagnera une vingtaine de francs par jour. Elle a également des idées hypochondriaques, et s'imagine que sa langue ne peut tourner, que son gosier est malade, et se dit enceinte.

Les jours suivants, elle présente encore de l'agitation, un grand affaiblissement de l'intelligence et de la mémoire; la parole, très-embarrassée à de certains moments, est assez nette à d'autres. Elle se plaint de douleurs de tête, d'étourdissements, de douleurs dans les mollets. Les idées de satisfaction persistent, mêlées d'hypochondrie; elle s'imagine que son pied droit est enflé; ce qui est inexact.

Dans les premiers jours du mois de mars, c'est-à-dire une

quinzaine de jours après son entrée à l'asile, ses idées ambitieuses se caractérisent de plus en plus; elle a le diplôme de la médecine, elle a guéri des guerriers; elle fait de la pommade du lion; donnera de grands dîners; elle possède des diamants qu'elle mettra à la cour. Elle est reine, sainte, décorée trois fois, sept fois; son père est colonel, etc.

L'excitation augmente de jour en jour, et ses propos deviennent de plus en plus incohérents. Ce sont toujours des idées ambitieuses, de fortune, de diamants, de châteaux, auxquelles se mêlent des idées hypochondriaques, s'imaginant par exemple qu'elle n'a pas de sang jusqu'au coude.

L'hésitation de la parole est plus marquée. La pupille gauche est plus dilatée que la droite.

En résumé, cette femme se livre pendant huit années à des habitudes alcooliques presque journalières, et présente, au bout de cinq ans, des symptômes très-manifestes d'alcoolisme, ceux-ci caractérisés par de l'affaiblissement de l'intelligence et de la mémoire, des hallucinations, des cauchemars, des visions la nuit, des idées de persécution et trois attaques épileptiformes, laissant après elles un affaiblissement plus marqué de l'un des côtés du corps. Jusqu'alors, il ne s'est encore manifesté aucun signe de paralysie générale. Ce n'est que près de trois ans après le début de l'alcoolisme qu'apparaissent l'embarras de la parole et les premières idées de satisfaction, d'abord peu marquées et mêlées à des idées délirantes de l'alcoolisme, mais qui, s'accentuant de jour en jour, finissent par prendre rapidement les caractères du délire ambitieux, de la folie paralytique. Sous ce rapport, il existe une très-grande analogie entre cette observation et la première. Dans les deux cas, les malades, sous l'influence des excès auxquels ils se livrent, sont pris tout d'abord des accidents de l'alcoolisme, puis, après un certain laps de temps, présentent à la fois les symptômes de l'alcoolisme et ceux de la paralysie générale qui se confondent de manière à constituer une sorte de période de transition dont la durée est variable; puis enfin, se débarrassant peu à peu des accidents propres à l'alcoolisme, tandis que les symptômes de la paralysie générale s'accentuent de plus en plus, nous les avons vus aboutir à la folie paralytique la mieux caractérisée.

FIÈVRE ICTÉRO-HÉMATURIQUE OU BILIEUSE HÉMATURIQUE.

Par M. le docteur MONESTIER,
Médecin auxiliaire de 2e classe de la marine.

(Analyse des urines, par M. DELTEIL, pharmacien-major de la marine.)

M. B..., employé de commerce de Saint-Denis (La Réunion), trente-trois ans, marié, jouissant antérieurement d'une bonne santé, n'ayant jamais eu d'hématurie chyleuse, a subi, il y a un an, une première atteinte de la fièvre paludéenne régnante. Il habitait la rue du Ruisseau-des-Noirs, c'est-à-dire dans un quartier très-maltraité par la malaria. — Traitement insignifiant. — Les accès se reproduisent tous les quinze jours environ. Peu à peu, tuméfaction de la rate, sensibilité de cet organe; anémie.

Le sujet vaque à ses occupations.

Le 8 juin 1873, accès modéré le matin. — Le malade s'administre 1 gramme de sulfate de quinine le soir, et 50 centigrammes le matin du 9.

Le 9, au matin, vers dix heures, accès en froid, avec urines d'aspect sanguinolent, qui effrayent beaucoup le malade. Ces urines pâlissent quelques heures après, avec la rémission.

Le malade peut se rendre à mon domicile pour me consulter. — Teinte jaune des sclérotiques; foie indolent, sans augmentation de volume; rate développée, dont la sensibilité s'accroît à la pression; pas de néphralgie; les urines ne brûlent pas le canal; vomissements bilieux dans la soirée, mais peu fréquents et faciles; constipation. Rien du côté de la poitrine ni du cerveau. Inquiétude.

Prescription : Til. — Eau de Seltz. — Pilules :

Calomel.	1 gramme.
Aloès.	50 centigrammes.
Savon médical. . . .	Q. S.

Dans la nuit du 9 au 10, plusieurs frissons; agitation; urines rouges très-abondantes, tachant peu le linge ou le papier.

Analyse d'une urine provenant d'un sujet atteint de fièvre ictéro-hématurique, contractée à Saint-Denis (Ile de la Réunion). — Urines de la nuit du 9 au 10 juin 1873.

(N° 1.)

1° *Examen physique.* — Urines fortement colorées en brun rouge, limpides, sans trace de dépôt. Au bout de quelques heures cependant, celui-ci apparaît et se compose en majeure partie de cristaux de phosphate ammoniaco-magnésien. — Réaction des urines faiblement alcalines. — Densité, 1019°.

2° *Examen chimique.* — Ces urines, traitées par la chaleur ou par quelques gouttes d'acide azotique, précipitent des flocons épais d'*albumine* de couleur sale, due sans doute à l'entraînement de la majeure partie de la matière colorante.

La proportion d'albumine, pour un litre d'urine, a été trouvée de 9gr,30.

Pour rechercher si cette urine renfermait de la bile, une certaine proportion de ce liquide a été évaporée au bain-marie, et le dépôt repris par l'alcool bouillant. Après filtration et concentration, on a fait usage du chloroforme, de l'acide azotique, du réactif de Petenkoffer, sans rriver à pouvoir déceler la moindre trace de bile.

3° *Examen microscopique.* — Une goutte d'urine fraîche, placée sur un verre à microscope et examinée avec un grossissement de 750 diamètres, n'a offert aucune apparence de globules, ni entiers ni modifiés. On ne voyait que des plaques de matière colorante brune et de granulations sans aucun caractère défini.

Une goutte additionnée d'un atome de sel marin, et traitée par une goutte d'acide acétique, puis soumise à une évaporation ménagée, fut mise sur le porte-objet du microscope. Il fut facile de constater d'une manière très-nette la présence d'une quantité considérable de petits cristaux prismatiques, isolés ou groupés en croix, quelquefois affectant la forme d'un losange, et qui ne sont autre chose que des cristaux d'hémine, ou cristaux du sang.

De cet examen, on peut donc conclure, avec Vogel et Neubauer, que ces urines renferment du sang dissous, ou hématoglobuline liquide (mélange d'hémoglobine et de méthémoglobine).

Le matin du 10, le malade a la peau moite, le pouls petit, un peu accéléré; langue d'un blanc jaunâtre; envies de vomir; foie et rate *ut supra*; abattement et vive anxiété.

Le malade n'a pas pris les pilules purgatives de la veille. Je les fais prendre devant moi.

Prescription : Vésicatoire volant à l'épigastre. — Thé. Potion à l'éther pour la journée; potion au perchlorure de fer (15 gouttes) pour le soir, etc.

11 juin. — Évacuations alvines copieuses la nuit. Les urines sont toujours aussi colorées; pas de vomissements. Un léger frisson la nuit. L'ictère s'est généralisé, mais il est jaune paille.

Prescription : Bouillon de poulet. — Tisane avec :

Séné.	4 grammes.
Nitre.	2 —

Potion au bromure de potassium (2 grammes) pour la nuit.

Le soir, les urines sont moins foncées. — Apyrexie. — État général bon.

12 juin. — Nuit calme; sommeil léger. — Les urines ont une teinte jaune brunâtre peu foncée.

Prescription. — Potion :

Extrait de kina.	2 grammes.
Noix vomique (Extrait).	5 centigrammes.
Vin de Malaga.	100 grammes.

Pour quarante-huit heures.

Tisane de café vert. — Aliments légers.

Le 14 juin, j'apprends qu'après ma visite du 12, le malade a éprouvé des coliques. La diarrhée, provoquée par le séné, s'est accrue, avec quelques stries de sang hémorrhoïdal. Il y a eu dans la journée un mouvement fébrile, avec coloration des urines.

Le 13 juin, même état; variabilité dans la couleur des urines; selles glaireuses. Grande inquiétude. Cependant, les médicaments prescrits n'ont pas été pris. Le malade a fait diète complète, et je n'ai pas été informé de tout cela.

Bref, le 14, l'ictère est dissipé, sauf aux sclérotiques. La langue se nettoie. Pas de selles, à part quelques glaires. Peau très-modérément chaude, mais sèche. Sommeil, la nuit.

Urines de la nuit, couleur café ou caramel.

Analyse de ces urines.
(N° 2.)

Urines ayant la couleur d'une dissolution de caramel. — Densité, 1014. — Réaction fortement acide (même vingt-quatre heures après l'émission). Pas de bile. Léger précipité albumineux par la chaleur et l'acide azotique. L'albumine dosée représente 1 gramme pour 1000 d'urine.

Ces urines, traitées par de l'acide azotique et soumises à une évaporation modérée, ont présenté la coloration rouge pourpre, après addition d'ammoniaque, caractérisant nettement la présence de l'acide *urique* en grand excès.

Examen microscopique. — Examinées au microscope, ces urines n'offrent tout d'abord aucune trace de substance minérale ou organique, à caractères déterminés. Ces mêmes urines, traitées par une proportion modérée d'acide azotique, présentent, au contraire, des quantités considérables d'acide urique sous toutes ses formes.

Une goutte d'urine additionnée de sel marin et traitée par l'acide acétique, et évaporée avec précaution, a offert à l'œil de l'observateur un assez grand nombre de petits cristaux d'*hémine*, preuve délicate et manifeste d'une petite quantité de sang dissous existant encore dans l'urine du malade.

En raison de la disparition de l'ictère et d'un accès quotidien, je donne 80 centigrammes de quinine, la potion au kina et du bouillon.

Le soir, les urines se sont foncées en couleur, mais sans aspect sanguinolent.

A partir de ce moment, les urines vont en pâlissant. Le malade se lève, il mange, prend du vin coupé; mais il y a hyperesthésie de la peau, surtout à la face; un peu de céphalalgie frontale.

Les 16 et 17, petit accès de fièvre dans la journée.

Le 18, sulfate de quinine, 1 gramme.

Les 19 et 20, sulfate de quinine, 50 centigrammes, — toujours en continuant la potion au kina et à la noix vomique, et en surveillant la liberté du ventre.

Il survient une névralgie temporale gauche, contre laquelle échoue le bromure de potassium; ce qui nous fait revenir à la quinine en solution pendant plusieurs jours.

Le 23, le malade peut faire une assez longue promenade. Son état est satisfaisant; mais il est indispensable de continuer longtemps les toniques et un régime reconstituant pour éviter les récidives.

Réflexions. — 1° Nous avons eu affaire à une fièvre bilieuse hématurique de moyenne intensité, qui eût guéri bien plus rapidement si le malade eût suivi la médication prescrite plus exactement, et s'il n'eût eu un moral très-faible.

2° La quinine n'a été employée par nous qu'après la disparition de l'ictère et des principaux symptômes, méthode basée sur une observation de plus de douze années, à Mayotte et à Nossibé, et étayée sur l'expérience incontestable de Lherminier, à la Guadeloupe; sans compter deux atteintes de cette forme de fièvre, dont je me suis guéri moi-même sans recourir à la quinine.

3° Nous avons vu que notre malade s'était peu ou point soigné depuis l'invasion de ses fièvres paludéennes. Or, il est bien reconnu aujourd'hui, par la plupart des médecins, que, dans les pays à malaria, la quinine agit surtout au début; qu'à la longue, son action s'épuise et qu'elle devient pour le moins inefficace. Aussi, loin de songer à nous priver de ce médicament indispensable dans les fièvres palustres, avons-nous toujours insisté auprès des malades pour qu'ils fissent traiter par le médecin leurs premières atteintes, et par conséquent pour qu'ils prissent l'antipériodique aux doses convenables et au moment le plus opportun, sous peine de voir le mal récidiver sans cesse, et de voir survenir plus ou moins vite, surtout sous les latitudes chaudes si débilitantes, des complications, des désordres contre lesquels le sel quinique devient impuissant.

L'important, dans la fièvre bilieuse hématurique, c'est de rétablir le cours de la bile, d'en faciliter l'évacuation par les voies inférieures et de combattre les divers symptômes dans leur ordre de succession et selon leur gravité, qui est variable. Cela nous entraînerait trop loin d'entrer dans des détails à cet égard.

4° L'hématurie, bien démontrée par l'analyse de notre distingué collègue dans des urines bien moins colorées en rouge sang, bien moins chargées que tant d'autres que j'ai observées à Mayotte, l'hématurie, dis-je, n'est pas une hémorrhagie véritable: l'absence de globules, même aussitôt après l'émission, comme je l'ai souvent constaté au microscope, la proportion d'albumine, etc., prouvent que l'on n'a pas affaire à du sang complet comme dans l'hématurie due à une lésion du rein.

Comme le dit Virchow (*Manuel de pathologie*): « Dans certaines circonstances, il se fait soudain une destruction notable de globules. Le sang se trouve encombré de ces globules et chargé surtout de la matière colorante. Le sérum prend la couleur du sang et l'hématine qu'il tient en dissolution passe avec lui dans les sécrétions et les tissus. Les téguments imbibés de cette solution prennent une teinte jaune qui a été souvent prise pour de l'ictère. Cette dissolution en masse des globules a pris le nom de septicoémie. »

Dans l'épistaxis, c'est du sang complet qui s'échappe par la pituitaire: cette membrane est toujours lésée, tandis que dans notre hématurie, c'est du sérum morbide qui passe sans lésion nécessaire.

A l'appui de cette proposition, rappelons que la veine-cave inférieure joue le rôle d'appareil porte-rénal, fait élucidé par la découverte de Cl. Bernard, sur le reflux du sang vers le rein à certains moments, surtout lorsque l'estomac est *distendu* par les aliments: on peut ajouter par une grande quantité de liquide biliaire. « Ce reflux, disent Littré et Robin (12e édit.), rend compte de la rapidité avec laquelle, chez beaucoup de personnes dont les urines sont habituellement chargées de plus ou moins d'urate de soude, on voit, après le repas, varier l'état limpide ou trouble de cette humeur. Or, cet état dépend de la composition immédiate du sang qui arrive au rein, *mais non d'une lésion du parenchyme rénal.* »

N'en sera-t-il pas de même quand le sang sera chargé de la dissolution des globules, c'est-à-dire d'hématosine et d'albumine?

(Voir aussi Sappey, sur le rôle de la valvule, de la veine-cave ascendante et sur le reflux du sang dans la veine-cave inférieure et de là dans le foie par les veines hépatiques et dans les reins par les veines rénales.)

C'est pourquoi dans les autopsies de fièvre bilieuse hématurique, on est loin de trouver toujours des altérations sérieuses des reins, comme le prétend Pellarin (1), qui voit dans la lésion ré-

(1) *Archives de médecine navale*, février 1865.

nale la caractéristique de cette fièvre. Ainsi Barthélemy Benoît, dans plus d'un tiers des cas, a trouvé le poids du rein normal. Il était donc bien peu congestionné. Daullé, Grenet, sous les ordres desquels j'ai servi longtemps, examinaient les reins scrupuleusement, et ce n'était que dans les cas promptement mortels qu'on y trouvait des ecchymoses rouges violacées, rouges brunâtres ou encore d'un vert sombre, soit superficielles, soit pénétrant à plusieurs millimètres dans la substance corticale. Dans les décès survenus tardivement, dans l'adynamie, le rein n'offrait plus d'altération notable; de l'urine, pâle et anémique, avait déjà été sécretée et rendue par la miction.

Je n'en dis pas plus long ici, me réservant d'exposer ailleurs les résultats des autopsies auxquelles j'ai assisté où que j'ai faites moi-même, et de montrer la diversité des lésions suivant les cas.

5° Quant à *l'ictère*, c'est l'ictère hémophéique du professeur Gubler, avec insuffisance d'activité du foie, « ictère produit par la modification de l'hémoglobuline dans le sang même. L'urine ne contient pas alors le *sang tissu*, mais bien le *liquor sanguinis*, représenté par la *matière protéique albumineuse et la colorante*.»

Nous voilà bien loin de ceux qui ont prétendu que ce sont les éléments de la bile qui colorent les urines et les téguments. Je citerai, entre autres, Daullé (1), dont la thèse, remarquable à beaucoup d'égards, a été insérée en partie dans la *Gazette des Hôpitaux*.

Il avance que de la bile en grumeaux prise dans la vésicule biliaire, à l'autopsie d'une fièvre pernicieuse ictérique, mise au fond d'un verre à expériences et délayée avec l'urine physiologique, donne, par addition successive, une coloration identique à l'urine émise pendant le paroxysme.

Sur le même théâtre, je n'ai rien obtenu de pareil, sauf de vagues analogies.

D'autres, il est vrai, disent que « l'identité de la matière colorante du sang et de celle de la bile s'impose à la conviction et est admise par presque tous les chimistes et physiologistes qui *croient* que l'hématosine est l'élément principal de la constitution de la bilifulvine » (Worms, *Arch. de méd. milit.*, 1865).

Si cette opinion était fondée, elle donnerait raison à ceux qui supposent que la bile et le sang se trouvent réunis dans les urines de la fièvre qui fait l'objet de cette étude.

En attendant, le procédé de Teichmann, si simple, si facile et si rigoureux, indiqué dans la *Recherche des poisons* d'Otto, nous paraît excellent pour jeter la lumière sur la question.

Nous l'avions vu employer dans une expertise de médecine légale par notre estimé collègue Delteil. Aussi avons-nous profité, pour le voir appliquer, du premier cas de fièvre bilieuse hématurique qui s'offrait à nous depuis longtemps ; car cette forme de fièvre est encore rare à la Réunion.

P. S. — Nous avons conservé dans l'acide acétique dilué des urines de notre malade, propres à une contre-épreuve.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Séance du 12 avril 1873. — Présidence de M. Lunier.

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

CORRESPONDANCE MANUSCRITE

Une lettre de M. le docteur Camuset, qui présente sa candidature à l'une des places actuellement vacantes dans la Société de médecine de Paris.

CORRESPONDANCE IMPRIMÉE

La poussée, étudiée aux eaux minérales de Saint-Christaud, par M. Emile Tillot.

Du tissu conjonctif ou lamineux, par M. Gillette.

Remarques sur les blessures par armes à feu, observées pendant le siége de Metz et celui de Paris, 1871, par M. Gillette.

M. Charrier fait un rapport sur un ouvrage de M. Foissac, intitulé : *De la longévité humaine*. (Voir le numéro du 12 juin 1873.)

Sur la proposition de M. Charrier, M. Foissac est nommé membre honoraire de la Société, à l'unanimité des membres présents.

M. Lolliot communique à la Société le travail suivant :

De l'alcoolisme comme cause de la paralysie générale. — Notre intention n'est pas de traiter à fond la question de la paralysie générale ; nous nous proposons seulement d'examiner un point encore obscur de l'étiologie de cette maladie, à savoir les rapports qui existent entre son développement et les accidents de l'alcoolisme. Les opinions à cet égard sont, on le sait, très-contradictoires. Les uns, en effet, considèrent ces deux processus morbides comme deux maladies parfaitement distinctes, n'ayant et ne pouvant avoir entre elles aucun point de contact ; d'autres admettent que les excès alcooliques peuvent avoir une certaine influence sinon sur le développement, du moins sur la marche de la folie paralytique qui, dans ce cas, offrirait quelques caractères particuliers ; d'autres, enfin, et c'est le petit nombre, admettent aujourd'hui que l'alcoolisme devient, dans certains cas, non-seulement une cause prédisposante, mais encore une cause de la paralysie générale.

Les opinions les plus diverses ont donc leurs partisans ; aussi, nous a-t-il paru intéressant de relever et de soumettre à l'appréciation de la Société deux faits observés avec soin, où cette influence de l'alcoolisme comme cause directe de la folie paralytique nous paraît hors de doute.

Bien qu'il soit difficile de se faire une opinion arrêtée, d'après un aussi petit nombre de faits, nous pensons cependant qu'il est préférable de les donner tels qu'ils sont plutôt que de les laisser dans l'ombre, espérant que, réunis à d'autres, ils contribueront, pour leur part, à éclaircir ce point controversé de l'étiologie de la paralysie générale.

Nous avons recueilli ces deux observations dans le service de MM. Magnan et Bouchereau à l'asile Sainte-Anne, et nous tenons à les remercier tout particulièrement des renseignements qu'ils ont bien voulu nous communiquer au sujet des malades qui font l'objet de ce travail. (Voir plus haut.)

(*A suivre.*)

THÈSES
SOUTENUES A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS
PENDANT L'ANNÉE 1873.

281. Rosapelly. Recherches théoriques et expérimentales sur les causes et le mécanisme de la circulation du foie.
282. Jacops. Étude clinique sur les abcès musculaires qui surviennent pendant la convalescence de la fièvre typhoïde.
283. Demeunynck. Considérations sur la vaccine, de son utilité et de celle des revaccinations.
284. Rémond. Quelques considérations sur les plaies de la tête avec lésions traumatiques des os du crâne et de l'encéphale.
285. Durand. Étude clinique sur quelques cas de paraplégie.
286. Auboin. Traitement du testicule tuberculeux par la cautérisation par le fer rouge.
287. Tardif. De la pustule maligne observée à Paris.
288. Grand. Aperçu sur les opérations de cataracte par extraction.

(1) Thèse de Paris, 1857, n° 179.

289. Escande. Notes sur l'impaludisme.
290. Gafé. Considérations sur la phlegmatia alba dolens dans l'état puerpéral.
291. Prévot. De l'otite chez les tuberculeux et de ses accidents.
292. Bordenave. Des effets physiologiques et thérapeutiques de divers composés du phosphore.
293. Le Tersec. Quelques considérations sur la thrombose et l'embolie fibrineuse des gros vaisseaux.
294. Marques. Du cancer primitif du péritoine.
295. Dartigues. De la rétention passagère de l'urine consécutive à une lésion traumatique ou opératoire.
296. Bouheben. De l'extirpation de la glande et des ganglions sous-maxillaires.
297. Luneau. Étude sur la pathogénie des hémorrhagies primitives de la cavité de l'arachnoïde crânienne.
298. Dupont. Étude critique sur le traitement de l'ongle incarné.
299. Le Moaligou. Des injections sous-cutanées de sublimé dans le traitement de la syphilis.
300. Pitoy. Essai sur la pathogénie et la nature de l'érysipèle.
301. Wagner. Des paralysies musculaires *à frigore*.
302. Hodoul. De la médication lactée dans la dysentérie et la diarrhée chroniques.
303. Eltchaninoff. Des manifestations de la blennorrhagie sur les synoviales articulaires et tendineuses.
304. Joubin. De la déchirure du poumon sans fracture de côte correspondante, considérée au point de vue de son mécanisme et de ses symptômes.
305. Pellissier. Des indications de l'hydrate de chloral dans l'accouchement.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

A l'exposition universelle de Vienne, M. Jules Talrich, modeleur en cire de la Faculté de médecine de Paris, a remporté les médailles du Progrès et du Mérite pour ses travaux de médecine opératoire et anatomie des formes.

— M. le docteur Ball, suppléant M. le professeur Béhier, a commencé, jeudi 4 septembre, ses leçons de clinique médicale à l'Hôtel-Dieu. Il les continuera les mardi et jeudi de chaque semaine.

Visite des malades, salle Sainte-Jeanne, à huit heures et demie.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Traité de diagnostic médical, guide clinique pour l'étude des signes caractéristiques des maladies, contenant un précis des procédés physiques et chimiques d'exploration clinique, par V. A. Racle, médecin des hôpitaux de Paris. 5e édition, présentant l'exposé des travaux les plus récents, par les docteurs Ch. Fernet et Strauss. — Paris, 1873, in-8° de XII-800 pages avec figures intercalées dans le texte. Prix : 7 francs. — J.-B. Baillière et fils.

De nos institutions d'hygiène publique et de la nécessité de les réformer, par le docteur Armaingaud, professeur du cours municipal d'hygiène de Bordeaux, etc. Précédé d'une lettre de M. Littré, membre de l'Académie française. — In-8°. Prix : 50 centimes. — Paris, Adrien Delahaye.

L'Étudiant micrographe, traité pratique du microscope et des préparations, par Arthur Chevalier, O. ✵, 1 vol. de 600 pages, 600 figures : 7 fr. 50. — Delahaye, place de l'École-de-Médecine. — Catalogue illustré des microscopes, gratis, chez Arthur Chevalier, Palais-Royal.

Thèses soutenues à la Faculté de médecine de Paris. A. Coccoz, libraire, rue de l'École-de-Médecine, n° 30.

Le Directeur : Dr E. Le Sourd.

Paris. — Typographie A. Pougin, quai Voltaire, 13.

N° 104. — MARDI 9 SEPTEMBRE 1873. 46e ANNÉE. MARDI 9 SEPTEMBRE 1873. — N° 104.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

Le prix d'abonnement
doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

La Lancette française

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Bureaux : 57, rue des Saints-Pères, 57
PRÈS L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

On s'abonne hors de Paris
dans les bureaux des Messageries et chez les Libraires.
Les lettres non affranchies sont refusées.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui n'en peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS
Trois mois. . 8 fr. 50 c.
Six mois. . . 16 —
Un an. . . . 30 —

POUR L'ÉTRANGER le port en sus suivant les derniers tarifs des Postes.

ÉCOLE PRATIQUE. — M. LEGRAND DU SAULLE.

De la folie héréditaire (1).

III

Anomalies de l'ordre affectif et de l'ordre moral. — Marche. — Pronostic. — Les héréditaires ont les facultés affectives profondément altérées : ils n'aiment absolument qu'eux-mêmes. Mauvais fils, époux distraits, pères oublieux, ils ont le cœur sec et froid, et sont insensibles à tout ce qui ne les touche pas personnellement. Le fond de leur caractère se résume en deux mots : orgueil et égoïsme.

La manie raisonnante, d'après M. Campagne, n'est autre chose qu'un amas de passions et de mauvaises qualités gravitant autour d'un orgueil immense. Cette opinion est parfaitement vraie, non-seulement dans la manie raisonnante telle que la comprend M. Campagne, et qui n'est qu'une des nombreuses variétés de la folie héréditaire, mais encore de l'immense majorité des cas dans lesquels la dégénérescence n'est pas assez grave pour avoir supprimé complétement les manifestations affectives.

Cette ridicule exagération du moi se manifeste d'une foule de façons : on la reconnaît dans l'attitude, la démarche, le jeu de la physionomie, le langage et le geste. Les héréditaires détestent généralement tout le genre humain, et ils méprisent tous ceux qui ne rendent pas justice à leur mérite. A les entendre parler, ils sont des êtres extraordinaires et doués d'une façon providentielle, des types uniques destinés à accomplir de grandes choses. Ils résument en eux toutes les perfections et toutes les vertus.

Bavards, présomptueux, despotes, ils aiment à occuper le public de leur personne et cherchent par tous les moyens possibles à attirer l'attention. Ils discutent très-volontiers, mais ne supportent aucune espèce de contradiction. Poltrons, paresseux, ombrageux, ils envient les honneurs et les richesses d'autrui, parce que, dans leur pensée, eux seuls en sont dignes. Ils sont railleurs, taquins, contrariants et ingrats par-dessus tout. Incapables de sentiments élevés, ils ne connaissent ni le dévouement, ni la charité, ni le patriotisme, ni l'honneur. Toute la morale se résume pour eux dans leur intérêt actuel. La loyauté leur est inconnue ; l'hypocrisie et le mensonge leur paraissent tout naturels du moment qu'ils peuvent en tirer profit. Ils sont très-souvent fanfarons du vice, froidement cyniques et dissipateurs par vanité.

La mobilité de leurs affections et de leurs haines est surprenante. La plus futile circonstance modifie leurs sentiments. Aujourd'hui, ils n'ont pas assez d'injures pour un des leurs, et demain ils ne trouveront jamais assez de flatteries et de louanges à son adresse. La moindre chose les met en courroux, et la moindre chose les calme.

Êtres changeants, versatiles, inconséquents, paradoxaux, insaisissables, ils réagissent toujours d'une manière capricieuse et exagérée. Systématiquement hostiles à toute action moralisatrice, insensibles aux joies de la famille, inaccessibles aux douceurs de l'affection, instinctivement portés à la rébellion, aux extravagances, au scandale, ils font toujours le malheur et quelquefois la honte de leur famille.

Il est un grand nombre de cas dans lesquels ces troubles des facultés affectives sont peu apparents, soit parce qu'en réalité ils sont peu développés, soit parce que masqués en quelque sorte par des symptômes plus graves d'un autre ordre, ils n'occupent dans l'histoire de la maladie qu'un plan secondaire. Mais il en est d'autres où les troubles affectifs sont prédominants. Ainsi, chez bon nombre d'héréditaires, l'orgueil a pris des proportions telles qu'il peut être considéré comme le signe primordial caractéristique. Ces malades sont insupportables. Leurs idées vaniteuses varient naturellement selon les conditions sociales dans lesquelles ils se trouvent placés. Continuellement absorbés dans l'admiration de leur personnalité, ils ont toujours l'envie de dominer. Rien ne doit résister à leur volonté.

Souvent ils font des dépenses qui ne sont nullement en rapport avec leur fortune, non par amour du luxe ni du plaisir, mais uniquement pour paraître riches. Alors ils se ruinent et plongent leur famille dans la détresse. Ils prennent fréquemment en haine les personnes qui les entourent, et cela pour une raison bien simple, c'est qu'on n'a pas pour eux la déférence et le respect qu'ils méritent.

Toute leur personne a quelque chose de spécial qui les fait assez facilement reconnaître : la tête haute, l'air arrogant, ils cherchent à attirer les regards. Leur parole est brève et dédaigneuse, et leur maintien s'efforce d'être majestueux, mais n'est la plupart du temps que ridicule.

(1) Suite. — Voir les numéros des 15, 17, 24, 31 juillet, 5, 14, 16-19 26 août et 2 septembre 1873.

Ils tranchent toutes les questions en dernier ressort, et leur opinion une fois émise, ils ne supportent pas qu'on la discute.

Les femmes passent un temps considérable à l'arrangement de leur chevelure, choisissent pour leur vêtement les étoffes les plus voyantes, cherchent à se rajeunir d'une façon absurde, parlent sans cesse de leur beauté, de leurs vertus et de l'amour qu'elles inspirent à tous ceux qui les voient.

On peut rapprocher des troubles des facultés affectives certains états caractérisés par l'exaltation maladive ou la perversion de la sensibilité morale. Ainsi, il est des héréditaires que la moindre cause jette dans un violent accès de colère. Irritables au suprême degré, le motif le plus futile les fait entrer en fureur. Morel a rapporté l'observation d'un malade de ce genre, que la contrariété la plus légère mettait hors de lui. Il se roulait par terre, pleurait comme un enfant, et avait des spasmes violents. Une femme, dont il a également parlé, s'exaspérait pour la moindre chose. Son mari est un jour en retard d'un quart d'heure pour le dîner ; elle se jette furieuse sur lui, déchire ses vêtements et lui meurtrit le visage. A certains intervalles, ces scènes de violence se reproduisent. Pour les motifs les plus insignifiants, cette femme abandonne la maison, son mari, ses enfants, et se retire chez sa mère. Quelques jours après, quand le calme est revenu, elle rentre chez elle.

D'autres malades, au lieu de s'irriter pour la moindre cause, tombent dans un état de profonde tristesse. La moindre émotion les accable et les désespère. Ils passent sans transition et presque sans motif du plaisir à la douleur, de la joie à la tristesse. Doués d'une sensibilité maladive, ces malheureux réagissent avec une extrême violence contre toutes les causes qui affectent cette sensibilité.

Un grand financier, très-habile dans la gestion de ses affaires, s'attachait très-vivement à ses animaux. Leur perte le plongeait dans un désespoir inexprimable et amenait des crises de larmes intarissables. Il possédait à Auteuil une propriété, et chaque soir, ses affaires terminées, il allait jeter de la nourriture à de nombreuses grenouilles qu'il élevait dans un étang. Quand un de ces animaux mourait, il était en proie à une véritable douleur délirante !

Dans ces cas, il n'y a pas seulement exaltation maladive de la sensibilité, mais aussi perversion. Ces gens, que la perte d'un chat ou d'une grenouille fait pleurer amèrement, voient mourir avec indifférence leurs parents ou leurs amis. Ils ont des affections instinctives, et leur sensibilité n'est éveillée que lorsque l'objet de ces affections est intéressé à leurs capricieuses fantaisies.

En qualité d'instinctifs, les héréditaires commettent des actes bizarres, extravagants, immoraux, dangereux, sans raison, sans motifs, comme s'ils étaient fatalement poussés par une nécessité de leur organisation. Aucune conception délirante ne provoque ces actes, aucune incohérence dans le discours ne les explique : une impulsion impérieuse, irrésistible, qui n'est précédée d'aucun raisonnement, s'empare de la volonté du malade et le domine.

Dans l'état normal, entre l'instant où l'idée de faire une action se présente à l'esprit et celui où cette action est consentie, il s'accomplit une opération très-complexe. L'esprit s'empare du désir, le jugement en apprécie la nature et en pèse les conséquences. A la suite de cette délibération, le désir est accepté ou repoussé, et si l'acte est commis, c'est un acte voulu. Eh bien, chez beaucoup d'héréditaires, cette opération intermédiaire, cette délibération qui seule crée la responsabilité, est remplacée par une sorte d'automatisme instinctif qui supprime la spontanéité et détruit le libre arbitre. Ils commettent des actes qui ne sont pas voulus, et cela malgré l'apparente intégrité de leur intelligence et de leur raison. Chez eux, le phénomène dominant, c'est le délire des actes.

La nature des actes délirants est extrêmement variable : tantôt ce sont des actes enfantins, insignifiants par eux-mêmes, absurdes, bizarres, extravagants ; tantôt ce sont des actes dangereux, obscènes, violents ou criminels.

Les individus qui, sans conceptions délirantes, sans hallucinations, commettent automatiquement des actes ridicules, déraisonnables, dont la puérilité ne se justifie pas par un état avéré de débilité mentale, sont connus sous le nom d'excentriques. La variété des actes des excentriques est telle qu'elle ne se prête à aucune description générale. Chez eux, tout se fait au rebours des habitudes reçues. Ils ne se vêtissent pas comme tout le monde ; leur ameublement a quelque chose d'extraordinaire ; ils n'élèvent pas leurs enfants comme les autres. En politique, en philosophie, en religion, ils ont des opinions paradoxales, tranchantes, subversives, et ils cherchent au besoin à les mettre en pratique et à les imposer.

Morel a connu un magistrat très-distingué dont les réquisitoires étaient des modèles de logique et de lucidité. Il descendait de parents névropathes, et fut toute sa vie un excentrique. Séparé de sa famille, il vivait isolé dans une chambre d'hôtel, dans laquelle il ne permettait à personne de pénétrer. Quand il marchait dans la rue, il prenait grand soin de ne pas mettre son pied sur les lignes de jonction des pavés, de crainte de figurer une croix, ce qui eût été de très-fâcheux augure.

Un banquier, très-expert dans les affaires, se croyait obligé de faire périodiquement une excentricité pour se préserver de la folie ; et, à ce propos, je dois vous faire remarquer qu'il est fréquent d'observer, chez les héréditaires, cette crainte de la folie. Il semble qu'ils comprennent la faiblesse ou plutôt l'instabilité de leur intelligence.

(*A suivre.*)

CONSIDÉRATIONS SUR LA CASTRATION

Par M. le Dr Pirotais (de Fougères).

M. X..., de bonne constitution, quarante et un ans, très-musclé, sans antécédents diathésiques et sans émaciation, me consulte pour une tumeur volumineuse du testicule droit de date ancienne et à marche progressive. Il l'attribue à une violente contusion. L'augmentation de la tumeur l'inquiète ; il désire l'ablation. Mais quelle en est la nature ? C'est un sarcocèle. Est-il tuberculeux, syphilitique, fibreux, enchondromateux ou cancéreux ? Ne serait-ce pas un hématocèle, le testicule ayant été contus ? Il n'est pas tuberculeux, sa force physique, son développement thoracique, l'absence de toux nous répondent négativement. De syphilis, pas de vestige récent ou ancien. Serait-ce une orchite chronique, un fibrome ou un enchondrome ? Dans le premier cas, il n'y a pas eu de douleurs aiguës ; dans les deux autres, l'accroissement rapide, le volume de la tumeur nous font rejeter cette idée. Nous nous arrêtons à l'encéphaloïde et à l'hématocèle, et nous inclinons vers cette double forme, hématome et sarcocèle cancéreux, en vertu du poids, de l'augmentation successive et de la contusion primitive.

Nous savons bien que le professeur Nélaton, dans son ouvrage et dans sa leçon clinique du 22 octobre 1857, regarde comme infidèle le signe diagnostic du poids spécifique des tumeurs testiculaires, cependant on peut dire comme M. Mérieux, soit préjugé, soit autrement, l'opérateur y ajoute et y ajoutera toujours de l'importance.

« D'ailleurs, dit le professeur Sédillot, quant au sarcocèle cancéreux, le *poids*, le volume, la dureté au début, les douleurs lancinantes de la tumeur aident à en reconnaître la nature. »

Les douleurs lancinantes manquent souvent néanmoins dans l'encéphaloïde; c'est ce qui existe dans notre cas spécial. Le poids spécifique varie, celui de l'hydrocèle est de 1,01, celui des autres tumeurs varie de 1,035 à 1,094.

L'opération de castration étant jugée nécessaire par mon confrère Desoyer et moi, nous la pratiquâmes en janvier. Notre malade fut anesthésié, et nous suivîmes une méthode mixte, c'est-à-dire qu'au lieu de faire directement l'incision de 0,01 au-dessus de l'anneau jusqu'au bas du scrotum, nous amputâmes elliptiquement l'organe en faisant une incision rectiligne de trois centimètres en avant et en la poursuivant vers le tiers postéro-interne de l'organe pour la ramener vers le tiers antéro-interne, de façon à enlever une certaine quantité ovoïde du scrotum. Par ce procédé mixte, le pus peut, comme par la modification de d'Aumont, s'écouler librement, les pansements sont plus faciles, la peau scrotale pas en excès, la réunion immédiate plus sûre, si surtout l'opérateur place directement en avant les fils simples de la ligature.

La méthode Zeller me paraît devoir être écartée.

Cette incision mixte exécutée, l'énucléation fut faite; mais, malgré nous, la cloison du dartos déjà éraillée céda, et nous eûmes une hernie du testicule.

Nous fîmes une ligature en masse, comme la plupart des chirurgiens la pratiquent. On sait qu'il y a désaccord sur ce point. M. Sédillot, page 428, dit que le danger d'accidents nerveux, dus à l'étranglement du canal et des filets nerveux qui l'entourent, semble une pure allégation. Soit; mais dans le cas spécial, l'opéré souffrit des douleurs névritiques aiguës; et puis, le canal induré, sans être fortement atteint, ne tombe pas facilement; il peut s'hypertrophier; son tissu cellulaire périphérique se remplir d'albuminats; en un mot, on a, par la section en masse, un véritable moignon, persistant longtemps et devenant souvent le point de départ de prolifération morbide. Il me paraît donc préférable d'isoler les éléments du cordon (Dupuytren, Delpech et Roux), car, par la ligature sur le tout, la chute, dans notre cas, n'en fut complète que quarante jours après l'extirpation. Le malade alla bien, à part des douleurs névralgiques et une phlébite du membre inférieur droit. Il croyait à la guérison; elle n'était qu'un mirage. En effet, nous venons d'être appelés pour constater une récidive sur place à la partie inférieure du scrotum subsistant, et de plus une vaste tumeur péritonéale à gauche, évidemment de nature maligne.

Que faire, en clientèle privée, en semblable occurrence? Opérer, oui, pour mon confrère et moi, si le malade le désire ardemment; non, s'il ne la sollicite pas; car, quel bénéfice pour l'opéré? aucun. Pour l'opérateur, si la tumeur abdominale le tue, n'en accusera-t-on pas les médecins? Nous nous contentons, mon confrère et moi, de combattre la faiblesse et de relever le moral par des frictions à la pommade de ciguë et de belladone.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 25 juin 1873. — Présidence de M. Perrin.

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

CORRESPONDANCE

La correspondance comprend :

La Gazette des hôpitaux; — l'*Union médicale*; — la *Gazette hebdomadaire*; — *la France médicale*; — le *Mouvement médical*; — le *Progrès médical*; — la *Gazette obstétricale*; — le *Bordeaux médical*; — la *Gazette médicale de Bordeaux*; — le *Lyon médical*; — le *Bulletin médical du nord de la France*; — la *Revue médicale de Toulouse*; — Le compte rendu de la Société de médecine, de chirurgie et de pharmacie de Toulouse ; — *The Sanitarum*, n° 111.

M. MARJOLIN présente, au nom de M. le docteur Guyot (de Lyon), un travail manuscrit intitulé : *De l'inflammation des anciennes opacités de la cornée* (Commission : MM. Desprès, Verneuil, Giraud-Teulon). M. Guyot adresse en outre plusieurs travaux imprimés.

M. PERRIN offre à la Société, de la part de M. le docteur Faucon, un mémoire imprimé : *Sur une variété d'étranglement interne reconnaissant pour cause les hernies interne ou intra-abdominale* (Extrait des *Arch.*, juin, juillet 1873.)

Discussion sur les polypes naso-pharyngiens.

M. VERNEUIL communique à la Société les deux observations suivantes auxquelles il a fait allusion dans la séance précédente.

Obs. I. — Mme D..., âgée actuellement de soixante-deux ans, a remarqué pour la première fois, en 1845, une extrême gêne de la respiration. Les narines se sont peu à peu oblitérées, et au bout de quelques années, l'air ne passait plus du tout par le nez. A diverses reprises, des hémorrhagies nasales se montrèrent avec douleurs de tête. Le médecin ordinaire reconnut de bonne heure un double polype des fosses nasales. A plusieurs reprises, il arracha, avec des pinces, la partie saillante des polypes, opérations qui provoquaient toujours des hémorrhagies abondantes.

En 1861, l'arrière-gorge se remplit d'un prolongement de la tumeur qui dépassait le bord inférieur du voile du palais et gênait la déglutition.

En 1862, Ad. Richard entreprit la cure radicale. Il fendit le voile du palais et reséqua la voûte palatine; puis, dans une séance extrêmement laborieuse, il extirpa une partie de la tumeur. Dans les mois suivants, il fit de nombreuses cautérisations sans pouvoir jamais détruire le pédicule. Cependant, pendant deux années, la tumeur marcha avec une telle lenteur que la perforation palatine resta béante, au grand désagrément de la malade.

En 1865, la tumeur arrivait au niveau de la division palatine, et la communication entre la bouche et la cavité nasale avait disparu.

Dans les années suivantes, la tumeur descendit peu à peu et non-seulement finit par remplir le pharynx supérieur, mais arriva jusqu'à rencontrer la base de la langue.

En 1870, je fus appelé pour porter remède à la gêne de la respiration qui devenait de plus en plus grande. Une masse fibreuse du volume de la dernière phalange d'un pouce très-volumineux débordait le niveau de la voûte palatine et du voile du palais. Ne voulant pas tenter la cure radicale, je me contentai de retrancher, avec une chaîne d'écraseur, toute cette partie saillante, ce qui se fit fort aisément et sans douleur.

Le tissu était très-dense et criait sous la chaîne comme les corps fibreux de l'utérus. Au microscope, on reconnaissait le tissu fibreux presque pur.

L'amélioration fut considérable, et pendant deux ans et demi le mal fut supportable ; mais vers le milieu de 1872, la tumeur s'étant de nouveau prolongée par en bas, je renouvelai le section palatine avec l'écraseur.

Aujourd'hui, le mal est stationnaire ; le corps de la tumeur bouche exactement la fissure palato-staphylienne. En revanche, les prolongements nasaux ont progressé, et, au mois de mars, ils arrivent jusqu'à l'orifice antérieur des deux narines et distendent assez fortement les ailes du nez. Je les ai touchés à quatre reprises avec une baguette de bois imbibée d'acide chromique, ce qui a amené un résultat avantageux.

Je ne crois pas qu'on puisse contester à cette affection le nom de polype fibreux naso-pharyngien.

Obs. II.—Mme L..., âgée de soixante-quatre ans, sans profession, entre au n° 19 de la salle Sainte-Jeanne, à l'hôpital Lariboisière, le 1er février 1866.

Elle nous donne, sur ses antécédents, les renseignements qui suivent : En 1853, c'est-à-dire à l'âge de cinquante et un ans, elle s'aperçut que la respiration était gênée. Plusieurs médecins avaient simplement diagnostiqué un coryza. En 1857, M. Nélaton diagnostiqua un polype naso-pharyngien. En 1858, Adolphe Richard fit la résection de la voûte palatine, suivie de nombreuses cautérisa-

tions. Cette malade fut présentée à la Société de chirurgie le 9 mai 1860, comme un exemple de cure radicale par la résection palatine (*Bull. de la Soc. de chir.*, 2e série, t. Ier, p. 291). Son observation figure encore parmi les treize cas de guérison consignés dans la thèse de M. Robert Massé (*Thèses de Paris*, 1864, nº 125).

Certes, la récidive n'était guère à prévoir, puisqu'elle ne s'était pas encore montrée deux ans après l'opération, et cependant, vers 1864, le pédicule commençait à végéter de nouveau.

A l'entrée de la malade, voilà ce que l'on observait :

Une tumeur pyriforme, à surface lisse, de la couleur de la muqueuse buccale, longue de 3 centimètres environ, et large au moins d'autant dans sa partie la plus épaisse, fait saillie dans le pharynx; elle sort de la fissure palatine, qu'elle remplit, et au niveau de laquelle elle est comme étranglée. Le doigt, porté profondément dans la tumeur, en suit le pédicule rétréci jusqu'à la base du crâne.

La narine droite est complétement bouchée par un prolongement continu à la tumeur.

La déglutition n'est pas trop gênée, surtout pour les aliments solides. La respiration elle même n'est point entravée, si ce n'est pendant le sommeil et quand la malade ferme la bouche ; mais la voix est très-nasonnée et la parole parfois embarrassée. C'est ce qui décide la malade à réclamer une opération.

J'introduis sans difficulté une chaîne d'écraseur autour de la tumeur, et je la porte aussi profondément que possible.

En quelques minutes, j'enlevai de la sorte la tumeur, qui est très-élastique et composée d'un tissu fibreux dense et peu vasculaire.

Quelques jours après, la malade quitte le service. Je n'en ai plus entendu parler.

M. LANNELONGUE. La discussion qui s'est engagée dans votre dernière réunion au sujet de notre collègue, M. Duménil m'a décidé à vous présenter une pièce provenant de la dernière opération que j'ai pratiquée il y a deux mois sur un jeune homme âgé de dix-sept ans, aujourd'hui guéri. Cette tumeur n'est pas d'ailleurs dépourvue d'intérêt ; il suffit en effet de la regarder pour y reconnaître un type de polype fibreux naso-pharyngien. Elle se compose en effet d'une masse principale du volume d'un œuf de poule possédant une partie plus étroite. Point d'attache de la tumeur à la base du crâne, à l'apophyse basilaire et aux parties voisines. A cette masse principale qui occupait le pharynx, se rattachent huit tumeurs secondaires par leur volume, parfaitement isolées les unes des autres, et s'insérant sur la masse pharyngienne par une partie plus rétrécie.

Au delà de ce pédicule, chacune de ces tumeurs se développe, devient sphérique ou ovoïde, prend en un mot une forme qui relève plus ou moins de la forme de la cavité qui la recevait. Ces prolongements, en effet, dont quelques-uns ont le volume d'une noix, étaient venus se loger dans les cavités de la face. Ainsi, l'orbite, la fosse nasale, le sinus maxillaire du côté droit, contiennent chacun un de ces lobes ; de même les sinus sphénoïdaux et probablement aussi les cellules éthmoïdales en partie détruites en contenaient-ils, et enfin dans les parties molles de la face il existait un lobe génal très-développé, et chose plus rare, un prolongement occupait la fosse temporale et proéminait au-dessus de l'apophyse zygomatique. Ce dernier lobe pouvait, avant l'opération, être refoulé dans la forme ptérygo-maxillaire.

Tels sont les lobes de cette tumeur si étendue ; ils se présentent extérieurement sous forme de tumeurs blanchâtres, légèrement roses à la coupe, élastiques, sans sucs, sans traces de ramollissement. A une telle apparence, on reconnait les caractères du tissu fibreux, et cependant l'examen microscopique est venu sur ce point détruire cette illusion. La tumeur renferme, en effet, à côté d'un tissu fibreux très abondant, de nombreuses cellules, les unes plus petites, embryonnaires, les autres plus volumineuses, plus âgées ; d'autres, enfin, déformées, avec prolongement unique ou double, constituant en un mot des éléments fibro-plastiques. Avec ces éléments divers se rencontrent un très-grand nombre de vaisseaux. Tous ces éléments sont placés côte à côte, sans interposition de tissu connectif figuré ; parmi eux, c'est le tissu fibreux qui abonde, mais il ne constitue pas exlusivement la trame. Aussi ne peut-on considérer la tumeur comme un fibrome pur ; tout au plus pourrait-on dire que les éléments étrangers à ce tissu ne sont là que d'une façon transitoire et vont servir à constituer définitivement ce tissu. On pourrait alors soutenir que nous sommes en présence d'un fibrome en voie de développement ; mais cette interprétation me paraît devoir être rejetée devant la présence d'éléments aussi divers que ceux qui sont répandus au milieu de cette trame. Il n'y a pas une évolution correcte, il s'y trouve un assemblage d'éléments diversement configurés.

Telle est d'ailleurs, si j'en juge du moins par les faits qui me sont personnels, la constitution anatomique que l'on rencontre le plus fréquemment dans les polypes naso-pharyngiens. Quatre fois dans quatre opérations que j'ai pratiquées j'ai retrouvé la même composition, et cela explique la tendance si marquée de ces tumeurs à la récidive, tendance qui est l'exception dans le fibrome, que l'on peut considérer comme une règle dans le sarcome.

Mon jeune opéré a eu une récidive. Au mois d'octobre 1872, je l'ai opéré une première fois à l'hôpital de la Charité en me servant de la galvanocaustie. Je m'étais borné alors aux manœuvres suivantes : dans un premier temps, j'avais divisé le voile du palais sur la ligne médiane avec le couteau électrique. Puis j'avais pu passer en arrière de la tumeur qui proéminait dans le pharynx une anse qui, rougie à blanc, détacha une tumeur du volume d'un œuf de pigeon. L'insertion de cette tumeur fut à son tour cautérisée. Le malade quitta l'hôpital en apparence parfaitement guéri ; et cependant, à peine arrivé dans son pays, la récidive se montre, et il suffit de quelques mois pour voir la maladie prendre un développement extraordinaire et je dirai insolite, comme en témoigne l'énorme tumeur que vous avez sous les yeux.

Mis en présence du malade, il y a deux mois, je fus effrayé des progrès accomplis. J'hésitai un instant à intervenir ; mais la vie était menacée dans un temps très-court. Ce jeune homme, extrêmement anémié par de fréquentes et abondantes hémorrhagies, il fallait se hâter ou l'abandonner à une mort à courte échéance. Je crus, malgré les difficultés et les dangers que j'allais traverser, que mon devoir était d'intervenir. Fallait-il, dès lors, songer à pratiquer une de ces opérations temporaires comme on les désigne avec beaucoup de raison, parce que leurs effets ne sont que temporaires ; je ne le pensai pas. N'avais-je pas devers moi l'exemple de la dernière expérience. Je tentai donc l'extirpation complète de la tumeur, et j'eus recours à l'ablation du maxillaire supérieur. Dans le cours de l'opération, je m'attachai surtout à éviter toute perte de sang, et quand la tumeur fut enlevée, je ruginai l'insertion du polype, ne craignant pas de mettre à nu les os de la base du crâne.

Après les deux premiers jours, pendant lesquels le malade, épuisé, ne voulait rien prendre, nous eûmes de vives craintes. Le rétablissement de l'opéré se fit peu à peu, et il y a aujourd'hui un mois que la guérison est obtenue. Ce résultat sera-t-il durable ? C'est là un point que l'avenir seul peut résoudre, que je m'efforcerai de connaître et que j'aurai l'honneur de vous dire si mes prévisions se réalisent à cet égard.

M. DE SAINT-GERMAIN. J'ai demandé la parole pour relater un fait assez intéressant observé dans mon service à l'hôpital des Enfants, et qui confirme l'extrême rareté des polypes naso-pharyngiens chez les jeunes filles.

Celle qui fait le sujet de cette observation est âgée de onze ans. Elle est entrée dans mon service au mois de janvier, et j'avoue qu'à l'inspection de son arrière-bouche, j'ai cru tout d'abord à un polype naso-pharyngien. On voyait, en effet, derrière la luette, une masse arrondie du volume d'une grosse cerise, de la couleur du voile du palais et à implantation abolument inaccessible au doigt, vu son élévation. Les fosses nasales étaient absolument obturées.

Après une tentative d'arrachement, craignant d'être obligé d'en venir à une mutilation considérable, telle qu'une voie créée à tra-

vers le maxillaire supérieur, je priai mon collègue de l'hôpital Necker, M. Guyon, de venir voir la petite malade et de me donner son avis tant au sujet du diagnostic que relativement au traitement.

M. Guyon, se fondant moins sur l'aspect fibroïde de la tumeur que sur le principe de la rareté extrême des polypes naso-pharyngiens chez les jeunes filles, écarta l'hypothèse d'une tumeur de cette nature, et me conseilla de fendre le voile du palais, puis de pratiquer l'extirpation du polype à l'aide de fortes pinces dites à cadre.

Je ne m'arrêterai pas ici aux difficultés extrêmes que présenta l'opération préalable. J'avais essayé d'employer le galvano-cautère, et l'indocilité de l'enfant d'une part, l'insuffisance de la pile d'autre part, me créèrent de grands obstacles.

Quoi qu'il en soit, une fois le voile du palais divisé, je pus saisir fortement le corps du polype avec les pinces en question, et je le tordis à plusieurs reprises jusqu'à l'arrachement de son pédicule.

Nous pûmes alors nous convaincre que son implantation n'était point basilaire et que nous avions affaire à un énorme polype muqueux, qui s'implantait au-dessus de l'orifice des fosses nasales, et qui envoyait deux prolongements considérables dans les narines.

L'aspect muqueux de la tumeur ne se trouvait que dans la région accessible au doigt et à la vue et dans cette région, c'est-à-dire derrière le voile du palais, la consistance de la tumeur était devenue beaucoup plus considérable.

L'examen histologique a, du reste, confirmé pleinement le diagnostic de polype muqueux.

M. GUYON. La communication de M. Lannelongue suffirait à elle seule pour montrer qu'il est des polypes qu'on ne peut attaquer qu'au prix d'une grande mutilation préalable. Pour ces cas, il n'est pas trop d'accepter la règle rappelée par M. Dolbeau, de ruginer la surface d'implantation et de maintenir une voie ouverte pour surveiller la récidive. Ces préceptes, établis par M. Nélaton en particulier, doivent inspirer dans bien des cas la pratique chirurgicale. Mais si les opérations dites radicales sont souvent nécessaires, des opérations qui n'atteignent que partiellement les polypes naso-pharyngiens, qui les détruisent peu à peu, sont capables de fournir des succès. M. Verneuil vous en a cité des cas dans notre dernière séance; je viens aussi attirer votre attention sur des faits analogues déjà assez anciens pour prendre rang parmi les observations complètes.

Pendant l'été de 1868, j'ai eu à donner des soins à trois malades atteints de polypes naso-pharyngiens. Deux d'entre eux, dont je vais résumer les observations, m'adressent aujourd'hui même de leurs nouvelles et j'ai pu, il y a quelques jours, revoir l'un d'eux.

Le fils d'un de nos confrères me fut adressé au mois d'août 1868 par M. Nélaton. Les premiers symptômes remontaient au mois de juin 1867; ce furent d'abord des hémorrhagies nasales souvent très-abondantes, à la suite desquelles il y avait menace de syncope; vers septembre, la respiration nasale était gênée et devint bientôt impossible. Les hémorrhagies nasales continuaient, et en juillet 1868, le malade en avait eu de très-considérables.

La tumeur faisait saillie en arrière du voile du palais, et le déprimait fortement; les deux fosses nasales étaient obstruées par des prolongements de la tumeur; la joue gauche avait augmenté de volume et l'on sentait dans le sillon labio-gencival un léger relief qui, selon toute apparence, appartenait à un prolongement zygomatique de la tumeur. La portion pharyngienne avait le volume d'un moyen œuf de poule, offrait l'apparence habituelle des polypes naso-pharyngiens et saignait sous l'influence des explorations. Malgré ces conditions graves, j'entrepris le traitement par *l'électrolyse*; le voile du palais fut complétement divisé à l'aide du bistouri, et les aiguilles à électrolyse purent facilement être implantées dans la tumeur. La portion pharyngienne fut surtout attaquée, mais à plusieurs reprises la portion nasale gauche, plus volumineuse, fut également soumise à l'influence électrolytique. La tumeur diminua sensiblement, sous l'influence de séances répétées à courts intervalles et prolongées pendant une dizaine de minutes. Un effet, non moins digne d'attention fut la cessation des hémorrhagies qui, depuis ce début du traitement, furent complétement suspendues. En septembre, le malade amélioré mais non guéri, retourna chez son père. Il revint me retrouver à l'hôpital Necker. En octobre, il fut de nouveau soumis à des séances répétées d'électrolyse. Leur nombre total peut être évalué à trente ou quarante. Les portions pharyngiennes et nasales de la tumeur étaient dès lors tellement réduites de volume, qu'il était permis d'espérer la guérison ou du moins de suspendre le traitement. Cependant le prolongement zygomatique avait augmenté de volume et égalait le volume d'une grosse noisette. Je résolus de l'extirper, et je mis en œuvre des moyens déjà utilisés par moi dans un cas analogue. J'incisai la muqueuse buccale et je mis à découvert le prolongement, que j'isolai à l'aide d'un instrument mousse. Je le traversai par un fil solide et l'attirant fortement, je l'engageai dans une anse métallique à l'aide de laquelle je fis la section. Cette opération fut douloureuse, mais à part le gonflement inflammatoire, les suites furent simples. Cette opération fut faite le 10 décembre, et le malade retournait définitivement chez son père à la fin de l'année.

« Depuis lors, m'écrit le malade à la date du 21 juin 1873, je n'ai eu aucune hémorrhagie, la respiration est très-facile, la déglutition est normale, la voix est légèrement nasonnée. La joue gauche est un peu plus volumineuse que la droite; le voile du palais qui n'a pas été suturé, ne s'est reformé qu'en partie, et d'après l'examen du père de l'opéré et de M. le docteur Denis Dumont (de Caen), la résolution du polype est complète. »

Chez un second malade, notre collègue M. Houel avait, dès l'année précédente, pratiqué la résection du maxillaire supérieur gauche pour enlever un volumineux polype naso-pharyngien offrant plusieurs embranchements. En juin 1868, ce malade revint à la Clinique portant encore dans le pharynx une tumeur du volume d'un œuf de poule, facilement accessible grâce à la mutilation faite l'année précédente. Je me servis d'un serre-nœud long et recourbé, à l'aide duquel j'espérais raser l'apophyse basilaire. La tumeur, attirée dans l'anse de fil de fer avec des pinces de Museux, ne fut cependant que reséquée. Des pinces à pression que j'avais fait construire dans l'espoir de raser l'apophyse basilaire, ne me donnèrent aussi qu'un résultat partiel. Ces deux opérations furent d'ailleurs très-simples et absolument exemptes d'hémorrhagie. Leur insuffisance me détermina à terminer le traitement à l'aide de l'électrolyse, qui fut employée, comme chez le malade précédent, à courts intervalles pendant trois mois environ. J'ai revu ce malade lundi dernier (23 juin 1873); sa santé est parfaite; il n'a eu depuis son traitement que d'insignifiantes épistaxis; la respiration nasale, la déglutition, la voix sont normales. J'ai cependant constaté que l'apophyse basilaire était revêtue d'une sorte de coussin, doux, épais d'environ 1 centimètre, non saignant, qui représente les vestiges du polype. Déjà j'avais observé une disposition semblable chez un malade autrefois opéré par l'électrolyse par M. Nélaton, et que ce chirurgien voulut bien me confier pour lui pratiquer la staphylo-raphie. Je dois noter, en passant, que ce cas est aussi un exemple de succès définitif par l'électrolyse. Je pourrais ajouter encore une quatrième observation d'un malade traité par moi à la même époque à l'aide de l'électrolyse. J'ai revu ce malade l'année suivante, il était dans les meilleures conditions; mais ne pouvant en donner de récentes nouvelles, je m'abstiendrai de faire figurer ici son histoire. Je ferai seulement observer que chez lui également j'avais pratiqué l'ablation sous-muqueuse d'un prolongement zygomatique.

La cessation pour ainsi dire immédiate des hémorrhagies dans la première observation, est un fait d'autant plus remarquable, que j'avais, à l'exemple de M. Nélaton, utilisé à la fois les deux pôles de la pile, aussi bien le négatif que le positif. Des expériences, que j'ai répétées à cette époque avec M. Hénocque, montrent cependant la différence qui existe entre l'eschare molle du pôle négatif et l'eschare dure et rétractée du pôle positif.

Chez ce malade, que je n'ai pas examiné dernièrement et que nos confrères disent ne pas avoir soumis au toucher pharyngien, il reste peut-être un coussin basilaire analogue à ceux que j'ai signalés chez mon second opéré et chez celui de M. Nélaton. Est-ce une guérison définitive? Je crois être en droit de l'espérer

vu le temps écoulé, et ne serait-ce pas là un mode plus habituel qu'on ne le pense de guérison des polypes naso-pharyngiens? Mes deux opérés sont, depuis le commencement de l'année 1869 ou à la fin de 1868 dans l'état le plus satisfaisant.

Leur âge offre déjà une garantie; le premier opéré, le fils du médecin, a aujourd'hui vingt-trois ans; le second a vingt-sept ans. Je crois, pour ma part, que les polypes naso-pharyngiens sont une maladie de l'adolescence et à peu près exclusivement propre au sexe masculin. Ainsi que M. de Saint Germain vous le disait tout à l'heure, malgré toutes les apparences, je ne diagnostiquai pas un polype naso-pharyngien chez la petite fille qu'il voulut bien soumettre à mon examen; le sexe de la malade et plus encore, il est vrai, l'absence d'hémorrhagie, furent pour moi des raisons suffisantes de ne pas admettre sans preuves nouvelles l'existence d'un polype naso-pharyngien. L'incision du voile fut à la fois une opération exploratrice et le premier temps d'une manœuvre curative.

Mais ce que j'ai voulu indiquer à la Société, c'est, d'une part, l'heureuse influence de l'électrolyse, et d'autre part, la possibilité d'opérations partielles heureusement pratiquées sur des polypes naso-pharyngiens. On sait combien le morcellement à l'aide de l'arrachement, analogue à celui que l'on pratique pour les polypes muqueux, donne de déplorables résultats pour les polypes naso-pharyngiens. Les plus graves hémorrhagies en sont la conséquence. Il n'en est plus de même de l'application des ligatures mousses ou de la chaîne de l'écraseur. Ces moyens, de même que la pince que j'ai imaginée, ne donnent, il est vrai, que des résultats partiels; mais l'électrolyse peut heureusement leur venir en aide, comme dans ma seconde observation. La lenteur avec laquelle agit ce dernier moyen, la destruction limitée obtenue à chaque séance, constituent un inconvénient réel, largement compensé, il est vrai, par son innocuité et l'extrême facilité d'application. Mais on trouverait cependant un réel bénéfice au point de vue de la plus grande rapidité de la cure dans la combinaison des moyens mis en œuvre chez le second malade dont je viens d'entretenir nos collègues.

Je me résume en disant que des opérations partielles, telles que la résection des polypes avec l'écraseur ou avec les ligatures en fil de fer, l'application de l'électrolyse, l'extraction sous-muqueuse de certains prolongements, peuvent permettre, à l'aide de la simple division du voile du palais, de traiter et de guérir les polypes naso-pharyngiens sans exposer aux secousses des graves opérations. Si la destruction n'est pas absolue, puisque l'apophyse basilaire peut rester doublée d'une certaine épaisseur de tissus, les malades peuvent cependant bénéficier de tous les avantages d'une destruction plus complète, sans en avoir subi les chances. Ils sont d'ailleurs faciles à surveiller et peuvent être ainsi conduits jusqu'à l'âge où ces bizarres productions semblent perdre leur droit à la repullulation sur place, c'est-à-dire à la récidive.

M. HOUEL fait observer que dans l'opération à laquelle fait allusion M. Guyon, un des lobes de la tumeur lui échappa, et que, par conséquent, ce n'est pas là un cas de récidive.

M. VERNEUIL ne voudrait pas que l'on considérât comme guéris radicalement les malades qui portent encore un coussinet fibreux sur l'apophyse basilaire. C'est un état très-satisfaisant sans doute, mais non une guérison, puisqu'on doit intervenir de nouveau.

M. PAULET. La tumeur offerte à la Société de chirurgie par M. le docteur Béchade, médecin principal à l'hôpital militaire de Versailles, représente un calcul mamelonné, d'aspect blanchâtre, semblable à certains calculs vésicaux de nature phosphatique. Sa forme est celle d'un ellipsoïde dont le grand axe mesure 4 centimètres et le petit axe 3 centimètres seulement. Dépouillée de la membrane fibreuse qui l'enveloppait de toute part, elle pèse 10 grammes.

Cette tumeur s'est progressivement développée depuis trois ans, sans occasionner aucune douleur, sur un sujet âgé de vingt et un ans aujourd'hui. Elle siégeait sur le côté droit du cou, à 4 centimètres au-dessous du lobule de l'oreille et à 3 centimètres en arrière d'une ligne verticale abaissée de ce point. Elle correspondait à peu près au bord postérieur du muscle sterno-cléido-mastoïdien droit. La situation superficielle entre la peau et l'aponévrose cervicale en rendit l'énucléation facile, et aucun accident digne d'être mentionné ne vint entraver l'opération pratiquée dans les premiers jours du mois de mai dernier.

A s'en rapporter aux termes mêmes de l'observation rédigée par M. le docteur Béchade, on voit que l'auteur n'a pas pu arriver à un diagnostic précis. S'agit-il là d'un ancien kyste sébacé ou d'un ganglion lymphatique ayant subi la transformation calcaire? La question n'est pas résolue. Et cette indécision se conçoit, car les deux sortes de tumeur ayant, à très-peu de chose près le même siége anatomique doivent donner lieu à des symptômes identiques. La distinction n'est pourtant pas indifférente; car s'il est fréquent de voir les kystes sébacés un peu anciens remplis de matière calcaire, il est au contraire très rare de trouver des ganglions lymphatiques calcifiés en totalité. Après avoir fait l'étude histologique de la tumeur, j'ai pu me convaincre qu'elle n'est autre chose qu'un kyste sébacé incrusté de sels calcaires, et partant, qu'elle rentre dans la catégorie de ces faits dont on connaît aujourd'hui de nombreux exemples.

M. SÉE a observé un fait absolument semblable à celui dont M. Paulet vient de rendre compte. Il crut avoir affaire à un ganglion lymphatique calcifié.

M. FAUCON fait une lecture sur l'étranglement interne produit par la compression des corps fibreux utérins. (Comm. MM. Blot, Guyon, Guéniot.)

La séance est levée à cinq heures et demie.

Le secrétaire, TILLAUX.

CORRESPONDANCE

A M. le Dr Le Sourd, directeur de la Gazette des Hôpitaux.

Monsieur et honoré confrère,

La discussion récente qui a eu lieu à la Société de médecine de Paris à propos de la syphilis vaccinale, me fait un devoir de rappeler, dans l'intérêt de la science, et en particulier de la pratique médicale, certains faits qui me sont personnels.

Ces faits démontrent d'une façon bien claire ce qui se passe dans la transmission de la syphilis par le vaccin.

Les deux observations que je vous adresse ont été publiées au commencement de l'année 1872, dans le compte rendu d'une épidémie de variole.

Comme on pourra le voir, il n'est pas nécessaire, pour transmettre la syphilis, d'avoir sur l'extrémité de la lancette du sang d'un vaccinifère syphilitique. S'il en était autrement, il ne serait pas difficile d'éviter cette transmission en rejetant le vaccin toutes les fois qu'il se trouverait altéré par du sang.

Mais il y a d'autres précautions à prendre, et dans lesquelles le praticien est toujours exposé à inoculer la syphilis en même temps que la vaccine. Ce sont ces précautions que j'ai cherché à déterminer avec soin, et sur lesquelles j'attire l'attention de mes confrères.

Dans l'observation qui se rapporte à S..., fusilier au 97e régiment d'infanterie de ligne (séance du 22 février 1873), nous trouvons huit inoculations, quatre à chaque bras.

« La vaccine, dit le rapporteur, suivit son cours normal; les pustules apparurent le quatrième ou le cinquième jour au nombre de huit; vingt jours après, la guérison en était complète, sauf pour une des pustules du bras droit, sur laquelle il était resté une croûte. »

La description de cette dernière pustule du bras droit se rapproche complétement de l'aspect de ces ulcérations survenues à la suite de la vaccination chez mes deux jeunes malades.

C'est là le fait le plus important de cette observation, car il contient en lui-même la cause de toute transmission, en démontrant que, parmi les pustules vaccinales d'un sujet syphilitique, les unes peuvent contenir seulement du vaccin capable de produire une

bonne vaccine et pas autre chose, tandis que les autres peuvent renfermer du vaccin impur susceptible de provoquer la syphilis en même temps que la vaccine, et cela, sans qu'il soit nécessaire de faire intervenir la plus petite quantité de sang.

Tout le secret de cette transmission à bon droit si redoutée, se trouve renfermée dans cette considération.

Dans certains cas, les points de surface sur lesquels les deux virus exercent leur action, se confondent presque et facilement sous l'apparence quelquefois d'une assez belle pustule vaccinale, il y a mélange des deux liquides. Or, dans ces conditions, la pustule saigne facilement, ce qui a pu faire croire que la présence du sang était nécessaire pour transmettre la syphilis.

Cette erreur, si elle persiste, laissera toujours des faits de transmission inexplicables.

Il faut que le praticien cherche à reconnaître les signes qui indiquent une bonne ou une mauvaise pustule vaccinale ; peu importe, au fond, qu'il y ait du sang sur l'extrémité de la lancette.

Nous pourrons peut-être dans un temps plus ou moins éloigné, à l'aide de certains instruments ou de quelque réactif, déterminer d'une manière précise les caractères d'une bonne fistule vaccinale ou d'un bon vaccin. Pour le moment, nous devons nous contenter des résultats fournis par l'observation directe.

Ce sont ces résultats que je désire communiquer à mes confrères, en vous priant de publier dans votre estimable journal mes deux observations (1).

Recevez, monsieur et honoré confrère, l'expression de mes meilleurs sentiments.

N. Coste.

Lamalou, 5 septembre 1873.

ÉTAT SANITAIRE.

Paris. — Population (recensement de 1872) : 1,851,792 habitants. — Décès du 30 août au 5 septembre 1873 : 817.

Variole, 2 ; — rougeole, 11 ; — scarlatine, » ; — fièvre typhoïde, 32 ; — érysipèle, 5 ; — bronchite aiguë, 23 ; — pneumonie, 30 ; — dysentérie, 9 ; — diarrhée cholériforme des jeunes enfants, 44 ; — choléra nostras, 3 ; — angine couenneuse, 9 ; — croup, 10 ; — affections puerpérales, 3 ; — autres affections aiguës, 252 ; — affections chroniques, 303, dont 142 dues à la phthisie pulmonaire ; — affections chirurgicales, 56 ; — causes accidentelles, 25.

Londres. — Population : 3,356,073 habitants. — Décès du 24 au 30 août 1873, 1,477.

Variole, 1 ;—rougeole, 26 ;—scarlatine, 16 ;—fièvre typhoïde, 33 ; — érysipèle, 13 ; — bronchite, 64 ; — pneumonie, 42 ; — dysentérie, 4 ; — diarrhée, 277 ; — choléra nostras, 12 ; — diphthérie, 7 ; — croup, 6 ; — coqueluche, 53.

New-York. — Population : 1,000,000 d'habitants. — Décès du 3 au 9 août 1873 : 745.

Variole, 1 ; — rougeole, 7 ;—scarlatine, 11 ;—fièvre typhoïde, 4 ; — bronchite, 13 ;—pneumonie, 24 ; — diarrhée, 564 ; — croup, 5 ; — dipthérie, 18.

Rome. — Population : 244,484 habitants. — Décès du 18 au 24 août 1873 : 134.

Variole, » ; — rougeole, » ; — fièvre typhoïde, 7 ; — érysipèle, » ; — bronchite, 4 ; — pneumonie, 4 ; — diphthérie et croup, 5.

Florence. — Population : 171,010 habitants. — Décès du 10 au 16 août 1873 : 103.

Variole, 1 ; — fièvre typhoïde, 6 ; — pneumonie et bronchite, 3 ; — diarrhée, 7 ; — diphthérie, 8 ; — croup, 1.

Bruxelles. — Population : 185,000 habitants. — Décès du 17 au 23 août 1873 : 106.

Rougeole, 1 ; — fièvre typhoïde, 2 ; — bronchite et pneumonie, 4 ; croup et angine couenneuse, 2 ; — diarrhée des jeunes enfants, 32.

Lille. — Population : 158,117 habitants. — Décès du 1er au 15 août 1873 : 227.

Rougeole, 1 ; — fièvre typhoïde, 3 ; — érysipèle, » ; — bronchite, 6 ; — pneumonie, 11 ; — cholérine, 22 ; — diarrhée entérite, 68.

A céder immédiatement, clientèle médicale à Paris. — Produit de 1872 : 17,500. — S'adresser au bureau du journal.

(1) Ces observations seront publiées prochainement.

Le Directeur : Dr E. Le Sourd.

Paris. — Typographie A. Pougin, quai Voltaire, 13.

N° 105. — JEUDI 11 SEPTEMBRE 1873. 46e ANNÉE. JEUDI 11 SEPTEMBRE 1873. — N° 105.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

Le prix d'abonnement
doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Bureaux : 57, rue des Saints-Pères, 57
PRÈS L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

On s'abonne hors de Paris
dans les bureaux des Messageries et chez les libraires.
Les lettres non affranchies sont refusées.

PRIX DE L'ABONNEMENT			POUR L'ÉTRANGER
POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS	Trois mois. .	8 fr. 50 c.	le port en sus suivant les derniers tarifs des Postes.
	Six mois. .	[illegible]	
	Un an. .	30	

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui n'en peuvent payer le prix entier.

Paris, le 10 septembre 1873.

SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Le choléra est à nos portes. Le choléra est entré.

Descendu d'une altitude de près de onze cents mètres, qui a défié jusqu'ici et semble défier à tout jamais l'invasion et jusqu'à la menace même du choléra, le premier mot qui se présente sous ma plume, au moment de reprendre mon quartier, est le nom de cet ineluctable fléau. Aurons-nous le choléra ? se demandait-on hier. Avons-nous le choléra? se demande-t-on aujourd'hui. Hier il était à nos portes, aujourd'hui il est entré. D'où vient-il? Est-il importé? Est-il né sur place? Est-ce le vrai choléra asiatique? N'est-ce que le choléra nostras?

Et d'abord, avant toutes choses, puisque ce gros mot choléra a été prononcé, il faut bien établir la réalité des faits, avant et afin de nous mettre en mesure de répondre aux mille questions que ce sujet suggère et de repousser d'avance le reproche qu'on pourrait nous faire de jeter l'alarme dans la population sans nécessité ou sans raison suffisante. La vérité est que depuis huit ou dix jours environ, il y a eu dans Paris un certain nombre de cas de choléra, dont quelques-uns ont été rapidement mortels. D'après les documents qui sont passés sous les yeux du conseil de salubrité, en remontant jusqu'aux premiers jours du mois, on compte environ, tant pour la ville que pour les hôpitaux, une soixantaine de décès attribués à cette affection. Quelque nom qu'on veuille leur donner pour en atténuer la portée, qu'on les appelle des cholérines, des choléras nostras, des choléras sporadiques, des choléras infantiles devenus adultes, cela ne change rien à la nature des faits. Que servirait de les dissimuler ou de fermer les yeux pour ne les point voir ? Des malades sont morts en douze, quinze, dix-huit ou vingt-quatre heures, après avoir éprouvé des vomissements et des déjections alvines répétées, avec crampes, extinction de la voix, anurie, algidité et cyanose. Voilà les faits; appelez-les comme vous voudrez, mais ayez les yeux ouverts et veillez.

Hâtons-nous d'ajouter qu'à côté de ce fait grave, il est une circonstance rassurante qu'il n'importe pas moins de mettre en relief. Une soixantaine de décès cholériques — puisqu'il faut les appeler par leur nom — en dix jours, sur une population de plus dix huit cent mille habitants ! On conviendra que si c'est là le début d'une épidémie, ce début n'a rien de bien effrayant, si on le compare à l'accroissement rapide de la première période des épidémies précédentes.

Cela dit, arrivons à la séance de l'Académie.

L'ordre du jour, sur la demande faite dans la dernière séance par M. Guérin, portait précisément sur le choléra. C'est M. Guérin lui-même qui a ouvert le feu. C'était un sujet bien tentant pour un esprit dogmatique comme celui de notre savant confrère, d'engager la discussion sur la question de la spontanéité ou de l'importation des épidémies cholériques, question qu'il eût été du plus grand intérêt de traiter en vue de l'imminence d'une invasion ou d'une explosion d'épidémie cholérique, mais qui, en présence de la maladie elle-même, devait le céder devant l'intérêt beaucoup plus actuel de la prophylaxie. C'est, en effet, sur ce point que M. J. Guérin a principalement fait porter son exposition.

On sait toute l'importance que M. Guérin a attachée depuis les enseignements de la première épidémie de 1832 au rôle de la diarrhée, soit comme prédisposition, soit comme prodrome ou même comme symptôme initial du choléra, et la légitime insistance avec laquelle il a rappelé ces faits à l'occasion de chaque invasion nouvelle. Leur exactitude et leur valeur ont été presque unanimement constatées en France et surtout en Angleterre pendant les dernières épidémies. Et puisque M. Guérin a bien voulu faire appel à mes souvenirs personnels, en rappelant que, d'après ses indications, je fis pendant l'épidémie de 1849, avec mon regretté collaborateur et ami Foucart, une vaste enquête sur ce point de l'histoire du choléra, dont les résultats ont été consignés dans la *Gazette médicale de Paris* pour cette année, je saisirai cette occasion de rappeler que, pendant l'épidémie de 1853 et 1854, appelé à coopérer avec plusieurs confrères à une enquête officielle du même genre pour l'ancien XIe arrondissement (aujourd'hui VIe), j'ai été à même, non-seulement de vérifier une fois de plus sur une grande échelle la très-grande généralité, pour ne pas dire la presque constance du fait de la diarrhée prodromique, mais encore d'apprécier toute l'étendue des services que pourrait rendre l'établissement d'un système de visites préventives généralisé, d'après le plan du système anglais, à en juger par les services partiels que j'ai la conviction d'avoir rendus à cette époque avec ceux de mes confrères qui avaient été chargés de la même mission.

HOPITAL DES ENFANTS-MALADES. — M. Bouchut.

De l'anasarque essentielle chez les enfants.

Le nombre des maladies appelées jadis *essentielles* diminue tous les jours, parce qu'on découvre des lésions microscopiques et des altérations humorales que les moyens antérieurs d'étude ne permettaient pas d'apprécier. Il reste cependant des cas où cette qualification peut être employée comme indice d'impuissance étiologique, ou comme un des *desiderata* de la science. Cela m'est encore arrivé récemment à l'occasion d'un fait d'anatomie chez un enfant de la salle Sainte-Catherine, n° 21, et, comme cet exemple n'est pas le premier, comme j'ai un grand nombre d'observations semblables, et qu'il y a plusieurs années j'ai fait faire une thèse sur ce sujet, il me paraît intéressant d'examiner avec vous la question en quelques mots.

Voyons d'abord le fait, et je le discuterai ensuite dans ses détails.

Berthe P..., âgée de douze ans, entre le 16 mars 1872 à l'hôpital des Enfants (service de M. Bouchut), n° 21 de la salle Sainte-Catherine.

Cette enfant, qui jouit habituellement d'une bonne santé, a eu jadis de l'eczéma du cuir chevelu, une ophthalmie double, la rougeole et des glandes au cou.

Depuis huit jours, elle a des malaises, tousse un peu, ressent des douleurs dans le dos et dans l'estomac, n'a pas d'appétit, a eu deux vomissements, se plaint de constipation.

Elle est sortie hier légèrement vêtue, par un temps de bise froide, et après avoir souffert de ce refroidissement, le soir, tout son corps, de la tête aux pieds, était considérablement enflé. Le lendemain, cette enflure avait diminué, sans disparaître complétement.

État actuel. — La face et les membres supérieurs et inférieurs pâles, sont le siége d'un œdème qui conserve l'empreinte du doigt. Il en est de même sur les parois abdominales, qui offrent, sous le choc de la main, un tremblotement prononcé.

La peau est fraîche, le pouls 108 et la température axillaire 37°,8.

Le cœur a ses battements réguliers ; le foie n'est pas volumineux et les urines sont peu abondantes, acides, claires, sans albumine.

L'enfant tousse un peu; il y a de la matité à la partie inférieure et postérieure des deux poumons. Râle sous-crépitant avec de l'expiration rude et faible retentissement de la voix.

Au sommet, sous la clavicule, il y a aussi un peu de râle sous-crépitant à bulles très-fines.

Tartre stibié : 5 centigrammes.

18 mars. — Plusieurs vomissements et trois selles. La toux persiste, ainsi que la respiration rude et les râles du poumon en arrière; cependant les râles sont moins nombreux. L'œdème est moindre, mais il existe encore sur les membres, sur les parois du ventre et sur le côté droit du visage.

Régime lacté.

19 mars. — Même état des poumons. Température, 39°,2. L'anasarque est un peu moindre; pas d'albuminurie.

Tartre stibié : 5 centigrammes.

21 mars. — Plusieurs vomissements après le vomitif; pas de garde-robes; il n'y a presque plus de râles sous-crépitants dans la partie postérieure du poumon; 37°,8.

Régime lacté exclusif.

24 mars. — L'anasarque et l'œdème ont complétement disparu. Les râles sous-crépitants, indice d'un œdème de l'organe, ont aussi disparu; 37°,2. L'enfant demande à manger autre chose que du lait.

Même alimentation.

26 mars. — L'enfant va tout à fait bien, 36°,2, et reprend le régime alimentaire de tous les autres enfants.

1er avril. — *Exeat.* Guérison.

Chez cette jeune fille, les urines normales indiquaient l'intégrité des reins; le foie ne débordait pas les côtes et ne présentait pas de tumeurs du ventre; le cœur n'était pas augmenté de volume et ne faisait entendre aucun bruit anormal, seuls les poumons offraient à leur base en arrière un peu de râle sous-crépitant dans l'inspiration. L'enfant n'avait ni diarrhée, ni anémie, et il était impossible de trouver chez elle aucune cause matérielle, humorale ou organique d'hydropisie.

L'état des poumons aurait seul pu faire naître quelques doutes et faire croire qu'une hyperémie pulmonaire révélée par du râle sous-crépitant avait provoqué l'anasarque. Mais, ces râles sous-crépitants n'étaient qu'un effet de l'anasarque au lieu d'en être la cause ; ils résultaient d'un œdème des poumons et n'étaient eux-mêmes qu'une forme de l'hydropisie. En effet, ils ont disparu avec elle et à mesure que s'améliorait l'état de l'enfant.

A quelle cause donc faut-il attribuer cette anasarque? — au froid. — C'est en effet une anasarque *à frigore* comme celles qui ont été observées en Afrique, sur des soldats saisis par le froid pendant le sommeil sous la tente et sur le sol, — comme celles qui ont été observées dans la campagne de 1870 et 1871 sur les malheureux soldats qu'on avait mis en campagne sans abri et sans vêtements, enfin comme celles qui ont été observées l'an dernier dans mon service sur des enfants soumis aux privations du siége et glacés par le froid. Il y a très-certainement des anasarques très-subitement produites par le froid qui n'est pas suivi de réaction spontanée de chaleur, et cela sans albuminurie ni aucune autre lésion organique. Le fait est incontestable. Le mécanisme seul reste sujet à contradiction. Dans ma pensée, les anasarques *à frigore* se rattachent aux anasarques par cause mécanique et par gêne de la circulation. Sous l'influence du froid, il se produit un spasme cutané qui serre et comprime le réseau capillaire périphérique, qui enlève à la circulation générale un de ses plus larges débouchés, ce qui engendre l'augmentation de pression dans les veinules voisines, et consécutivement l'anasarque ou l'œdème. Dans l'hiver, tous les enfants pauvres exposés à la rigueur du temps ont, selon le degré d'abaissement de la température, les mains gonflées par le froid et atteintes d'œdème partiel. Ce qui se fait sur un point du corps peut se faire à toute sa surface, et il est évident que l'occlusion et l'obstruction prolongées de tout le réseau capillaire périphérique par la contraction de la peau refroidie, peut amener la transsudation du sérum dans le tissu cellulaire, c'est-à-dire l'anasarque. C'est là un fait vital de contractilité organique conduisant à une action mécanique de gêne circulatoire partielle. Qu'importe l'endroit du cercle circulatoire où se trouve un obstacle au cours du sang, et qu'importe la nature de l'obstacle au point de vue du mécanisme des hydropisies? Où que soit cet obstacle et qu'il résulte d'une compression par tumeur ou d'une constriction par resserrement de froid, l'effet sera le même, il faudra que le sérum du sang sorte des veines et des veinules dans le voisinage des vaisseaux comprimés.

Il n'est donc pas besoin d'une lésion organique du cœur, du foie, des reins ou des gros vaisseaux, ni d'une altération hydrémique du sang pour produire l'hydropisie. Sans lésion organique, sans altération matérielle des tissus, un simple trouble fonctionnel de la peau, le *strictum* passager du derme et de son réseau capillaire peuvent produire soit l'œdème, soit l'anasarque, soit même la suffusion séreuse des viscères et des cavités splanchniques. C'est là ce qu'on peut encore appeler anasarque essentielle.

EMPLOI DE L'ÉLECTRICITÉ

DANS UN CAS D'ASPHYXIE PAR LE GAZ OXYDE DE CARBONE

Par le docteur G. MILLOT.

Le 24 mai, à onze heures du soir, on me fit appeler pour donner des soins à la dame R...., qui venait d'être trouvée complétement asphyxiée par les vapeurs de charbon.

M'assurer si le cœur battait toujours, et au moyen d'un miroir si la respiration avait encore lieu, fut mon premier soin. Ces deux examens furent négatifs. Cependant il n'y avait que peu de temps que la vie avait dû s'éteindre, et pour l'acquit de ma conscience, je commençai l'application de tous les moyens usités en pareille circonstance : respiration artificielle au moyen de pressions sur le thorax, frictions énergiques sur les membres et sur la région du cœur, insufflation d'air bouche à bouche, lavements énergiquement purgatifs, tout cela servit à ramener un peu de vie. Au bout de plusieurs heures employées exclusivement aux manœuvres précitées, je pus percevoir quelques battements cardiaques extrêmement faibles, mais enfin c'était tout pour moi, la vie n'était pas complétement éteinte! Le pouls n'était pas encore perçu aux artères radiale et fémorale, la respiration n'avait pas lieu spontanément d'une façon appréciable, l'intelligence était complétement abolie et ne revint pas, du reste, pendant tout le cours du traitement.

Si peu marquées qu'aient été les fonctions de la vie animale, elles existaient cependant, et j'avais cette fois la chance de les voir reprendre leur cours normal. Brisé de fatigue après cinq heures passées au chevet de cette malade, je confiai à une garde intelligente la direction des soins, en lui recommandant d'appliquer des sinapismes sur la région du cœur si les battements devenaient plus petits et surtout de ne pas discontinuer la respiration artificielle. Car il est à remarquer que la malade ne respirait plus dès qu'on cessait les pressions thoraciques.

Le lendemain, la situation était devenue encore plus grave que la veille : on n'entendait plus les battements du cœur. Je recommençai les frictions et employai les mêmes moyens que la veille.

Cependant nous perdions peu à peu ce que nous avions eu tant de peine à obtenir; l'idée me vint alors d'employer l'électricité. Je me servis d'une machine ancienne de moyenne force, au bisulfate de mercure.

Les deux électrodes furent placés de la manière suivante : le supérieur sur la partie latérale droite du cou, sur le trajet du nerf phrénique; l'inférieur à l'épigastre. Aussitôt le courant établi, la cage thoracique prit une amplitude énorme, les poumons se gonflèrent facilement, la respiration se rétablit, les battements du cœur devinrent sensibles à la palpation, et le pouls radial put être facilement apprécié. Cette première application de l'électricité dura une heure environ. Chaque fois que j'interrompais le courant, l'état asphyxique reprenait le dessus; cependant nous gagnions du terrain, et deux nouvelles applications furent faites dans le courant de la journée.

La nuit qui suivit cette journée si pleine d'émotions fut assez calme. Néanmoins, pour que l'air qui commençait à bien circuler dans les bronches ne trouvât pas d'obstacles à sa pénétration, il nous fallut placer un bouchon de liége entre les mâchoires de la malade fortement contractées.

Le lendemain, application nouvelle de l'électricité; même résultat, c'est-à-dire d'abord exagération dans les mouvements respiratoires et circulatoires, puis régularité parfaite de ces mouvements. L'état de la malade, à laquelle on n'avait rien pu faire prendre depuis deux jours, me força à employer la sonde œsophagienne; au moyen de celle-ci, je fis pénétrer dans l'estomac un mélange de bouillon et de vin.

Dans la nuit, à trois heures du matin, après un violent effort d'inspiration, la malade mourut subitement. On avait cessé l'électricité depuis dix heures du soir.

J'ai cru intéressant de publier cette observation, malgré le résultat malheureux qui la termine, en ce sens qu'elle montre la ressource certaine que l'on peut attendre de l'électricité dans les cas où la mort n'est qu'apparente. Il m'a été possible de faire vivre pendant trois jours une malade, dans des conditions des plus défavorables; certainement je n'y serais pas parvenu sans l'emploi de l'électricité.

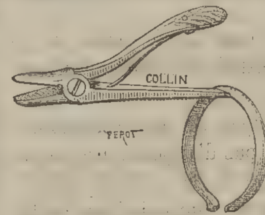
Nous appelons l'attention de nos confrères sur ce fait, et nous pensons que l'électricité pourra lever bien des incertitudes dans certains cas de léthargie, de syncope, dans l'état de prostration extrême qui résulte de l'empoisonnement par les narcotiques, enfin dans tous les cas où la mort ne s'est pas nettement accusée par un commencement de putréfaction.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 9 septembre 1873. — Présidence de M. DEPAUL.

CORRESPONDANCE NON OFFICIELLE

Elle comprend : 1° Une lettre de M. le docteur Galezowski accompagnant l'envoi d'une pince, fabriquée sur ses indications par M. Collin, et destinée à saisir fortement les aiguilles les plus fines pour pratiquer les sutures des paupières ou de la conjonctive.



Cette pince se fixe à l'indicateur de la main droite au moyen d'un anneau ouvert, le pouce appuie sur l'autre branche pour la fermer, et l'aiguille est fortement saisie entre les mors garnis de plomb. Vu le peu de longueur de l'instrument, c'est pour ainsi dire entre les doigts que l'aiguille est saisie, et pour cette raison on la dirige avec plus de délicatesse et de précision à travers les tissus.

2° Une lettre de M. Belhomme qui se porte candidat dans la section d'anatomie pathologique.

3° Une note de M. Decaisne sur l'asthme dit *d'été* ou *fièvre de foin*, comme entité morbide.

4° La Société protectrice de l'enfance transmet le programme du congrès médical et scientifique, spécial à l'enfance, qui aura lieu à Marseille le 2 février 1874 (Commission permanente de l'enfance).

5° Une lettre de M. Pinel accompagnant l'envoi d'une photographie d'un cas de sex-digitisme double et héréditaire.

6° Le rapport annuel sur les eaux thermales d'Hamman-Kira (province d'Alger) (Commission des eaux minérales).

7° Trois lettres relatives au choléra : deux de MM. Marguerite et Deros (du Havre), qui déclarent avoir observé dans leurs services hospitaliers des cas bien confirmés de choléra asiatique ; la troisième de M. le docteur Linas, qui relate un fait de choléra asiatique constaté par lui et M. Moissennet, à Paris, sur une femme arrivant de Hombourg.

PRÉSENTATIONS

M. BERGERON, au nom de M. Simonin (de Nancy), présente une brochure ayant pour titre : *Innocuité et utilité de l'extrême et rapide dilatation de l'urèthre chez la femme.*

M. BÉCLARD offre en hommage, de la part de M. Depaul, ses *Leçons de clinique obstétricale*, professées à l'hôpital des Cliniques et rédigées par M. le docteur de Soyre.

M. BRIQUET, à l'occasion du procès-verbal, rappelle qu'il a trouvé, en prenant le service de M. Moutard-Martin à Beaujon, deux malades atteintes du choléra. M. Moutard-Martin avait nié qu'il y eût aucun cas de choléra dans son service, lorsqu'il le laissa entre les mains de M. Briquet. Mais celui-ci fait observer qu'il y avait déjà cinq jours que M. Moutard-Martin ne faisait plus son service, lorsqu'il en prit possession le 1er septembre.

M. DELPECH, au moment où va s'ouvrir la discussion sur le cho-

léra, croit utile de faire connaître les chiffres officiels indiquant la mortalité par cette maladie dans ces derniers jours.

A domicile, on compte :

Le 5 septembre, 6 décès ; — le 6, 10 ; — le 7, 7 ; — le 8, 9.

Ce qui porte à 34 le nombre des décès à domicile dans les quatre derniers jours.

Dans les hôpitaux, 47 cas ont été observés, sur lesquels on compte 25 décès, qui, joints aux 34 précédents, portent à 59 le nombre de décès dus au choléra dans les cinq derniers jours.

ÉLECTIONS.

L'Académie procède par la voie du scrutin : 1° à l'élection d'un membre correspondant étranger dans la première section (anatomie, pathologie, etc.).

La liste de présentation portait :

En première ligne : M. Benett (d'Édimbourg) ;

En deuxième ligne (*ex æquo*) : MM. Van Beneden (de Louvain), Édouard Barnes (de Southampton).

M. Benett obtient.	28 suffrages.
M. Van Beneden.	8
Un bulletin blanc.	

En conséquence, M. Benett est proclamé membre correspondant étranger dans la première section.

2° A l'élection d'un membre correspondant étranger dans la quatrième section (physique, chimie, pharmacie).

La liste de présentation portait :

En 1re ligne, M. de Vry (de la Haye),

En 2e ligne (*ex æquo*), MM. Howard (de Londres), Ramon Munos de Luna (de Madrid).

M. de Vry obtient.	27 suffrages.
M. de Luna.	3
M. Howard.	1
Billet blanc.	1

En conséquence, M. de Vry est proclamé membre correspondant étranger dans la quatrième section.

M. LAUNAY (de Rueil), lit le résumé d'une relation médicale de la catastrophe de Rueil. (Comm. MM. Bergeron, Larrey, Giraldès.)

Discussion sur le choléra.

M. JULES GUÉRIN a consulté de nouveau les nombreux documents ayant trait à cette question d'une si haute importance, et il a eu le regret de constater la stérilité des résultats obtenus après tant de travaux et tant de discussions sur ce sujet. Mais son but n'est pas d'envisager la question dans son ensemble. Il s'est rabattu sur une question à laquelle il espère pouvoir donner une solution. Il veut parler de la spontanéité du choléra. Il veut montrer que cette partie du sujet est de la plus haute importance, et que ce n'est pas là seulement une vaine question de logomachie, comme on l'a dit, mais bien au contraire une question de haute science et de haut intérêt social. S'il est vrai, en effet, que le choléra est une maladie à évolution et à phases successives, il s'en déduit toute une série de problèmes à résoudre relativement à la nosologie, à l'étiologie et à la thérapeutique de ce triste fléau.

La théorie de l'importation prend le choléra à son dernier mot, c'est-à-dire au moment où il a déjà causé tout le mal qu'il peut faire. Cette doctrine, que M. Guérin ne craint pas de qualifier du mot de *néfaste*, est une doctrine mal fondée qui bouleverse tous les intérêts nationaux et qu'on ne saurait assez combattre.

M. Guérin ne se dissimule pas toutes les difficultés de sa situation vis-à-vis de l'Académie, qui semble adopter cette idée d'importation. Cette opinion ne repose cependant que sur quelques faits isolés qui ne prouvent rien. Quand on vient d'un pays où se trouve le choléra, on peut en être atteint. Voilà en effet la seule conclusion qu'on puisse déduire d'une pareille théorie. D'ailleurs les opinions changent avec le temps, et M. Guérin espère qu'il en sera de la spontanéité du choléra ce qu'il en a été de la contagion. Après les épidémies de 1832 et 1853, la plupart des médecins considéraient comme une grosse faute d'admettre la contagion. Aujourd'hui, c'est une opinion presque généralement adoptée. Les arguments qu'on donne en faveur de l'importation du choléra n'ont aucune valeur aux yeux de M. Guérin. L'histoire du vaisseau de Hombourg ne prouve rien, et dans les nombreux documents qu'il a consultés, M. Guérin a trouvé des faits tout opposés, tels par exemple que des navires partis de pays sains et dans lesquels le choléra s'est développé pendant la traversée. On a rédigé des cartes du choléra sur lesquelles on le suit pas à pas, depuis son point de départ ; mais il se trouve toujours sur ces cartes, qu'il saute des centaines de lieues sans qu'on puisse retrouver sa trace. Tous ces témoignages ne sont d'aucune valeur, et M. Guérin ne veut s'en rapporter qu'aux faits qui relèvent directement de la connaissance de l'évolution de la maladie elle-même. Il veut n'interroger que les lois de la pathologie.

Arrivant aux faits d'actualité, M. Guérin dit que les choses n'ont pas attendu la discussion de l'Académie, car aujourd'hui, ainsi qu'on vient de le voir par les documents communiqués par M. Delpech, on est en pleine démonstration du choléra complet, on se trouve en présence de faits qui ne permettent plus de conserver aucun doute. Il ne serait pas difficile de démontrer que sur les soixante et quelques décès qui ont été constatés, on en trouverait à peine quelques-uns qui plaideraient en faveur de la théorie de l'importation ; mais ce n'est pas cette question que M. Guérin veut traiter aujourd'hui. Il ne s'agit plus de discuter sur la question de savoir si le choléra est épidémique ou endémique, il faut changer le programme et étudier la question des prodromes et des moyens préventifs.

M. Delpech, pour mettre en doute la nature réellement cholérique de l'épidémie du Havre, s'est servi d'un argument tiré du choléra infantile.

Plusieurs fois, dit M. Guérin, j'ai eu occasion de constater que les cas de choléra infantile se sont terminés par la mort avec le caractère cyanique. Ces enfants avaient eu des crampes, étaient noirs ; le choléra infantile avait donc bien à Paris comme au Havre, les caractères du véritable choléra. Cette grave question de la diarrhée cholériforme des enfants dans ses rapports avec le choléra comprend plusieurs problèmes ; c'est ce que je vais essayer d'étudier avec vous.

On peut distinguer dans cette diarrhée cholériforme trois temps ou trois formes : 1° la diarrhée qui précède l'épidémie ; 2° celle qui l'accompagne ; 3° celle qui précède et accompagne le choléra dans les cas individuels. Peu importe, dans l'intérêt de la question, de commencer par l'étude de telle ou telle de ces trois formes. M. Guérin traitera donc aujourd'hui de la diarrhée qui accompagne le choléra, celle de ces formes qui présente le plus d'intérêt actuel.

On sait que le choléra individuel débute généralement par une diarrhée prodromique, prémonitoire. Cette opinion est entièrement confirmée par les faits observés pendant les épidémies de 1832, 1849, 1853, 1866. Mais dans l'intervalle qui a séparé chacune de ces épidémies, on est devenu facilement oublieux de ces faits, et cet oubli a encore été favorisé par quelques médecins. Avant 1832, dans tous les ouvrages, dans tous les rapports publiés, on considérait le choléra comme susceptible d'attaquer violemment les individus sans aucun avertissement, de telle façon qu'il ne restait plus aucune ressource. Bientôt l'observation a permis de constater que tous les malades avaient été soumis à la diarrhée prémonitoire. Elle n'est pas constatée dans tous les cas, mais elle existe toujours. Il est bien établi aujourd'hui que les cas de choléra foudroyant sont des cas où la diarrhée a passé inaperçue.

Dès la première période de l'épidémie de 1832, une discussion s'éleva à l'Académie (12 mai 1832) sur l'existence de prodromes et sur les cas de choléra foudroyant.

Sur 600 cas observés, 540 avaient offert de la diarrhée choléri-

forme; dès lors nous admettions que la cholérine n'était qu'un degré du choléra (*Gazette médicale*, 12 avril 1832).

Depuis cette époque, il n'a été opposé que des dénégations sur la plus ou moins grande fréquence de ce fait.

En 1849, M. Barth, dans son rapport, confirme entièrement notre manière de voir. (Voir *Bulletin de l'Académie*.)

Il en est de même de Michel Lévy (juin 1849). Ce fait de la diarrhée prémonitoire est ensuite de nouveau confirmé en Angleterre. Sur 3,902 cas, il n'en est pas un seul qui n'ait présenté la diarrhée prodromique. Les épidémies de 1853 et de 1866 sont venues apporter de nouvelles confirmations. M. Guérin rappelle les rapports de MM. Blondel, Pinel, Mélier, etc.; il se trouve même que, quand on y regarde d'un peu près, les cas d'exception n'en sont pas en réalité, car en interrogeant avec soin les malades, on finit toujours par leur faire avouer qu'ils ont eu la diarrhée avant. C'est ainsi que s'expliquent tous les cas exceptionnels : dans un voyage que je fis à Bruxelles, on me montra à l'hôpital un homme qu'on disait avoir été atteint d'un choléra foudroyant; à toutes les questions qui lui avaient été posées pour savoir s'il avait eu la diarrhée, s'il avait été dérangé, etc., il avait répondu négativement. Il faut savoir qu'en Belgique il y a un mot particulier dont on se sert pour exprimer la diarrhée, c'est l'*esquitte*; enfin poussé de questions, un ami de ce malade qui était présent finit par comprendre ce que nous voulions dire et par dire à son ami : tu sais bien que tu as eu l'esquitte. Ah! oui, reprit l'autre. Telle est l'explication de la plupart des cas foudroyants.

En 1853, on avait parlé de trois cas de choléra foudroyants bien constatés; renseignements pris sur ma demande, par MM. Brochin et Foucart, il se trouvait que ces trois malades avaient eu la diarrhée prémonitoire.

M. Guérin rappelle, en terminant, les mesures adoptées en Angleterre et qu'il voudrait voir adoptées de même en France; ces mesures consistent à envoyer des médecins visiteurs dans les maisons, de façon à suspendre cette diarrhée prémonitoire et à prévenir ainsi de nombreux cas de choléra. Elles ont donné les meilleurs résultats en Angleterre. Dans la dernière épidémie qui a été observée en France, cette mesure cependant a été appliquée aux colléges et aux casernes, et on s'en est très-bien trouvé.

Les moyens par lesquels M. Guérin combat cette diarrhée sont les suivants : la diète, les opiacés à petites doses, quelques boissons stimulantes et les évacuants.

L'emploi des opiacés doit être surveillé de très près, il n'est pas toujours sans inconvénient.

Dans la prochaine séance, M. Guérin montrera que ces diarrhées prodromiques ne sont pas autre chose que le choléra lui-même.

La séance est levée à cinq heures.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 2 juillet 1873. — Présidence de M. PERRIN, vice-président.

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

CORRESPONDANCE

La correspondance comprend :

La *Gazette des Hôpitaux*; — l'*Union médicale*; — la *Gazette hebdomadaire*; — le *Mouvement médical*; — le *Progrès médical*; — la *France médicale*; — la *Tribune médicale*; — le *Bulletin général de thérapeutique*; — les *Archives générales de médecine*; — le *Bordeaux médical*; — la *Gazette médicale de Strasbourg*; — le *Marseille médical*. — La *Charité médicale sur les champs de bataille*, par M. le docteur Van Holsbeck. — *Empoisonnement par les escargots*. — *Prophylaxie des maladies vénériennes*, par M. le docteur Adolphe Dumas. —*De la galvanocaustie thermique*, par M. le docteur Bœckel. — *De la valeur relative de l'emploi de l'instrument tranchant, de la ligature, de l'écrasement linéaire et de la cautérisation*. — *De l'analyse en général dans les sciences médicales*, par M. le docteur Pasturel, candidat au titre de membre correspondant national.

M. LE FORT offre, de la part de M. Ledentu, un travail imprimé sur *l'Effort*, et, de la part du même auteur, un travail imprimé sur *les Hernies*. (Extrait du *Nouveau Dict. de méd. et de chir. pratiques*.)

M. TILLAUX présente à la Société, de la part de M. le docteur Georges Félizet, ancien interne des hôpitaux de Paris, un mémoire intitulé : *Des transplantations de moelle osseuse dans les amputations sous-périostées*.

Après avoir conservé un manchon périostique, M. Félizet remplit ce manchon de moelle osseuse et le clôt hermétiquement par une suture.

Cette moelle subit les transformations du cal dans les fractures simples; elle se transforme d'abord en cartilage, puis en os.

L'auteur a l'espérance que la confection de ces manchons périostiques, bourrés de moelle dans les amputations, mettra les malades à l'abri des ostéomyélites.

Le travail de M. Félizet sera déposé aux *Archives*.

Modifications aux procédés de résection des mâchoires supérieure et inférieure. — M. VERNEUIL. Pendant les opérations que l'on pratique sur la face, le sang peut tomber dans les voies digestives ou dans les voies respiratoires. Il est vomi ou digéré dans le premier cas, et peut produire, dans le second cas, des accidents mortels, comme ceux dont M. Demarquay et moi-même en avons signalé des exemples.

Cette crainte a porté certains chirurgiens à priver les malades du bénéfice du chloroforme, lorsqu'ils opèrent sur la face, pensant que l'abolition de l'action réflexe permet l'introduction du sang dans la trachée. Pour parer en partie à ces dangers, j'ai proposé jadis le tamponnement préalable des fosses nasales pour les opérations pratiquées sur ces cavités, et bon nombre de chirurgiens ont, je pense, suivi mes conseils. A cette époque, j'indiquai également les précautions à prendre dans l'extirpation des os maxillaires et qui peuvent se résumer ainsi : *détacher les tumeurs des maxillaires de tous côtés avant d'ouvrir la cavité buccale, et ne couper la muqueuse que dans le dernier temps de l'opération*. Peut-être me serais-je abstenu de cette communication, me contentant de faire dans ma pratique l'application de ce principe, si je n'avais vu des chirurgiens étrangers faire dans cet ordre d'idées des propositions vraiment ridicules. N'a-t-on pas proposé de faire la trachéotomie préventive et le tamponnement du larynx ? Je concevrais beaucoup plutôt que l'on adoptât, comme moyen préventif hémostatique, la ligature de la carotide externe et qu'on établit le parallèle entre ce moyen et ceux que je vais décrire.

Il y a cinq ans, j'eus à traiter un malade atteint d'une hyperostose énorme de la branche horizontale de la mâchoire inférieure, datant de quinze ans. La tumeur proéminait en avant et en arrière; la langue, fortement soulevée, était appliquée contre la voûte palatine.

Je procédai à l'extirpation de la manière suivante :

Le malade endormi, je pratiquai sur le bord inférieur de la mâchoire une incision étendue d'un masséter à l'autre. Je dénudai successivement la face externe et la face interne du maxillaire jusqu'à la muqueuse exclusivement. Je sciai l'os, de chaque côté de la tumeur, à l'aide d'une scie à chaîne passée à travers un simple trou de la muqueuse. Je réussis ensuite à placer deux écraseurs, l'un au devant, l'autre au-dessous de la langue, de façon à isoler complétement la tumeur, qui ne tenait plus que par la muqueuse. Celle-ci, incisée avec des ciseaux, l'énorme tumeur tomba d'elle-même par la plaie inférieure. (M. Verneuil montre deux dessins de cette tumeur, et indique sur ces dessins les divers temps de l'opération.) Les suites furent très-simples, et tout faisait présager un succès, lorsque l'opéré fut pris, au dixième jour, d'une variole qui l'emporta.

M. Verneuil résume de la manière suivante les procédés applicables à la résection du maxillaire inférieur.

Lorsque j'enlève des tumeurs très-volumineuses ou compliquées d'ulcération de la peau, il m'arrive de combiner avec l'action des instruments tranchants celle de l'écraseur linéaire et du galvanocautère ; il en résulte des procédés un peu compliqués, que je ne veux pas décrire ici. Je me contenterai d'indiquer comment je procède dans les cas communs.

1er temps. — Une incision courbe, à convexité inférieure, semblable à celle que Velpeau préconisait d'une manière générale pour l'extirpation des tumeurs, est pratiquée sur les téguments qui recouvrent la masse morbide. Elle détermine la formation d'un lambeau qu'on dissèque et qu'on relève en haut, de manière à mettre largement à découvert la face externe et le bord inférieur de la mâchoire tuméfiée. La dissection est poussée aussi loin que possible, mais on prend soin de ne pas ouvrir la muqueuse au niveau du cul-de-sac labio ou géno-maxillaire. Naturellement le bord libre des lèvres n'est jamais incisé. On lie les vaisseaux à mesure qu'on les ouvre ; on cherche alors à isoler avec les doigts ou les instruments mousses la face interne de la tumeur, jusqu'à la muqueuse du plancher de la bouche exclusivement.

2e temps. — On procède à la section double ou simple de l'os, suivant qu'il s'agit d'une résection dans la continuité ou d'une résection avec désarticulation. La section osseuse, dans les deux cas, est faite de la façon suivante : l'os étant dénudé par sa face externe, on perfore de dehors en dedans, avec une sonde cannelée, la muqueuse du cul-de-sac labio ou géno maxillaire, et l'on glisse dans la cannelure de la sonde un stylet aiguillé, muni d'un fil solide, qui pénètre ainsi dans la bouche. La sonde cannelée est portée de nouveau dans la plaie extérieure, et, guidée par le doigt introduit entre le bord de la langue et de la mâchoire, elle perce encore la muqueuse, en rasant la face interne de l'os. La cannelure de la sonde, apparaissant dans la bouche, sert à conduire le stylet aiguillé et son fil, qui sont conduits de haut en bas pour ressortir par la plaie extérieure.

La scie à chaîne est entraînée par le fil et forme une anse qui embrasse toute la mâchoire. On conçoit que l'ouverture, quoique double, de la cavité buccale reste fort étroite et ne permette guère l'entrée du sang dans cette cavité.

S'il s'agit d'une résection dans la continuité, on fait de la même façon les deux sections osseuses et l'on attire fortement en bas la tumeur, qui ne tient plus que par les deux muqueuses du plancher et du vestibule de la bouche.

3e temps. — On divise ces deux muqueuses, soit à petits coups de bistouri, soit, au contraire, rapidement avec de forts ciseaux, et la masse morbide tombe dans la main de l'opérateur. S'il s'agit d'une désarticulation, la section osseuse antérieure étant faite, on abaisse fortement la mâchoire pour tendre le tendon du crotaphite, on divise par dehors ce tendon, ou la pointe de l'apophyse coronoïde avec la pince de Liston, on divise les deux muqueuses en dedans et en dehors de la portion libre de la mâchoire, et on termine l'opération en détachant la partie supérieure de l'os par torsion et arrachement.

Pour le maxillaire supérieur, la conduite à tenir doit varier suivant que l'extirpation est partielle ou totale. Si elle est partielle, si la voûte palatine peut être respectée, il suffit de pratiquer le tamponnement préalable de la fosse nasale et de faire les incisions extérieures, de façon à ce qu'elles ne penchent pas dans la bouche. Lorsque la résection doit être totale, je pratique l'opération en deux temps. Dans un premier temps, j'enlève de la tumeur tout ce qui ne tient pas au palais, et ce n'est qu'après avoir fait l'hémostase que je procède au second temps, c'est-à-dire à la résection de la voûte palatine, qui cède rapidement à quelques coups de pince de Liston. J'ai renoncé depuis longtemps à l'emploi de la scie à chaîne.

M. FORGET demande à M. Verneuil s'il ne craint point que pendant le sommeil anesthésique la respiration ne soit gênée par le tamponnement des fosses nasales.

M. DESPRÉS rejette l'usage de la scie à chaîne d'une façon générale. Il fait remarquer que, dans les deux cas d'extraction totale du maxillaire supérieur qui lui sont personnels, il n'y a pas eu d'hémorrhagie, pas d'artères à lier.

M. PAULET fait également remarquer que, dans une résection qu'il a pratiquée, il y eut bien un flot de sang au moment de l'extraction, mais que l'arrêt spontané fut immédiat.

M. VERNEUIL répond à M. Forget que, dans une douzaine de cas environ où il a employé le tamponnement des fosses nasales en même temps que le chloroforme, il n'a observé aucun accident. D'ailleurs, il ne tamponne qu'une narine, et l'expérience a démontré que l'on pouvait endormir sans danger les malades dont les fosses nasales étaient oblitérées. Il suffit de veiller à ce que la bouche soit ouverte et la langue attirée au dehors. M. Verneuil est disposé avec M. Després, à passer condamnation sur la scie à chaîne. Quant à l'hémorrhagie, elle peut être parfois très-abondante.

Dans un cas rapporté par Butcher, on dut faire au fond de la plaie la compression digitale prolongée. D'ailleurs, ce qui préoccupe M. Verneuil n'est pas la quantité de sang perdu, mais bien la pénétration de ce sang dans les voies aériennes.

M. CHASSAIGNAC verrait avec peine que l'on renonçât à la scie à chaîne, qui lui a rendu de si grands services. La manœuvre en est difficile sans doute, surtout si l'os est flexible ; mais pour la section d'un os rigide comme le maxillaire supérieur, la scie à chaîne convient admirablement ; elle ne peut être pincée, et l'on est certain de n'avoir pas, comme avec la pince de Liston, des éclats et le broiement des os.

M. DEMARQUAY a complétement abandonné l'usage de la scie à chaîne. C'est suivant lui un instrument infidèle, qui peut manquer dans les mains du chirurgien. Il lui a substitué de puissants sécateurs, à l'aide desquels il obtient le même résultat, plus assuré et avec moins d'hémorrhagie. Comme M. Verneuil, il sectionne en dernier lieu la muqueuse buccale dans l'ablation des tumeurs des mâchoires.

La Société se réunit en comité secret.

La séance est levée à 5 heures 1/2.

Le secrétaire : TILLAUX.

THÈSES

SOUTENUES A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

PENDANT L'ANNÉE 1873.

306. Bizien. Contribution à l'étude du traitement de la dysentérie chronique coloniale par la diète lactée.
307. Huguenard. Essai sur l'étiologie du rachitisme.
308. De Leluardière. Recherches sur quelques cas de pneumonies fibrineuses à résolution lente.
309. Chouppe. Étude pour servir à l'histoire de l'inflammation du canal thoracique.
310. Garran de Balzan. De l'ergot de seigle.
311. Robert. De la ligature de l'artère carotide externe.
312. De Laroche. Des accidents tardifs dans l'anesthésie chirurgicale.
313. Verriet-Litardière. Étude sur les avantages matériels de l'allaitement maternel.
314. Chevalier. Recherches sur les tumeurs de la clavicule.
315. Roy de Clotte. Étude sur les pseudarthroses.
316. Grenet. Des oblitérations de la jugulaire interne et des sinus de la dure-mère.
317. Emanaud. Du traitement de la variole hémorrhagique par le perchlorure de fer et l'alcool.
318. Georgesco. Contribution à l'histoire des anévrysmes artérioso-veineux.
319. Cunin. Des blessures de nerfs par coups de feu.
320. Hue. De l'hydrocèle enkystée spermatique.
321. Remi. Des perforations de l'intestin dans le cours de la fièvre typhoïde.

322. Pillot. De l'hyosciamine et de son emploi contre les divers tremblements.

323. Piquantin. Contribution à l'étude de la stérilité ; des déviations utérines considérées comme obstacles à la fécondation.

324. Capdevielle. Quelques considérations sur la taille, la mensuration de la poitrine et le poids des recrues au point de vue de l'aptitude physique au service militaire.

325. Popescu. Des urines au point de vue physiologique et pathologique.

326. Bertrand. De la dysentérie épidémique grave et en particulier de son étiologie; étude critique à propos de l'épidémie de Montmédy (septembre et octobre 1870).

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Hôpitaux de Paris. — L'ouverture du coucours pour les prix de l'externat, et la nomination des internes aura lieu le lundi 13 octobre, à midi précis, dans l'amphithéâtre de l'administration, avenue Victoria, n° 3.

Le registre d'inscription restera ouvert tous les jours, dimanches et fêtes exceptés, de une heure à trois heures, depuis le jeudi 11 septembre, jusqu'au samedi 27 septembre inclusivement.

— Le jury pour le concours des prix de l'internat vient d'être arrêté de la manière suivante : MM. Brouardel, Cornil, Dujardin-Beaumetz, Duplay, Mollard, Perier et Tarnier.

— On lit dans l'*Union médicale* :

« D'après les nouvelles reçues de tous côtés, on voit que le choléra s'acclimate en Europe aussi bien qu'en Amérique et en Asie.

Il nous paraît donc utile de faire connaître les moyens praticables pour se préserver, autant que possible, des atteintes de ce mal indien, qui se fait deviner longtemps à l'avance par des diarrhées plus ou moins bilieuses et persistantes.

En pareil cas, à défaut de médecin, la première indication se trouve dans le choix des aliments et des boissons qui peuvent soutenir les forces sans fatiguer les intestins; mais un auxiliaire qui a été négligé jusqu'à présent nous paraît mériter une sérieuse attention, nous voulons parler du bain stimulant de Pennès, qui agit rapidement en provoquant les fonctions de la peau, et qui tonifie tous les organes en doublant l'énergie vitale. L'efficacité de ce bain hygiénique a été constatée déjà à Paris, à l'hôpital Saint-Antoine, à l'hôpital de la Pitié, en pareille circonstance. »

A céder immédiatement, clientèle médicale à Paris. — Produit de 1872 : 17,500. — S'adresser au bureau du journal.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Des indications de l'hydrate de chloral dans l'accouchement, par le docteur A. Pélissier. — In-8°. Prix : 2 fr. — Paris, Adrien Delahaye.

De l'inflammation du canal thoracique, par le docteur Chouppe, — In-8° de 48 pages. Prix : 2 francs. — Paris, 1873, Georges Masson.

Syphilis secondaire et tertiaire du système nerveux, par le docteur Alexandre Mayaud. — In-8°. Prix : 1 fr. 50. — Paris, Adrien Delahaye.

Thèses soutenues à la Faculté de médecine de Paris. A. Coccoz, libraire, rue de l'École-de-Médecine, n° 30.

Anatomie descriptive et dissection, contenant un Précis d'embryologie, la structure microscopique des organes et celle des tissus, par le docteur Fort, ancien interne des hôpitaux, professeur d'anatomie à l'École pratique. 2e édition, considérablement augmentée. 3 vol. in-12, avec 662 fig. intercalées dans le texte. — Prix : 25 fr. *franco*.

Le Directeur : Dr E. Le Soupd.

Paris. — Typographie A. Pougin, quai Voltaire, 13.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandats-poste ou traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

La Lancette française

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Bureaux : 57, rue des Saints-Pères, 57
PRÈS L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

On s'abonne hors de Paris
dans les bureaux des Messageries et chez les Libraires
Les lettres non affranchies sont refusées.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui n'en peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS : Trois mois 8 fr. 50 c. — Six mois 16 — Un an 30

POUR L'ÉTRANGER le port en sus suivant les derniers tarifs des Postes.

REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE

Le choléra dans les hôpitaux de Paris.

S'il fallait le nombre pour constituer une épidémie, assurément on ne saurait donner ce nom à ce qui vient de se produire depuis une dizaine de jours dans l'état sanitaire de Paris. On a vu dans le petit relevé communiqué par M. Delpech à l'Académie de médecine, dans la séance de mardi dernier, que dans une période de cinq jours, depuis le 5 septembre, jour où l'on a commencé à inscrire les cas de choléra, jusqu'au 8 inclusivement, il s'était présenté dans les hôpitaux de Paris 47 cas, sur lesquels il y avait eu 25 décès. Le chiffre s'élevait hier, si nos informations sont exactes, à 54, sur lequel la proportion des décès avait déjà diminué ; elle était évaluée à la moitié des cas, pour la totalité, tandis que au 8, elle dépassait cette proportion comme on peut le voir par les chiffres précédents.

Mais nous ne nous en sommes par tenu aux chiffres ; nous avons voulu juger par nous-même du caractère des cas, de leur intensité et de leur marche individuelle ou collective. Nous avons pénétré à l'Hôtel-Dieu dans les deux salles réservées aux cholériques, dans la salle Saint-Roch, faisant partie du service de M. Moissenet (femmes), et dans la salle Saint-Benjamin, du service de M. Hérard (hommes), dirigé temporairement par M. Ball. Nous avons trouvé dans chacune de ces deux salles quatre lits seulement occupés et occupés uniquement par des malades en cours de réaction.

Ce n'est pas à dire qu'on n'ait pas été en présence de choléras véritables, ou qu'on n'ait eu affaire qu'à des cas légers. A la suite de la visite de M. Moissenet, nous avons assisté avec notre savant confrère à l'autopsie d'une femme qui avait succombé avec une extrême rapidité, entre deux visites et en quelques heures, avec tous les symptômes les plus accusés de l'algidité et de l'asphyxie cholérique. On eût pu, par parenthèse, à ne s'en rapporter qu'aux simples apparences, qualifier ce cas de choléra foudroyant, s'il ne résultait des renseignements recueillis par l'interne du service, que cette femme avait la diarrhée depuis quinze jours lorsque se manifestèrent chez elle les premiers symptômes graves, qui nécessitèrent son admission à l'Hôtel-Dieu, et qui devaient amener si rapidement la mort.

Les premiers malades amenés à l'Hôtel-Dieu dans les premiers jours de septembre, y sont presque tous arrivés en état d'algidité et ont succombé à cette période de la maladie, dans la proportion de cinq sur six environ. Nous avons vu dans la salle des hommes deux des survivants, actuellement convalescents et prêts à rentrer chez eux.

Quant aux malades actuels, quatre hommes et quatre femmes, ils sont tous, comme nous venons de le dire, en période de réaction. Or, il y a cette circonstance extrêmement rassurante à signaler, c'est que chez tous, ou du moins chez presque tous ces malades, la réaction s'est établie d'une manière lente, graduelle, franche, sans aucune congestion apparente ni phlegmasie consécutive ; si bien que la plupart peuvent être considérés dès à présent comme de véritables convalescents. Pour ceux qui ont assisté aux épidémies précédentes, la vue de ces malades rappelle ce que l'on observe à la fin des épidémies. De sorte que si cette impression ne nous trompe pas, il semblerait que dans l'espace de huit à dix jours, nous aurions assisté à une épidémie véritable, à en juger par la gravité extrême des premiers cas, réduite quant au nombre des sujets atteints et quant à sa durée, aux proportions les plus minimes que nous ayons jamais vues.

Ajoutons, enfin, ce qui confirme nos dires d'il y a deux jours, et justifie en même temps la sécurité que nous venons d'exprimer, qu'il résulte de l'enquête très-précise qui a été faite jusqu'ici, tant par les chefs de service que par les internes, sur l'état des cholériques avant leur admission à l'hôpital, que presque tous étaient depuis un temps plus ou moins long dans les plus plus mauvaises conditions d'hygiène et de régime et que tous, sans exception, avaient la diarrhée depuis plus ou moins longtemps.

Si le pronostic favorable que nous croyons pouvoir déduire de toutes ces circonstances sur la terminaison probablement très-prochaine de cette petite bouffée épidémique, venait à être démenti par l'événement, nous en aurions doublement du regret ; mais nous ne faillirions dans aucun cas au devoir de dire la vérité.

Des congestions et hémorrhagies consécutives chez les hémiplégiques.

On connaît les recherches intéressantes de M. Charcot sur l'existence de certaines ecchymoses péricrâniennes cervicales, sous-pleurales et de diverses autres lésions telles que érythèmes, phlyctènes, eschares développées du côté paralysé chez les sujets atteints d'apoplexie et sur leurs rapports présumés avec les troubles vasculaires dépendant de la lésion des cen-

tres nerveaux. M. le docteur Aug. Ollivier, dans l'une des séances récentes de la Société de Biologie, a communiqué une série de faits qui paraissent devoir se rattacher au même ordre de lésions secondaires, entre autres plusieurs exemples de congestions et hémorrhagies survenues chez des sujets hémiplégiques, du côté opposé à la lésion cérébrale, c'est-à-dire du côté paralysé.

L'un des faits les plus remarquables qu'il a rapportés est celui d'un homme de soixante-dix-sept ans, atteint d'hémiplégie droite de la motilité et de la sensibilité à la suite d'une attaque d'apoplexie cérébrale. Ce malade, une heure après l'attaque, présentait une hémiplégie complète de la motilité et de la sensibilité du côté droit (membres, tronc et face), avec un peu de roideur dans les membres. Le lendemain de son entrée à l'infirmerie d'Ivry, il était dans un état de résolution complète. On constata la présence d'une assez grande quantité d'albumine dans les urines. La mort étant survenue huit heures après, à l'autopsie, indépendamment de la lésion principale : énorme caillot remplissant le ventricule gauche, destruction du corps strié, déchirure du septum médian et de la voûte à trois piliers, d'où le sang s'était répandu dans le ventricule moyen et dans le ventricule latéral droit, état athéromateux des artères de la base de l'encéphale, etc., on trouva une congestion considérable des deux poumons, une large ecchymose sous-capsulaire du rein droit et un foyer apoplectique gros comme une petite noisette à la surface de la substance corticale et plusieurs autres foyers semblables disséminés dans la substance corticale de l'organe.

D'après M. Ollivier, ces hémorrhagies seraient beaucoup plus fréquentes qu'on n'incline généralement à le croire. Il dit avoir eu l'occasion d'observer plusieurs fois dans des cas d'hémorrhagies cérébrales, de véritables apoplexies pulmonaires qui, à ses yeux, ne reconnaissaient pas d'autre cause que l'action croisée de l'affection cérébrale.

Dans ces cas, comme dans ceux où l'hémorrhagie cérébrale s'est compliquée d'apoplexie rénale (cas ci-dessus), M. Ollivier a été frappé de ce double fait. D'une part, le foyer encéphalique était considérable; d'autre part, le sang, après avoir déchiré le corps opto-strié, avait pénétré dans le ventricule correspondant ou sous l'arachnoïde. D'où il a été conduit à reconnaître pour ces apoplexies pulmonaires, ainsi que pour l'apoplexie rénale dont il vient d'être question, la même cause que celle à laquelle on a attribué les ecchymoses péri-crâniennes, cervicales, sous-pleurales, etc., à savoir une paralysie vaso-motrice produite par la lésion encéphalique.

M. Ollivier s'est également cru fondé à rapprocher de cet ordre de faits, certaines hydropisies qui surviennent quelquefois aussi à la suite d'affections cérébrales et qui sont exclusivement limitées au côté paralysé. Tel est l'exemple qu'il a rapporté encore à ses collègues d'un cas d'hémiplégie droite chez une femme de soixante et un ans, et chez laquelle il est survenu une anasarque de tout ce même côté, vingt-quatre heures après le début de la paralysie ; et ajoutons : sans trace de glycose ni d'albumine dans les urines, sans aucun symptôme d'affection cardiaque ou rénale.

— Par une heureuse coïncidence, dans la même séance, M. Barety, interne des hôpitaux, a lu un travail ayant pour titre : *De quelques modifications pathologiques dépendantes d'hémorrhagies ou de ramollissements circonscrits du cerveau et siégeant du côté de la paralysie.* Le sujet de ce travail avait, comme on le voit, la plus grande analogie avec le sujet des recherches de M. Ollivier. Nous pouvons ajouter que les résultats sont concordants, et que l'on trouve également dans les uns et dans les autres une confirmation de l'explication donnée à cet ordre de faits par M. Charcot, savoir : que toutes ces modifications pathologiques qui surviennent du côté paralysé chez les hémiplégiques sont imputables à une paralysie vaso-motrice.

D'où cette conclusion clinique, dans laquelle se résument particulièrement les recherches de MM. Ollivier et Barety : « que chez un hémiplégique, il faut prendre en considération non-seulement les effets bien connus de la paralysie de la sensibilité et de la motilité, mais encore les effets de la paralysie vaso-motrice. »

Parmi les faits nouveaux ou actuels qui nous ont frappé dans nos dernières excursions dans les hôpitaux, nous signalerons particulièrement, à l'hôpital des Cliniques, dans le service de M. Polaillon, suppléant de M. Broca, un cas d'anévrysme artério-veineux spontané (chose assez rare, comme on le sait, du moins pour les petits vaisseaux) siégeant à la face dorsale du pouce. Le membre entier est hypertrophié et plus chaud que son congénère, les veines sont très-développées jusques et y compris la veine sous-clavière, et le malade est en proie à une céphalalgie persistante, avec des symptômes congestifs qui ont amené chez lui une sorte d'état habituel d'hébétude ou de demi-stupeur.

M. Polaillon s'est borné jusqu'à présent à exercer une compression continue sur la tumeur anévrysmatique, au moyen de ces pinces ingénieuses imaginées par M. Marcelin Duval. Nous ferons connaître plus tard le parti définitif auquel il se sera arrêté.

A côté, dans le service de la clinique d'accouchements fait en ce moment par M. Bailly, nous avons retrouvé, toujours persistants et se reproduisant incessamment, ces faits, que nous pourrions qualifier de petite épidémie locale, de diphthéries et de sphacèles circonscrites des parties génitales externes chez un grand nombre de femmes récemment accouchées. Les pansements avec le vin aromatique, joints aux soins de propreté ordinaires, et à un régime légèrement tonique, paraissent avoir suffi jusqu'à présent pour réprimer les progrès de cette affection. Mais ne pourrait-on pas chercher à réprimer dans leur marche ou à conjurer à l'avenir ces petites épidémies par des mesures plus générales ? Nous faisons à cet égard un appel à qui de droit.

Dr Brochin.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Séance du 12 avril 1873 (1). — Présidence de M. Lunier.

De l'alcoolisme comme cause de la paralysie générale.

M. LOLLIOT termine ainsi sa communication :

La déduction la plus naturelle que l'on puisse tirer de ces deux observations, c'est évidemment que l'alcoolisme a joué un rôle capital dans la production de la paralysie générale, à ce point même que l'on pourrait admettre qu'il y a eu transformation de l'une de ces maladies dans l'autre. Le moment de cette transformation est difficile à saisir, et il n'est guère possible de déterminer exactement quand la paralysie générale vient s'installer définitivement, se greffer, pour ainsi dire, sur l'alcoolisme. Cette transformation lente nous rend compte des efforts qui ont été tentés (M. Lasègue, M. J. Falret), pour distinguer l'une de l'autre ces deux maladies qui, à un moment donné, peuvent n'en faire qu'une, et nous explique cet aveu échappé à M. Contesse (thèse inaugurale)

(1) Suite. — Voir le numéro du 6 septembre 1873.

que, dans certain cas, la similitude est si complète que le diagnostic est impossible. Et en effet, si le malade se présente à l'observation précisément au moment de cette période de transition, il est bien difficile, pour ne pas dire impossible, de dire exactement à laquelle des deux maladies on a affaire, alcoolisme ou folie paralytique.

La vérité, selon nous, c'est que les deux maladies existent simultanément, et ce n'est que plus tard que les symptômes de l'alcoolisme, cédant peu à peu la place à ceux de la paralysie générale, cette dernière pourra se montrer dans toute sa netteté, et alors seulement le diagnostic être porté avec certitude.

Les paralysies générales de cause alcoolique seraient relativement assez nombreuses, car, dans la thèse de M. Contesse, qui paraît avoir, l'un des premiers, saisi le rapport de cause à effet qui existe entre l'alcoolisme et la paralysie générale, nous trouvons que, sur 1343 cas de paralysie, il y en aurait 106 d'alcooliques, soit une proportion de 7,89, ou environ 8 pour 100 (1).

Marcé signale, dans son *Traité des maladies mentales*, cette double terminaison de l'alcoolisme par la démence et la paralysie générale. « La paralysie générale causée par les excès alcooliques, dit-il, une fois entrée dans son complet développement, ne diffère en aucune façon de la paralysie générale due à d'autres causes, les lésions anatomiques, les symptômes, la marche, la terminaison sont exactement semblables. Au début, il est vrai, il existe certaines nuances dues à la spécificité de la cause et que nous devons signaler. C'est ainsi que le moment précis de l'invasion est difficile à fixer. Certains alcooliques, abusant depuis longtemps de vin, d'eau-de-vie et d'absinthe, et ayant eu plusieurs accès de *delirium tremens*, présentent de l'affaiblissement de la mémoire, du tremblement des lèvres et des mains, parfois même un léger embarras dans la parole. Soignés à temps, ils peuvent encore guérir, et l'on voit avec une bonne hygiène, une nourriture fortifiante et la privation de boissons, rétrograder ces symptômes alarmants ; mais, au bout d'une ou deux rechutes, les malades continuant à se livrer aux mêmes excès, deviennent décidément paralytiques après être restés dans une situation intermédiaire dont les limites restent quelque temps douteuses. En outre, chez ces malades, les hallucinations de la vue m'ont paru plus fréquentes que de coutume; mais, à part ces deux particularités, tout, dans le développement ultérieur de la maladie, prouve jusqu'à l'évidence qu'il s'agit ici de la paralysie générale telle qu'on l'observe habituellement en dehors de toute cause spéciale (2).

L'anatomie pathologique nous fournit l'explication de ce passage de l'alcoolisme à la paralysie générale. En effet, les lésions qui caractérisent l'alcoolisme chronique sont la dégénérescence graisseuse, non pas seulement du système cérébro-spinal, mais aussi de tous les muscles, de toutes les glandes de l'économie, de tous les tissus. Avec cette dégénérescence graisseuse ou stéatose, on voit en même temps l'athérome vasculaire, et cette dernière modification des vaisseaux nous donne l'explication de ces troubles moteurs et sensitifs si variés quant au siége, à la nature et à la forme que l'on constate dans l'alcoolisme chronique. Si on examine, en effet, un cerveau d'alcoolique chronique, on trouve assez souvent des foyers de ramollissement disséminés, soit dans la couche corticale, soit dans les parties centrales, au niveau de la couche optique et du corps strié, absolument comme chez les malades atteints de démence sénile, et à ces dernières lésions disséminées dans diverses parties de l'encéphale déjà occupées par la dégénérescence graisseuse, répondent l'affaiblissement général et les paralysies partielles que l'on trouve chez l'alcoolique chronique.

La femme qui fait le sujet de l'observation II nous fournit un très-bel exemple de ces paralysies partielles qui, chez elle, furent d'abord plus marquées à droite pour se montrer plus tard du côté gauche. Nous avons vu aussi que M. B..., quelques jours avant que le délire alcoolique éclatât, avait été pris, à la suite d'une attaque épileptiforme, d'une paralysie de la langue qui dura trois heures. Ces troubles partiels constituent l'un des caractères particuliers de l'alcoolisme, et ils s'expliquent par la nature même des lésions (ramollissement ou hémorrhagie) qui reconnaissant pour cause la dégénérescence athéromateuse des artères, sont forcément limitées à cette partie des centres nerveux qui répond à l'artère malade, par conséquent bien différentes, en cela, ainsi que nous le verrons tout à l'heure, des lésions de la paralysie générale qui, occupant dès le début toute la masse encéphalique, donneront nécessairement naissance à des troubles fonctionnels généralisés.

Outre les foyers de ramollissement, il se produit aussi des foyers hémorrhagiques occasionnés par la rupture d'un athérome vasculaire, et donnant également lieu à des paralysies partielles.

L'expérience physiologique a démontré d'une manière positive la production de la dégénérescence graisseuse dans presque tous les organes. Les expériences de MM. Magnan (1), Ruge (2), Pupier (3), ne laissent plus aucun doute à cet égard, et ces observateurs ont vu chez les animaux la dégénérescence graisseuse occuper le foie, les reins, le cœur (Ruge), etc.

A ces dégénérescences graisseuses, accompagnées d'athéromes vasculaires s'ajoutent, au bout d'un certain temps, des irritations chroniques occupant le tube digestif, le péricarde, le foie où elles conduisent à la cirrhose, les méninges où Krémiansky (4) a signalé l'existence de la pachyméningite chez des chiens à qui, pendant quatre semaines, il avait fait avaler des doses considérables d'alcool.

Enfin, lorsque l'intoxication atteint un certain degré, l'encéphale et la moelle deviennent à leur tour le siége d'une irritation interstitielle diffuse, c'est-à-dire une encéphalite interstitielle diffuse avec méningite chronique diffuse qui n'est autre que la lésion de la paralysie générale.

C'est précisément lorsque se produit cette irritation diffuse que l'on commence à apercevoir un affaiblissement de toutes les facultés, et l'apparition du délire ambitieux, hypochondriaque, avec hésitation de la parole, tremblement fibrillaire des lèvres et de la langue, inégalité pupillaire, c'est-à-dire les signes physiques et intellectuels de la paralysie générale.

Pour nous résumer, nous citerons le passage de M. Magnan, où tout ce processus a été parfaitement indiqué : « Sous l'influence de l'alcool, un double processus s'est développé; l'organisme, dans son entier, a été frappé, comme on l'a dit, d'une *vieillesse précoce* et a subi la dégénérescence graisseuse; mais la stéatose n'est pas seule; avec elle se produit une tendance aux irritations chroniques diffuses, double processus (sclérose et stéatose), qui devient la caractéristique de l'alcoolisme chonique. Selon la prédominance, dans les centres nerveux, de l'une ou de l'autre de ces lésions, nous voyons l'alcoolique chronique marcher vers la démence (stéatose et athérome) ou vers la paralysie générale (sclérose interstitielle diffuse). Ces altérations organiques, d'ailleurs, se présentent avec les mêmes caractères dans les muscles, les glandes, et pour le foie en particulier, on sait que la cirrhose ou la dégénérescence graisseuse sont l'apanage de l'alcoolisme chronique (5). »

(1) Contesse, *Étude sur l'alcoolisme et sur l'étiologie de la paralysie générale*, Thèses de Paris, 1862, nº 115.

(2) Marcé, *Traité pratique des maladies mentales*, 1862.

(1) Magnan, *Étude expérimentale et clinique sur l'alcoolisme*, 1871. — *De l'action prolongée de l'alcool sur un chien*, communication à la Société de biologie, 14 novembre 1868 (*Compte rendus et Mémoires*, 1869).

(2) Paul Ruge, *Influence de l'alcool sur l'organisme;* — Virchow's, *Archiv.*, XLIX, p. 237, janvier 1870.

(3) Pupier, *Démonstration expérimentale de l'action des boissons dites spiritueuses sur le foie.* — *Comptes rendus de l'Académie des sciences*, mai 1872.

(4) Krémiansky, *De la pachyméningite hémorrhagique interne chez l'homme et chez le chien* (Virchow's, *Archiv.*, XIII, p. 129, 1868).

(5) Magnan, *Troubles de l'intelligence et des sens*, leçon faite à l'asile des aliénés de Sainte-Anne, et publiée dans la *Revue des cours scientifiques*, nº 36, 8 mars 1873.

Ainsi donc, nous trouvons une corrélation constante entre les phénomènes observés pendant la vie et les lésions anatomiques.

Dans la phase alcoolique, si je puis m'exprimer ainsi, c'est la stéatose et l'athérome vasculaire ; puis, dans la phase de la folie paralytique, par suite de la tendance aux irritations chroniques diffuses, c'est la sclérose interstitielle diffuse qui, on le sait, constitue la caractéristique de la paralysie générale.

De tout ce qui précède, nous croyons donc pouvoir tirer les conclusions suivantes :

Conclusions :

1° Les excès alcooliques peuvent être cause de paralysie générale.

2° Le délire alcoolique apparaît tout d'abord, puis se montre une deuxième période ou période de transition qui n'est qu'un mélange des deux maladies, alcoolisme et folie paralytique.

3° Dans une troisième période, les symptômes de l'alcoolisme tendent à disparaître, marqués qu'ils sont par les signes progressivement plus apparents de la paralysie générale qui, dans certains cas, finit même par exister seule.

4° L'anatomie pathologique vient à son tour donner une explication nette et précise des phénomènes observés pendant la vie.

M. MOTTET fait un rapport sur la candidature de M. Lolliot, au titre de membre titulaire.

Messieurs, la commission que vous avez chargée de vous rendre compte des travaux que M. le docteur Lolliot vous présente à l'appui de sa candidature, m'a fait l'honneur de me confier la rédaction du rapport. J'ai accepté cette mission avec empressement. Le mémoire qui vous a été lu, et qui a pour titre : *De l'alcoolisme comme cause de paralysie générale*, soulève de nouveau une des plus intéressantes questions de la pathologie mentale. Les deux observations que M. Lolliot a recueillies sous la direction de l'un des hommes les plus compétents en matière d'alcoolisme, le docteur Magnan, ne sont pas absolument complètes, puisque l'examen anatomique n'a pas été fait ; mais, d'un autre côté, elles sont si riches de détails, la marche de la maladie a été suivie avec un tel soin, la succession des phénomènes morbides a été interprétée avec une méthode si rigoureuse, que nous ne saurions leur refuser le caractère de faits scientifiques nettement établis.

Ce n'est pas la première fois, messieurs, que les rapports de l'alcoolisme et de la paralysie générale deviennent l'objet de discussions savantes ; et je reviendrai volontiers sur le passé pour vous remettre en mémoire ce qu'ont écrit sur ce sujet des hommes d'une incontestable autorité. Le problème n'est pas si simple à résoudre, en effet, qu'il le paraît au premier abord ; les difficultés du diagnostic sont parfois grandes, et je sais plus d'un médecin qui hésite longtemps avant de se prononcer entre l'alcoolisme chronique et la paralysie générale. Je regarderai, pour ma part, comme une affirmation téméraire, celle qui, d'emblée, à première vue, prononcerait d'une manière absolue, exclusive, que le malade observé n'est pas un paralytique général, mais un alcoolique chronique. Il est vrai que l'embarras est moindre pour ceux qui n'ont pas beaucoup vu de paralytiques que pour ceux qui vivent côte à côte avec eux. Les deux affections ont tant de signes communs, que, quand on les analyse, on s'aperçoit souvent que là où on supposait une notable différence, existe une concordance parfaite, et l'on s'arrête indécis, flottant, entre le diagnostic tout entier d'œil médical, qui, pour être instinctif, est bien souvent le meilleur, et le diagnostic différentiel, raisonné, qui ne trouve pas toujours d'assises assez solides pour s'établir énergiquement.

Nous devons donc savoir gré à M. le docteur Lolliot de nous avoir exposé deux faits qui portent avec eux un enseignement : ils nous apprennent que la marche de la maladie est l'appoint le plus sûr d'un diagnostic précis ; que tel malade, alcoolique chronique jusqu'à un certain moment de la vie, peut devenir un paralytique général ; et que, si l'alcoolisme peut évoluer pendant toute la durée d'une vie humaine sans atteindre jamais à la paralysie générale, il se peut présenter des cas où cette terminaison arrive et se montre assez évidente, assez claire pour ne permettre aucun doute.

Je vous ai dit, messieurs, qu'on avait déjà beaucoup pensé, beaucoup écrit sur l'alcoolisme chronique, sur les paralysies alcooliques. Il semble qu'en nous nommant, MM. Lunier, Voisin et moi, membres d'une commission chargée de l'étude d'un mémoire sur ce sujet, vous ayez voulu savoir tout ce que nous pensions. Je ne sortirai pas des limites que m'impose le sujet lui-même, et je me bornerai à traiter cette question : l'alcoolisme chronique peut-il être cause de paralysie générale ? et M. le docteur Lolliot était-il autorisé à conclure par l'affirmative comme il l'a fait ? Permettez, pour un moment, que j'oublie que MM. Lunier et Voisin font partie de la commission, je vais parler de leurs travaux. Je leur associerai d'ailleurs MM. Lasègue, J. Falret et Magnan, et, de l'exposé de diverses opinions, je serais heureux qu'il sortît une discussion qui ne peut manquer d'être intéressante.

En 1849, M. Lunier publiait dans les *Annales médico-psychologiques* un important mémoire : *Recherches sur la paralysie générale progressive*, résumant tout ce qui avait été fait avant lui, ajoutant beaucoup aux matériaux déjà recueillis, il enrichissait son mémoire d'observations nouvelles, de considérations étiologiques, d'appréciations dont le temps a démontré la justesse. En passant, je puis dire que, pour la première fois, se trouvait formulé d'une manière précise dans ce mémoire, ce qui avait été entrevu peut-être, mais non défini par d'autres, « que l'on rencontrait souvent, dans les hôpitaux de Paris, des individus affectés d'une maladie en tout semblable à la paralysie générale dite des aliénés, et que cette paralysie générale progressive pouvait survenir sans avoir été précédée d'aliénation mentale. » Voici, à propos des excès alcooliques, ce que dit M. Lunier : « Les excès de boissons sont regardés par tous les aliénistes comme une des causes les plus fréquentes de la paralysie générale progressive ; je les ai notés, en effet, chez la plupart de nos malades. Cette cause agit d'ailleurs d'une manière indirecte en produisant des congestions cérébrales.

« L'analogie symptomatique du delirium tremens et de la paralysie générale aurait pu faire présumer, *à priori*, l'action puissante des excès alcooliques. Il y a peu de temps, un médecin aliéniste belge a décrit, sous le nom de *delirium tremens chronique* une affection qui n'est rien autre chose évidemment que la paralysie générale, encore peu connue à l'étranger. »

Et quand il apprécie le mode d'action de l'hyperémie encéphalique sur la substance même du cerveau, M. Lunier dit ceci : « Les excès alcooliques et vénériens agissent surtout en déterminant l'hyperémie cérébrale ; les congestions y déterminent la paralysie générale, lorsqu'elles sont répétées. »

Il ne manque à ces vues si justes que l'examen microscopique. Supposez que M. Lunier l'ait pu faire à l'époque où il écrivait ces lignes, il n'aurait pas aujourd'hui un mot à changer à cette phrase que je copie textuellement : « Je crois qu'on n'a pas jusqu'ici assez tenu compte du mode d'action des produits accidentellement développés dans l'encéphale. » Le rôle des hyperémies répétées est donc fixé dès 1849, et je ne pense pas forcer la pensée du docteur Lunier en disant qu'il admet comme possible l'influence de l'alcoolisme chronique sur le développement ultérieur d'une paralysie générale.

Voici une autre autorité. M. Lasègue, en 1853, analyse, dans les *Archives générales de médecine* (5e série, t. Ier), le mémoire de Magnus Huss, l'*Intoxication alcoolique chronique*, et, séduit par le sujet, il transforme cette analyse en une monographie originale, où sont envisagés surtout les rapports de l'alcoolisme chronique avec la paralysie générale ; l'étude du diagnostic différentiel est particulièrement approfondie. M. Lasègue signale toutes les obscurités, tous les embarras du début, et il est conduit, par la comparaison des phénomènes propres à chacune de ces deux affections, à cet aveu : « A mesure qu'on entre dans les délicatesses du sujet, qu'on approfondit davantage les détails, qu'on s'astreint à une plus fine comparaison, les difficultés s'accroissent. » Pour lui, l'étude des phénomènes intellectuels présente d'importantes dissemblances ; chez l'alcoolique chronique, il y a presque toujours des hallucina-

tions de la vue, l'intelligence s'affaiblit, s'émousse, mais la sensibilité est modifiée moins profondément ; il n'a ni l'indifférence, ni surtout l'entendement du paralytique qui, lui, pèche plutôt par un excès d'activité suivi d'un engourdissement absolu.

Quant aux signes physiques, on les trouve bien souvent les mêmes dans les deux affections. Le bégaiement, chez l'alcoolique comme chez le paralytique, peut être continu ou intermittent, s'exagérer ou disparaître sous l'influence d'un effort soutenu de l'attention ou d'une excitation un peu vive ; le tremblement du moins est le même, mais il ne s'accompagne pas, dans la paralysie, d'un affaiblissement musculaire qui ne manque jamais dans l'alcoolisme. La motilité des membres inférieurs est compromise dans les deux cas, mais pas sous la même forme. Chez les buveurs, la débilité musculaire complique l'incertitude de la marche ; les paralytiques semblent obéir à une série d'impulsions spasmodiques et conservent, quand ils peuvent la régler, toute l'énergie contractile de leurs muscles.

Les fonctions générales sont amoindries chez les uns et chez les autres, mais peut-être constate-t-on plus souvent dans la paralysie le retour d'appétits sexuels, qui ne peuvent pas vaincre l'impuissance.

J'ai cité, messieurs, presque textuellement. Vous trouvez dans cette description des différences qui semblent assez nettement accusées ; et cependant après les avoir ainsi établies, M. Lasègue termine par deux observations, dont la première surtout est du plus haut intérêt. Un garçon limonadier, âgé de trente-huit ans, éprouve une vive contrariété en perdant sa place ; les premiers accidents surviennent, marchent assez rapidement pendant deux mois sans avoir d'autres caractères cependant que ceux de l'alcoolisme. Après cinq mois, la parole est hésitante, la mémoire se perd ; les hallucinations de la vue, surtout la nuit, persistent. Puis l'intelligence s'affaiblit de plus en plus dans les mois suivants, et les symptômes de la paralysie générale se confirment.

Ne trouvez-vous pas là encore la démonstration du passage de l'alcoolisme à la paralysie générale ?

La même année, M. Jules Falret reprenait dans sa thèse inaugurale toute cette question de diagnostic différentiel, avec plus de développements encore que ne l'avait fait M. Lasègue, mais sans pouvoir toutefois établir que, ce qu'il appelait les paralysies alcooliques, puisse être toujours distingué de la paralysie générale proprement dite. « Pour comprendre, dit-il, combien il est facile dans la pratique de confondre les paralysies alcooliques avec la paralysie générale des aliénés, surtout débutant sans délire, il suffit d'avoir observé quelques cas de paralysie alcoolique. Je cite, à la fin de cette thèse, trois exemples qui me semblent plus propres à faire ressortir les analogies et les différences que toutes les réflexions auxquelles je pourrais me livrer. Lorsqu'on a parcouru d'ailleurs les nombreuses observations consignées dans l'ouvrage du docteur M. Huss, on est facilement convaincu des analogies qui existent entre ces paralysies et la paralysie des aliénés, surtout au début. »

Or, messieurs, les trois observations de M. J. Falret, le savant le plus consciencieux, le plus attentif, rapprochées des observations de M. le docteur Lolliot, offrent de frappantes analogies. Mais elles sont incomplètes, elles s'arrêtent à ce que j'appellerais une période de rémission dans la maladie ; l'alcoolique, revenu à un état meilleur, a pu sortir de l'asile, et on l'a perdu de vue ; le diagnostic de paralysie générale n'était pas autorisé à ce moment, pas plus qu'il ne l'eût été pour M. Lolliot aux premières sorties de ses deux malades. Il a fallu un concours de circonstances heureuses pour qu'il fût permis de conclure d'une manière certaine. J'insiste sur ce fait de la nécessité de l'observation prolongée, car je vais trouver dans notre collègue M. A. Voisin une opinion non pas contraire, mais moins affirmative que la nôtre.

En 1861, M. A. Voisin présentait à la Société médico-psychologique un travail considérable sur l'état mental dans l'alcoolisme aigu et chronique. Je n'ai pas besoin, messieurs, de vous affirmer les qualités de ce travail auquel M. Jules Falret rendit la justice qui lui était due ; de nombreuses observations, des autopsies faites avec le plus grand soin, permettaient à M. Voisin d'écrire ces mots : « L'état des méninges et du cervelet me fait croire que l'abrutissement, l'hébétude des ivrognes sont produits par de l'hydropisie des méninges et l'induration de la pulpe cérébrale, celle-ci résultant d'une sorte de macération alcoolique. »

Rien n'est plus exclusif de la paralysie générale. Mais M. Voisin était trop habitué déjà à vivre avec les aliénés pour ne pas pressentir que, si l'alcoolisme chronique pouvait jusqu'à la mort conserver, dans bon nombre de cas, ses caractères propres sans conduire à la paralysie générale, il pouvait bien aussi se présenter des cas dans lesquels le passage de l'un à l'autre était facile : « Quoi de plus étendu, dit-il, que l'action de l'alcool sur la pulpe cérébrale, et l'hyperémie aiguë et chronique, les épanchements séreux ainsi que les exsudats que l'impression toxique amène à sa suite ? Je ne suis pas étonné de rencontrer chez les alcoolisés chroniques des symptômes analogues à ceux des paralysés généraux, parce que ce sont deux affections similaires sous beaucoup de rapports, se traduisant toutes deux par des poussées congestives, et tendant à l'envahissement de toute la surface du cerveau et de ses enveloppes par des manifestations souvent analogues. » Et, nous faisant à ce sujet l'honneur de nous citer, M. Voisin reconnaissait que si les observations de M. Brunet et les nôtres présentaient avec les siennes une légère différence au point de vue de la terminaison de l'alcoolisme, qui avait abouti aux lésions de la paralysie générale, la chose cependant n'était pas absolument rare, et qu'il en fallait trouver la cause dans l'influence des excès alcooliques sur les congestions répétées et la désorganisation des centres nerveux.

Nous avions, en effet, messieurs, émis cette opinion en 1859, et nous n'en avons pas changé depuis que, dans bien des cas, surtout dans ceux que nous avions observés, il ne fallait pas considérer les excès alcooliques comme venant s'ajouter à d'autres causes dans la production de la paralysie générale, mais bien les prendre pour ce qu'ils étaient en réalité, la cause certaine de la maladie ; nous n'hésitions pas à dire qu'ils provoquaient le retour des congestions cérébrales et qu'elles favorisaient à leur tour la désorganisation des centres nerveux. Nous nous en tenions alors à l'observation clinique, à l'interprétation rationnelle des faits observés ; nous n'avions pas demandé la démonstration au microscope. M. le docteur Magnan nous l'a depuis apportée.

Ce n'est pas, messieurs, une de ces démonstrations subtiles qu'on ait le droit de contester ; c'est l'étude d'un processus morbide patiemment suivi dans son évolution ; c'est une affirmation rigoureuse pour la pathologie cérébrale, d'un fait que l'œil et la main avaient pu sans difficultés suivre dans d'autres organes. Voici, messieurs, ce qui se passe, je reproduis textuellement l'opinion émise par M. Magnan dans ses cours :

« ... Dans cette période chronique de l'empoisonnement, il intervient un nouvel élément, la graine est la même, mais le terrain est différent. L'alcool a déjà fait de l'individu un autre individu. Ce n'est pas en vain que l'alcoolique s'est soumis à l'action constante du poison, celui-ci a édifié peu à peu son œuvre. A la longue, on ne voit plus seulement des troubles fonctionnels, des modifications passagères, ne laissant comme traces de leur passage qu'un léger malaise ; une action plus profonde s'est produite, la nutrition s'est altérée dans tous les organes, tous les systèmes, tous les tissus ; la cellule elle-même vit d'une autre vie. Sous l'influence de l'alcool, un double processus s'est développé ; l'organisme dans son entier a été frappé, comme on l'a dit, d'une vieillesse précoce, et a subi la dégénérescence graisseuse ; mais la stéatose n'est pas seule ; avec elle se produit une tendance aux irritations diffuses chroniques, double processus (sclérose et stéatose), qui devient la caractéristique de l'alcoolisme chronique, selon la prédominance dans les centres nerveux de l'une ou de l'autre de ces lésions, nous voyons l'alcoolique chronique marcher vers la démence (stéatose et athérome) ou vers la paralysie générale (sclérose interstitielle diffuse). Ces altérations organiques, d'ailleurs, se présentent avec les mêmes caractères dans les muscles, les glandes, et pour le foie en particulier,

on sait que la cirrhose ou la dégénérescence graisseuse sont l'apanage de l'alcoolisme chronique.

Le travail que M. le docteur Lolliot vous a soumis est la démonstration clinique la plus complète que nous connaissions de ce fait pathologique. Vous avez pu suivre, peu à peu, pour ainsi dire, la marche de la lésion, vous avez vu combien peut être lente l'évolution du processus morbide, et l'interprétation de M. Magnan vous fait comprendre comment et pourquoi le diagnostic peut être longtemps suspendu, longtemps discuté; les dissidences mêmes peuvent rester légitimes, tant que la marche de la maladie ne vient pas elle-même éclairer des obscurités devant lesquelles s'arrête l'attention la plus soutenue. J'espère, messieurs, que vous accepterez désormais comme vraie cette opinion que si, tous les alcooliques chroniques ne deviennent pas des paralytiques généraux, l'alcoolisme chronique peut du moins, pour un bon nombre de cas, être considéré comme la cause première de la paralysie générale.

J'aurais pu multiplier encore les citations, vous rapporter les opinions de Marié, de Contesse, de Lancereaux, d'Alf. Fournier; elles n'auraient pas mieux établi ces deux terminaisons possibles de l'alcoolisme : la démence, la paralysie générale. Que de questions resteraient encore à traiter. Messieurs, c'est le devoir de votre commission de vous inviter à une discussion où chacun pourra nous apporter le résultat de son expérience, de ses recherches. Nous n'avons pas cru devoir les aborder toutes; nous avions moins à élucider un point de pathologie qu'à apprécier les qualités du travail qui vous était soumis.

Il nous semble que nous pouvons féliciter M. le docteur Lolliot de son travail; le choix du sujet nous prouve qu'il a l'habitude de ces hautes questions de pathologie, où se complaisent les médecins laborieux et instruits. L'œuvre inédite, dont il vous a réservé les prémices, n'était pas d'ailleurs la seule qui le recommandât à vos suffrages. Sa thèse inaugurale, *Étude physiologique et application thérapeutique de l'arsenic*, lui a valu, en 1869, une des médailles d'argent de la Faculté. Vous rappeler cette distinction, c'est suppléer par un éloge à une analyse dont les développements nous entraîneraient encore un peu loin. Votre commission, messieurs, est unanime à vous proposer d'accorder à M. le docteur Lolliot, ancien interne des hôpitaux, le titre de membre titulaire de la Société de médecine de Paris, c'est un honneur dont il est digne.

(A suivre.)

CORRESPONDANCE

A M. le Dr E. Le Sourd, directeur de la Gazette des Hôpitaux.

Monsieur et très-honoré confrère,

La discussion qui a eu lieu récemment à l'Académie de médecine, au sujet de pièces pathologiques présentées par M. Demarquay (séance du 26 août), m'a paru donner un certain intérêt d'actualité à un fait de mort subite par embolie pulmonaire, que j'ai recueilli, en 1867, à l'hôtel des Invalides.

Je vous l'adresse, sans commentaires, tel que je le trouve dans mes notes. Si vous jugez opportun de l'insérer dans votre estimable journal, il viendra d'autant mieux à son heure qu'il rentre dans la catégorie des faits auxquels MM. Briquet et Larrey ont fait allusion dans le cours de la discussion.

J... (Louis), soldat infirmier, vingt-deux ans, bonne constitution, employé depuis quelque temps à l'hôtel des Invalides à des travaux de jardinage, entre à l'infirmerie le 26 février, dans le service de M. le médecin principal Quesnoy, pour un gonflement œdémateux de la jambe gauche : coloration normale, œdème dur, douleurs sourdes dans le mollet. Cet état remontait à trois jours. Repos au lit, la jambe étendue sur un plan supérieur au reste du corps. Ces symptômes sont attribués à une inflammation légère de varices profondes. Dès le lendemain, l'empâtement et le gonflement commençaient à diminuer; le malade ne souffrait plus.

Le 28, on sent, dans le jarret, un cordon dur, légèrement douloureux à la pression; l'état général est satisfaisant. Pourtant le malade est pâle et se plaint de faiblesse. — Vin de quinquina.

Le 3 mars, plus de trace de gonflement. Le cordon du creux poplité existe toujours, et on le retrouve dans la région crurale.

Malgré la prescription des médecins traitants, le malade, dont l'appétit est excellent et qui se trouve bien, se lève dans la journée et le gonflement de la jambe avait reparu dès le soir.

Quelques jours de repos complet avaient ramené le membre à son état normal, et le malade se trouvait très bien à la visite du 7 mars.

A une heure et demi du soir, me trouvant de garde ce jour-là, je suis appelé en toute hâte près de ce malade, que je trouve assis sur son lit, suffocant, avec la respiration anxieuse et précipitée et le visage pâle. Il avait mangé comme d'habitude la demi-portion à son repas du matin, et venait d'être pris subitement des accidents que je signale. La connaissance est parfaite; il répond aux questions que je lui pose. Pouls presque insensible; battements du cœur précipités et tumultueux.

Je lui fais frictionner la région précordiale; j'applique des sinapismes sur la poitrine. Il avale quelques cuillerées d'une potion éthérée.

Au bout de dix minutes, il perd connaissance; ses yeux se convulsent en haut, la respiration, restant anxieuse, se ralentit, puis se suspend. Deux inspirations plus profondes, à près d'une minute d'intervalle, marquent son dernier signe de vie. Le cœur s'était arrêté déjà.

Voici les résultats de l'autopsie que je pratiquai, quarante-trois heures après la mort, avec le concours de mon ami M. le docteur Dieu, actuellement médecin-major à la garde républicaine.

Le corps est à l'état de rigidité cadavérique.

Jambe gauche. — A peine plus volumineuse que la droite. En incisant et en disséquant la peau, on trouve le tissu cellulaire sous-cutané de couleur lie de vin, et présentant une arborisation considérable due au développement des veinules qui rampent dans son épaisseur.

Les saphènes sont gorgées de sang, mais leur calibre est normal. Les muscles ont une coloration beaucoup plus foncée que ceux de l'autre jambe. Quand on les incise, on voit sur la surface de la coupe une quantité considérable de gouttelettes de sang noir sourdre des orifices de section d'une foule de petits vaisseaux veineux, qu'on aperçoit considérablement dilatés, en raclant le sang avec le dos d'un scalpel.

Nous avons trouvé, dans les jumeaux et le soléaire, de petites veines dilatées, dont le calibre dépassait celui des artères radiales. Un grand nombre de veinules étaient oblitérées par un caillot noirâtre, qui se présentait à la coupe comme une matière à injection noire solidifiée. Rien de semblable dans les muscles de la région antérieure.

La veine poplitée offre l'aspect d'un gros cordon dur et résistant au toucher. Le toucher cellulaire qui l'entoure est infiltré de sérosité. En ouvrant la veine, on voit qu'elle est complétement oblitérée par un caillot sanguin tellement adhérent à la paroi du vaisseau qu'il est impossible de le détacher sans le déchirer. Ce caillot n'est pas homogène, il est formé de couches diversement colorées, qu'avec un peu de précaution on peut enlever feuillet par feuillet. Au point de vue de la coloration, ces couches forment trois zones concentriques assez régulières dans toute l'étendue du caillot : une première, d'un noir foncé, adhérente aux parois vasculaires; une seconde, plus centrale, beaucoup moins colorée, rouge et même par place rose; enfin une troisième, plus centrale encore, d'une coloration noirâtre comme la première. Cette dernière couche est diffluente, les autres sont fermes et fibrineuses; de sorte qu'à part sa portion centrale, le caillot est formé de feuillets denses qui se séparent facilement les uns des autres, mais qui se désagrégent difficilement.

Du côté de la jambe, ce caillot se prolonge dans les veines

tibiales postérieures et péronières jusqu'à l'extrémité inférieure du membre. Du côté de la cuisse, il remonte jusque près de l'arcade crurale; mais il présente cette double particularité qu'à partir de l'embouchure dans la crurale de la veine saphène interne, dans une étendue de 2 centimètres environ, il n'est plus adhérent à la paroi, dont il est séparé par un peu de sang liquide; l'extrémité de ce long caillot flotte librement dans la cavité du vaisseau; de plus, il ne présente plus dans son épaisseur de coloration noir foncé.

En disséquant et en ouvrant les veines tibiales antérieures, on ne trouve ni dilatation anormale, ni de semblables sécrétions sanguines; seulement, à des distances inégales, en général au-dessus des valvules, nous observons des filaments allongés de sang noirâtre coagulé, adhérents par places aux parois des veines, et flottants comme des fils pour le reste dans leur cavité.

Jambe droite. — Rien à noter.

Nos recherches se sont ensuite portées du côté de la poitrine. Nous avons ouvert *le cœur* : le ventricule gauche et les oreillettes étaient vides. Dans le ventricule droit, nous avons trouvé un caillot complétement libre, long de 4 centimètres, cylindrique, à surface lisse, à peu près de la grosseur du petit doigt et offrant tout à fait le même aspect et la même composition que la partie libre du caillot de la veine crurale, dont nous l'avons rapproché.

L'orifice de l'artère pulmonaire est complétement oblitéré par un caillot volumineux, dont une extrémité flotte librement dans l'intérieur du ventricule. Ce caillot se continue dans les ramifications de l'artère pulmonaire, où sa coloration est d'un noir plus foncé qu'à son extrémité flottante; mais tandis qu'on le trouve jusque dans les dernières ramifications appréciables de l'artère pulmonaire gauche, il ne dépasse pas dans celle de droite les branches de troisième ordre. Ce caillot n'est nullement adhérent; il suffirait d'une légère traction pour en faire sortir des longueurs assez considérables des diverses branches artérielles.

Le poumon gauche présente une coloration foncée, lie de vin; à la coupe, la surface de section présente, dans une étendue de quelques millimètres près des bords, une coloration rouge, et plus profondément une couleur noire; on voit sourdre par une multitude d'orifices du sang noir, poisseux, sans mélange de sérosité; le poumon surnage.

Le poumon droit est d'un volume moindre, et d'une coloration rougeâtre bien moins foncée que le gauche. La surface de section est rouge; il ne sort que peu de sang; le lobe supérieur est d'un aspect presque normal.

La plèvre droite, aussi bien pariétale que viscérale, est recouverte d'une quantité considérable de granulations tuberculeuses.

Nous en avons également trouvé dans le péritoine, surtout dans les portions tapissant le diaphragme et la rate.

Dans les deux tiers inférieurs de la plèvre droite, épanchement assez considérable de sérosité louche : rien dans la plèvre gauche.

Le foie est très-congestionné, livide à sa surface; l'épanchement pleural le repoussait au dessous du rebord des fausses côtes.

La rate et les vaisseaux veineux qui en émergent sont gorgés de sang.

L'estomac est rempli d'aliments solides et liquides.

Les reins sont normaux.

Tel est le fait qu'il m'a été donné d'observer, auquel on pourrait, ce me semble, donner pour titre : *Phlébite adhésive des veines du membre inférieur gauche; embolie pulmonaire; mort subite.*

Veuillez agréer, monsieur et très-honoré confrère, l'expression de mes sentiments très-dévoués,

Dr A. FAUCON,
Ex-médecin-major de l'armée.

Amiens, le 4 septembre 1873.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Hôpitaux de Paris. — Le concours pour l'Externat s'ouvrira le 6 octobre, à quatre heures précises, dans l'amphithéâtre de l'administration, 3, avenue Victoria. Le registre d'inscription restera ouvert, de onze heures à trois heures, jusqu'au 22 septembre inclusivement, les jours de dimanche et fêtes exceptés.

En raison de l'appel des volontaires d'un an, fixé au 1er novembre prochain, les candidats qui justifieront de leur engagement conditionnel seront admis, par exception, à subir consécutivement les deux épreuves réglementaires dès l'ouverture du concours.

— A céder, dans un quartier populeux de Paris, une clientèle médicale rapportant 10,000 francs. S'adresser au bureau du journal.

— A céder immédiatement, clientèle médicale à Paris. — Produit de 1872 : 17,500. — S'adresser au bureau du journal.

Le Directeur : Dr E. LE SOURD.

Paris. — Typographie A. POUGIN, quai Voltaire, 13.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

Le prix d'abonnement
doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois

La Lancette française

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Bureaux : 57, rue des Saints-Pères, 57
PRÈS L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

On s'abonne hors de Paris
dans les bureaux des Messageries et chez les Libraires
Les lettres non affranchies sont refusées.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte, du 10 octobre 1853, a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui n'en peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS
Trois mois. . 8 fr. 50 c.
Six mois. . . 16 —
Un an. . . . 30 —

POUR L'ÉTRANGER
le port en sus
suivant les derniers tarifs des Postes.

Paris, le 15 septembre 1873.

SÉANCE DE L'ACADÉMIE DES SCIENCES

Dans ses précédentes notes, M. P. Bert avait prouvé : 1° que, lorsque l'oxygène arrive chez un chien à la quantité de 28 à 30 volumes pour 100 de sang artériel, l'animal est pris de convulsions qui deviennent mortelles à la dose de 35 volumes environ ; 2° que ces convulsions, si varié qu'en soit le type, proviennent d'une excitation directe de la moelle, comme le montrent leur cessation sous l'influence des anesthésiques, et leur non apparition dans un membre dont le nerf moteur a été préalablement coupé. Restait à déterminer la cause intime des accidents qui surviennent chez les animaux sous l'influence de l'air fortement comprimé, et c'est ce que M. Bert s'est proposé de dire dans cette nouvelle note.

M. Bert ne pense pas qu'on puisse comparer l'oxygène à un poison du système nerveux, à la strychnine, par exemple, parce que dans ses expériences, la température de l'animal s'abaisse de quelques degrés dès le début de l'attaque convulsive. Cet abaissement de la température est l'expression d'une altération profonde des actes intimes de la nutrition, qui n'a pas lieu dans les empoisonnements par les substances convulsivantes. Pour M. Bert, les convulsions à la suite de l'intoxication par l'oxygène, ne sont qu'un épiphénomène, une manifestation, par la moelle épinière, du trouble général de l'organisme ; le sang ne serait, pour l'oxygène comme pour les autres toxiques, qu'un intermédiaire portant le poison aux tissus. Quant à la nature générale de l'altération des phénomènes nutritifs sous l'influence de l'excès d'oxygène imprégnant les tissus, elle résulterait, d'après l'auteur, d'une diminution dans l'intensité des phénomènes d'oxydation. C'est ainsi que chez les chiens qui viennent d'avoir les convulsions provoquées par l'oxygène, l'acide carbonique et l'urée diminuent dans des proportions considérables.

De l'étude qu'il a faite, depuis huit ans, de cinquante et un malades présentant tous les symptômes plus ou moins accusés de l'affection désignée sous les noms d'*asthme d'été*, fièvre de foin (*hay asthma, hay fever* des Anglais), M. E. Decaisne croit pouvoir tirer les conclusions suivantes :

« 1° Cette affection attaque indifféremment les individus qui font la récolte du foin et ceux qui restent complétement étrangers à ce genre de travail, ceux qui sont exposés aux émanations des plantes fourragères et ceux qui en sont préservés. En un mot, sans vouloir nier absolument chez un certain nombre de sujets l'influence, dans une certaine mesure, des poussières ou émanations des plantes fourragères comme cause aggravante des accidents, elles ne jouent là, pour moi, qu'un rôle secondaire.

« 2° L'ensemble des symptômes de cette maladie se montre en toute saison, à la suite d'insolation et de refroidissements, le corps étant en sueur, et, en particulier, chez les emphysémateux exposés ou non à des poussières ou à des irritations irritantes.

« 3° La périodicité annuelle, dont on a voulu faire un des caractères de la maladie, ne me paraît pas prouvée, la plupart des malades que j'ai observés restant pendant plusieurs années indemnes de tous accidents.

« 4° Quant à la dyspnée, qu'on regarde en général comme un signe pathognomonique de l'asthme de foin, elle n'est, pour moi comme pour quelques auteurs, que l'extension plus ou moins accentuée de l'irritation qui affecte la conjonctive et la muqueuse nasale et pharyngée, comme cela arrive à des degrés divers dans la grippe sans qu'il soit permis de voir là une variété de l'asthme idiopathique.

« 5° Je pense que l'affection désignée sous les noms d'asthme d'été, catarrhe d'été, fièvre de foin (*hay fever*, Summer, catarrhe des Anglais), doit être regardée comme une fièvre catarrhale, influencée et modifiée dans ses causes multiples, dans sa marche et selon les aptitudes individuelles par les conditions atmosphériques qui produisent les affections aiguës des bronches.

6° « Enfin, j'estime que l'asthme dit d'*été* doit être rayé du cadre nosologique comme entité morbide. »

Trois vers cestoïdes peuvent vivre en parasites dans l'intestin de l'homme : le *tænia solium*, le *bothriocephalus latus* et le *tænia mediocanellata*, longtemps confondu avec le *tænia solium*. M. Kuchenmester, en 1853, distingua définitivement le *tænia solium* du *tænia mediocanellata* en constatant que la tête de ce dernier est *inerme*, dépourvue de crochets. Depuis les expériences de Leukart, il est à peu près certain que le *tænia mediocanellata* est produit par la viande de bœuf ou de veau. Dans le but d'éclairer cette question un peu obscure, M. Saint-Cyr a repris les expériences de Leukart. Après avoir fait prendre à un veau de quatre semaines quarante anneaux provenant d'un *tænia mediocanellata* le 2 avril, il constata, dès le 21, une granulation à la face inférieure de la langue, près du frein, et offrant, sous de moindres dimensions, tous les caractères du grain ladrique ; cette

granulation s'accrut jusqu'au 20 mai, jour où ce veau fut abattu.

« A l'autopsie, dit M. Saint-Cyr, on trouva vingt cysticerques, disséminés çà et là dans le tissu conjonctif; savoir : deux sous la muqueuse linguale ; six le long de l'œsophage, dans la portion cervicale, et les autres dans le tissu conjonctif péritonéal.

« Le ver, entouré de son kyste celluleux, avait à peu près les dimensions d'une petite cerise. Dépouillé de son kyste, qui est assez épais et résistant, il n'a plus que le volume d'un petit pois ou de l'amende du noyau de la cerise. Sa forme est régulièrement sphérique et non ovale comme celle du cysticerque celluleux du porc. Il est formé d'une membrane propre très-fine, très-transparente, remplie d'un liquide très-limpide. Sur un des points de la surface, existe une petite tache blanche, opaque, percée d'un très-petit pertuis. C'est sur ce point que la tête du cysticerque est fixée et invaginée en dedans de la vésicule. Voici ses caractères : tête sensiblement tétragonale comme tronquée presque carrément à sa partie antérieure. Absence complète de rostellum et de crochets, quatre ventouses très-régulièrement rondes, épaisses et presque terminales ; dimension de la tête dans la plus grande largeur : $1^{mm},20$; diamètre de la vésicule entière : 3 millimètres..... Ce cysticerque est spécifiquement différent de celui qui vit chez le porc et qui produit le *tœnia solium*. Il en diffère par son volume beaucoup moindre, par la forme sphérique de sa vésicule, et surtout par la tête, qui est tronquée, tétragonale et dépourvue de crochets. »

ÉCOLE PRATIQUE. — M. Legrand du Saulle.

De la folie héréditaire (1).

III

Quelques excentriques se refusent absolument à toucher certains objets, la monnaie d'or ou d'argent par exemple, de peur de contracter des maladies inconnues. Morel a connu un magistrat excentrique héréditaire qui n'ouvrait jamais une porte sans envelopper ses mains dans le pan de son habit. C'est à ces cas que M. J. Falret a donné le nom d'*aliénation partielle avec prédominance de la crainte du contact des objets extérieurs*, dénomination qu'il ne faut pas, je crois, conserver en nosologie ; car si l'on forme un groupe spécial des cas dans lesquels le symptôme le plus saillant sera la crainte des objets extérieurs, il n'y a pas de raison pour qu'on ne consacre pas aussi, par une dénomination spéciale, toutes les variétés d'actes excentriques que peuvent commettre les héréditaires.

Ces actes se reproduisent quelquefois avec une extraordinaire ténacité pendant de longues années. Il y a là une fixité des actes délirants analogue à celle que nous avons déjà observée pour les idées délirantes. Une héréditaire, dont M. Trélat rapporte l'observation, raisonne avec justesse. Elle est toujours calme et tranquille. La seule chose qui paraisse extraordinaire dans sa vie, c'est qu'elle néglige les soins de son ménage pour rester seule enfermée dans sa chambre, pendant plusieurs heures tous les jours et pendant une grande partie de la nuit. Durant plusieurs années, on ignora complétement à quoi elle employait son temps, et l'on n'en eut l'explication que le jour où l'on pénétra dans ses appartements pendant qu'elle était atteinte d'une maladie aiguë assez grave. Toutes ses armoires étaient pleines de petits paquets de papier soigneusement pliés et étiquetés. Cette femme passait tout son temps à des soins intimes de toilette, et elle enfermait tous ses détritus corporels ! Chaque pile de paquets contenait un produit spécial. Ici se trouvait le cérumen ; là, la crasse enlevée au-dessous des ongles. Il y avait une pile de paquets pour le mucus nasal concrété, une autre pour la crasse de chaque orteil, une autre pour les malpropretés enlevées par le peigne. Chaque paquet portait une étiquette sur laquelle était notée la nature du produit contenu et la date où il avait été recueilli.

D'autres héréditaires sont très-remuants. Toujours en mouvement, toujours agités, toujours en activité, ils n'ont l'apparence du calme que pendant leur sommeil. Je dis l'apparence, car, même pendant le sommeil, des rêves continuels maintiennent en permanence l'activité maladive de leur esprit. Ils ne peuvent tenir en place, s'agitent, gesticulent et éprouvent souvent un besoin instinctif de locomotion. L'une de ces malades, dont M. Trélat a parlé, travaille incessamment avec une étonnante activité. Pendant un an environ, elle s'occupe de travaux d'aiguille avec une ardeur incroyable. Au bout de ce temps, ces travaux sont trop paisibles pour assouvir son besoin instinctif de mouvement. Elle se livre alors au balayage et au nettoyage des cours de l'hospice. Pour n'être point gênée dans ses mouvements, elle ne garde que sa chemise, et, du matin au soir, court chercher de l'eau aux fontaines, la répand à profusion dans les cours, lave les pavés, balaye les corridors, ne s'interrompant de son travail que pendant le temps qui lui est strictement nécessaire pour prendre ses repas. Cette activité dévorante dure environ deux ou trois ans. Après arrive une nouvelle période de calme relatif, pendant laquelle la malade reprend ses travaux de couture.

Chez d'autres héréditaires, le besoin de mouvement se traduit par des voyages continuels. A peine sont-ils dans une ville qu'ils veulent aller dans une autre. Ils dépensent ainsi toute leur fortune en voyages inutiles, et parcourent la France ou même l'Europe dans tous les sens, uniquement pour le plaisir de se déplacer.

Malheureusement les actes délirants des héréditaires ne sont pas toujours aussi innocents que ceux que nous venons de mentionner. Rien n'est plus fréquent que d'observer chez eux des tendances instinctives vers le mal sous toutes ses formes. Cette perversité des instincts se manifeste quelquefois dès les plus tendres années. Les jeunes héréditaires sont souvent d'une cruauté épouvantable ; ils martyrisent les animaux, les écorchent vifs, les brûlent, et contemplent avec joie leur agonie et leurs souffrances. Ils prennent plaisir à frapper leurs jeunes camarades et à leur faire subir toutes les méchancetés qu'ils peuvent imaginer. En grandissant, ils portent dans le commerce de la vie les mêmes tendances vers le mal : ils forment la variété des fous héréditaires méchants.

Les méchants sont au moins aussi nombreux que les excentriques, mais ils sont beaucoup plus dangereux. Véritables monstres moraux, ils sont possédés par le génie de la méchanceté. Toute leur activité intellectuelle est concentrée vers un but unique : faire du mal. Aucune conception délirante ne les pousse, aucune hallucination ne les provoque. Ils font le mal pour le mal ; ils sont instinctivement méchants. Un penchant irrésistible les entraîne.

Ils professent des sentiments de misanthropie outrée : ils détestent et méprisent l'humanité entière. Ils font avec cynisme

(1) Suite. — Voir les numéros des 15, 17, 24, 31 juillet, 5, 14, 16-19, 26 août, 2 et 9 septembre 1873.

l'apologie du vice; déclarent hautement qu'ils ne croient pas à la vertu, et soutiennent avec ostentation les théories les plus immorales, les plus attentatoires à la dignité humaine et à l'ordre social. Quelques exemples vont démontrer combien ces malades sont dangereux pour les personnes avec lesquelles ils sont en relation.

Une femme B..., fille et petite-fille d'aliénés, s'est rendue tellement insupportable par ses méchancetés, qu'on a été forcé de la placer à la Salpêtrière. Sa méchanceté est périodique. Pendant les périodes de calme, elle est assez tranquille et on peut l'employer dans les salles, où elle rend quelques services. Mais pendant ses périodes d'agitation, elle passe tout son temps à préparer et à exécuter des vols et des actes pervers de toutes sortes. Elle organise des complots, calomnie tout le monde, cherche à compromettre le médecin de l'hospice en racontant à ses compagnes qu'elle est mariée avec lui, mais que de grands intérêts obligent à tenir cette union secrète.

Pariset fut chargé, pendant un certain temps, de la direction du service où était enfermée cette malade. Il avait l'habitude de prendre, le matin, avant sa visite, une tasse de café au lait. La femme B... pénètre un jour dans son cabinet, au moment où il prenait son déjeuner habituel; elle s'approche hypocritement, et, s'emparant brusquement de la tasse encore pleine, elle en renverse tout le contenu sur la tête de Pariset.

Une autre fois, elle fend avec soin tous ses vêtements par derrière, et, profitant du moment où elle marche devant le médecin, suivi de ses élèves et des surveillantes du service, elle expose en riant sa nudité à tous les yeux.

On emploie souvent dans les services de femmes un vêtement spécial qui forme, tout d'une pièce, camisole et pantalon; les malades ne peuvent ainsi se découvrir ou relever leurs jupons devant tout le monde. La femme B... souille un jour toute la partie intérieure d'un de ces vêtements avec des matières fécales, puis l'endosse, et, non contente de répandre autour d'elle une odeur repoussante, dont on ne reconnut pas tout d'abord l'origine, elle faisait tous ses efforts pour se frotter contre les médecins, les élèves, les surveillantes, et salir leurs habits.

Enfin, toute sa vie, elle ne cessa d'imaginer et d'accomplir des méchancetés, les unes puériles et sans importance, les autres plus graves, quelques-unes même dangereuses.

Cette femme a eu une fille dont l'observation est plus curieuse encore. Très-intelligente, extrêmement instruite, elle va, pendant les périodes de calme, offrir ses services dans les maisons d'éducation où elle se rend très utile, mène une vie très-régulière, et s'occupe avec activité de ses élèves; puis, tout à coup, la scène change; elle quitte alors son travail, se livre à la débauche, au vagabondage, au vol, à l'ivrognerie; elle entre dans des maisons de prostitution et se vautre dans le vice, jusqu'à ce que, la période d'excitation passée, elle reprenne sa vie régulière, ses habitudes morales et ses studieuses occupations. (*Folie lucide*, par M. Trélat, Obs. LXXIV.)

Une autre malade, appartenant à une famille dont plusieurs membres sont aliénés, commet également des actes de méchanceté intermittente. Enfant, elle présentait déjà cette cruauté native et instinctive qu'il est si fréquent d'observer chez les jeunes héréditaires. Elle cherchait, quand on ne la voyait pas, à faire du mal aux autres enfants de son âge. Ces mêmes dispositions, croissant avec l'âge, elle fit le malheur de tous ceux qui furent obligés de vivre près d'elle. Active, laborieuse, intelligente, elle est toujours occupée à coudre; mais, un mois sur deux, elle est méchante, insupportable, quelquefois même nuisible et dangereuse. Elle déchire les rideaux, les couvertures, etc., souille l'ouvrage de ses voisines, pique, pince, pousse ses compagnes, et accuse toujours d'autres personnes d'avoir commis ces méfaits. Elle est toujours parfaitement lucide, raisonne avec justesse, et même, dans ses accès de méchanceté, conserve les apparences du calme le plus profond.

Vous comprenez combien de malheurs doivent causer ces malades lorsqu'ils sont méconnus et qu'ils vivent dans les conditions ordinaires de l'existence sociale! Ils jettent partout le trouble et la division, ne prennent en main les intérêts des autres que pour les compromettre et n'interviennent jamais que pour nuire. Possédant parfois un certain empire sur eux mêmes, ces êtres malfaisants peuvent souvent se faire violence pendant un certain temps, cacher leurs défauts au public et réserver leurs caprices et leurs cruautés pour les personnes de leur famille, qui sont alors obligées de subir en silence un martyre continuel.

(*A suivre.*)

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 9 juillet 1873. — Présidence de M. Maurice Perrin.

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

CORRESPONDANCE

La correspondance comprend :

La *Gazette des Hôpitaux*; — l'*Union médicale*; — la *Gazette hebdomadaire*; — la *France médicale*; — le *Progrès médical*; — le *Mouvement médical*; — la *Tribune médicale*; — la *Gazette obstétricale*; — le *Bordeaux médical*; — le *Journal médical de la Mayenne*; — le *Lyon médical*; — *The sanitarion*, n° IV.

M. Rizzoli, membre correspondant, adresse une brochure intitulée : *Cancroïde de la région épigastrique comprenant le péritoine, enlèvement de la tumeur; guérison.*

M. le docteur Bitot (de Bordeaux) adresse un mémoire imprimé sur *le cathétérisme forcé modifié ou cathétérisme rigide.*

M. de Saint-Germain lit le travail suivant :

Note sur un nouveau procédé de laryngotomie.—J'ai l'honneur de présenter à la Société un procédé nouveau, je crois, de créer une ouverture artificielle dans les voies aériennes.

Depuis mon entrée à l'hôpital des Enfants-Malades, j'ai eu occasion de voir et de pratiquer moi-même quelques trachéotomies, et j'avoue que dans l'un et dans l'autre cas j'ai été peu satisfait de l'opération en elle-même, soit que son procédé par la méthode classique, c'est-à-dire par la longue incision, la dissection lente de la trachée, soit qu'on employât la méthode rapide, la petite ouverture et l'incision de la trachée pour ainsi dire à l'aveuglette, en se guidant sur le doigt. Dans la première méthode, je remarquais que, presque toujours à un moment donné, l'opérateur avait la main forcée soit par l'hémorrhagie, soit par cet état syncopal tout particulier que l'on signale chez les malades et qui tient très-probablement à la position très-fatigante qu'on leur impose; et je crois que l'on peut à juste titre reprocher à la méthode rapide une incertitude trop grande du point où l'on pratique la ponction, et par suite, la fréquence des incisions latérales de la trachée, circonstances très-défavorables, ainsi qu'on le sait, à l'introduction facile du dilatateur et par suite de la canule. Je ne parle que pour mémoire des accidents pourtant si fréquents, qui consistent dans la ponction de la paroi postérieure de la trachée et de l'œsophage, des doubles et même des triples incisions des cerceaux trachéaux, etc. On ne peut nier que, quelque aguerri que l'on soit, l'hémorrhagie ne soit, à un moment donné, un phénomène des plus inquiétants dans l'opération qui nous occupe, et que ce ne soit cet accident qui force, comme je le disais plus haut, la main du chirurgien et l'oblige à précipiter la fin d'une opération commencée avec la sage lenteur que les auteurs

nous recommandent. C'est donc avec empressement que je lus les descriptions de trachéotomie faites à l'aide du galvano-cautère, et je crus qu'il serait désormais facile de procéder plus sûrement à l'ouverture de la trachée. Les tentatives faites dans ce sens à l'hôpital des Enfants ne réalisèrent pas absolument mes espérances.

Après avoir assisté à une de ces opérations, je pus me convaincre que, chez l'enfant, l'application du galvano-cautère à la trachéotomie présentait de grandes difficultés. Sans parler de la nécessité absolue d'avoir constamment sous la main tous les objets nécessaires à une opération de ce genre, chose presque impossible dans la pratique où l'urgence est la règle, je remarquai que l'opérateur divisait les tissus avec beaucoup moins de certitude qu'avec le bistouri; que la mise à découvert de la trachée était beaucoup plus longue, et qu'enfin après la ponction de l'arbre trachéal, il était parfois tellement difficile de retrouver sa route, que l'on se voyait obligé, comme dans l'opération à laquelle j'assistais, de terminer, comme on le fait d'ordinaire, par la ponction avec le bistouri ordinaire et l'élargissement de l'incision avec le bistouri boutonné.

Peu satisfait, je le répète, de cette tentative, je ne m'arrêtai pas davantage à la galvano-caustique, et je cherchai à résoudre les différents termes du problème suivant :

1° Déterminer un point fixe invariable, toujours facile ou du moins possible à trouver chez les individus les plus jeunes, les plus gras, au col le plus court.

2° Pénétrer par ce point dans les voies respiratoires d'un seul coup sans effusion de sang, et créer une ouverture suffisante pour livrer passage à une canule d'un volume ordinaire.

Je trouvai dans la thèse si remarquable de Lenoir mon point fixe et invariable, à savoir la membrane crico-thyroïdienne. Lenoir dit en propres termes qu'on pourrait la considérer comme pour ainsi dire le lieu d'élection de la bronchotomie, si l'on pouvait espérer que l'espace qu'elle fournit fût assez considérable pour le passage de la canule (1).

On ne peut nier, en effet, et c'est une expérimentation très-innocente à laquelle je me suis livré sur beaucoup d'enfants de mon service, on ne peut nier qu'on arrive sûrement, invariablement chez tous les individus sur le cartilage cricoïde, et par conséquent sur la membrane crico-thyroïdienne; sa position est beaucoup plus superficielle que celle de la trachée. De plus, quand la tête est étendue, cette membrane constitue une sorte de peau de tambour limitée par le cartilage cricoïde et le cartilage thyroïde, et ne permettant pas de s'égarer.

Quant au moyen de la traverser, je songeai au cautère actuel. M'imaginant toutefois qu'il faudrait une assez grande source de chaleur pour arriver à mon but, je commençai mes expériences avec des cautères à boule. Ces cautères sont d'abord gênants à cause de la cautérisation objective qu'ils produisent, et de plus sont absolument inutiles. Un simple petit cautère actuel comme celui que je vous présente, porté au rouge cerise, suffit amplement pour le but que l'on se propose.

Après quelques ébauches d'expériences commencées à l'amphithéâtre de l'hôpital des Enfants, expériences qui tout imparfaites qu'elles étaient, me démontrèrent clairement la possibilité de pénétrer avec le fer rouge dans la membrane crico-thyroïdienne, je procédai méthodiquement à l'exécution de la méthode à l'amphithéâtre des hôpitaux, où mon ami et collègue M. Tillaux eut la bonté de mettre à ma disposition des sujets d'abord, des chiens ensuite. J'expérimentai sur cinq sujets pris au hasard; je plaçai la tête dans le degré d'extension que l'on conseille pour la trachéotomie ordinaire, et après avoir pris exactement mon point de repère, c'est-à-dire 2 millimètres au-dessus du cartilage cricoïde, et cela sur la ligne médiane, je plongeai au milieu de cette membrane le cautère porté au rouge cerise. Je l'enfonçai avec prudence; je sentis bientôt une résistance vaincue, puis le cautère s'enfonça et alla toucher la paroi postérieure.

(1) Voir Lenoir. Thèse pour le professorat. 1841.

Le cautère retiré, me permit de constater l'existence d'un petit orifice parfaitement rond, comme taillé à l'emporte-pièce. Saisissant le dilatateur de Laborde, je pus l'introduire dans cet orifice avec la plus grande facilité. Pressant alors une assez forte pince sur les branches, je divulsai la membrane crico-thyroïdienne, ainsi que les parties molles qui la recouvrent, et j'obtins une ouverture triangulaire, qui me permit d'introduire avec la plus grande facilité la canule n° 2 à double chemise, dont je m'étais muni. Le résultat fut absolument le même sur les autres sujets. J'ouvris alors les larynx sur lesquels j'avais opéré, et je constatai avec une certaine surprise que la paroi postérieure que j'avais sûrement touchée ne présentait point de trace de brûlure. Il fallait que mon cautère, après avoir créé la voie, se fût éteint avant d'arriver sur la muqueuse du côté opposé à la ponction.

Satisfait de ce premier résultat, je procédai dès le lendemain à des expériences sur les chiens. Le premier essai ne fut pas favorable, mais cela tient, comme on va le voir, à une circonstance indépendante de l'opération en elle-même, je veux parler du peu de fixité avec laquelle fut tenue la tête du chien que j'opérais. Cette tête étant incomplétement fixée, l'animal fut à peine effleuré par le cautère incandescent, qu'il fit un mouvement de côté, et dans ce mouvement, le fer glissa sur la partie latérale du larynx, sans y pénétrer.

Je fus plus heureux avec les trois autres chiens, que je soumis à la même expérimentation. Je fis tenir chaque fois solidement l'animal, de manière qu'il lui fût impossible de se porter à droite ou à gauche; je fixai moi-même solidement de la main gauche la totalité du larynx, et je pus enfoncer perpendiculairement le cautère à travers la membrane crico-thyroïdienne. Je pus aussitôt après introduire très-facilement dans cette ouverture le dilatateur de Laborde, divulser, en écartant ses trois branches, la membrane et les tissus qui la recouvrent y compris la peau, et introduire sans difficulté la canule moyenne dont on se sert habituellement. J'aurais même pu introduire une plus grande canule si j'en avais eu une à ma disposition.

Dans les trois expériences que je relate, le résultat fut exactement le même, et la canule put être fixée *sans une seule goutte de sang*. J'ai revu hier les trois chiens objet de mon expérience; je les ai trouvés en excellent état. La plaie commence à bourgeonner; elle ne s'est point étendue en largeur comme chez les malades soumis au galvano cautère et opérés à l'hôpital des Enfants.

J'ai tenu, messieurs, à vous soumettre le résultat de ces quelques expériences, afin d'avoir votre avis sur l'opportunité d'appliquer ce procédé à la bronchotomie soit sur l'adulte, soit sur l'enfant.

Voici comment, le cas échéant, je formulerais l'opération à pratiquer :

Le malade couché, sur le dos, est solidement maintenu par plusieurs aides, la tête étendue et appuyée sur un coussin disposé sous la nuque. Un aide spécial tient solidement la tête et l'empêche de se porter à droite ou à gauche.

Le chirurgien, placé à la droite du malade, saisit entre le pouce et le médius de la main gauche, le larynx du patient au niveau du cartilage thyroïdien et tient l'index appuyé sur l'angle inférieur de ce cartilage. Il est indispensable que, dans cette position, l'index et le médius tendent fortement la peau et lui ôtent toute espèce de mobilité.

Saisissant de la main droite le cautère porté au rouge cerise, l'index, le médius et le pouce maintiennent cet instrument dans une direction perpendiculaire à la membrane crico-thyroïdienne, et s'appuient directement sur son centre présumé en faisant décrire à l'instrument au moyen de ces doigts quelques mouvements de rotation sur son axe.

Le cautère est ainsi enfoncé à travers la membrane. A un moment donné, un défaut de résistance se produit et le cautère, enfoncé dans la cavité laryngée, va toucher la paroi opposée à la surface de ponction.

Retirant alors le cautère, le chirurgien lui substitue immédiatement le dilatateur à trois branches, et divulse l'ouverture pratiquée

de façon à lui donner l'étendue nécessaire à l'introduction de la canule.

Cette canule est enfoncée soit seule, soit munie d'un conducteur, et le dilatateur ou le divulseur est alors retiré.

Il serait je crois possible, si l'on ne craignait d'augmenter le nombre des instruments, d'introduire, au lieu du dilatateur, un instrument de même volume servant de mandrin à une canule construite d'après le système du spéculum à quatre branches. On n'aurait alors qu'à développer la canule, qui servirait de divulseur, et à retirer le mandrin central.

Je n'avais pas, au début de mes expériences, envisagé la possibilité de développer assez largement l'orifice produit par le cautère pour pouvoir y introduire une canule ordinaire, et je croyais nécessaire de compléter ma première opération en sectionnant, soit à l'aide d'un bistouri boutonné, soit à l'aide d'un sécateur, le cartilage cricoïde et les parties molles qui le recouvrent. Ce procédé donnerait, il est vrai, plus de place, mais amènerait facilement un écoulement de sang plus ou moins abondant.

Comme dans les expériences que j'ai faites sur les animaux vivants, j'ai eu très-largement la place nécessaire pour le passage de la canule, et que j'ai constaté une absence absolue de sang, je crois devoir m'arrêter au procédé que je soumets à votre appréciation et que je résume ainsi :

1er temps. Ponction de la membrane crico-thyroïdienne à l'aide d'un petit cautère.

2e temps. Divulsion de l'orifice créé à l'aide du dilatateur.

3e Introduction de la canule et retrait du dilatateur.

Telle est, messieurs, la note que je comptais vous lire dans la dernière séance. Depuis, j'ai été plusieurs fois visiter à Clamart les chiens qui ont été l'objet de mes expériences. Chez trois d'entre eux la plaie cutanée s'est guérie avec une assez grande rapidité; elle était absolument cicatrisée hier matin; chez les autres, elle était presque fermée. Tous paraissaient se porter parfaitement, sauf un seul, qui a présenté depuis lundi dernier des troubles gastriques caractérisés par des vomissements opiniâtres et une anorexie complète.

Je les ai tous fait tuer hier soir; j'ai pris la précaution de les faire assommer au lieu de les faire pendre, ce qui eût pu détériorer le larynx et la trachée, et j'ai détaché avec le plus grand soin l'arbre trachéal, depuis l'os hyoïde jusqu'à la fourchette sternale.

Je comptais beaucoup, je l'avoue, messieurs, sur un résultat aussi satisfaisant que possible, et je me fondais sur l'absence d'accidents durant les jours qui avaient suivi l'opération.

Aussi fus-je désappointé en trouvant dans l'intérieur de la cavité laryngée les altérations suivantes :

Sur deux des larynx que j'ai pu examiner on trouvé, à la partie postérieure du cartilage cricoïde, une petite ulcération résultant évidemment du contact du fer chaud non encore éteint. Il est facile de constater l'existence d'une ulcération bilatérale d'une assez grande profondeur, produite très-probablement, sinon certainement, par le passage du cautère quelque rapide qu'il ait pu être.

Le cinquième larynx était intact; il appartenait au chien qui a été le premier soumis à notre expérimentation; on pouvait y constater le résultat de la fausse route que nous avons faite. L'ouverture créée par le cautère avait pour siége la partie de la trachée qui se trouve immédiatement au-dessus du cricoïde.

Que fussent devenus ces animaux sacrifiés dans un état de santé satisfaisant, si on les eût laissés vivre plus longtemps? C'est ce qu'il n'est guère possible de dire; ce que l'on peut affirmer néanmoins, c'est que la perforation de la membrane cricoïdienne par le procédé que je vous exposais tout à l'heure, est loin d'être aussi exempte de danger que j'aurais pu l'espérer. Quant à la divulsion, elle ne me paraît pas avoir produit d'accident appréciable. Dans tous les cas que j'ai observés, le cartilage cricoïde pour lequel on pourrait avoir des craintes, a paru conserver son intégrité.

Ceci posé, doit-on absolument renoncer à la laryngotomie crico-thyroïdienne pratiquée à l'aide du cautère actuel? Je ne le pense pas. Je crois seulement qu'il est nécessaire de modifier le *modus faciendi*, en ce sens qu'au lieu de procéder brusquement, je dirai presque brutalement en ponctionnant avec vigueur la membrane cricoïdienne, il sera nécessaire de procéder au contraire avec lenteur, et de perforer en quelques secondes ce que l'on divisait en une seconde à peine. De cette façon, il sera possible de pénétrer dans la cavité laryngée sans toucher la paroi postérieure du cartilage cricoïde et sans frôler les replis muqueux bilatéraux, dont je vous montrais l'ulcération.

J'estime donc que, considérant les résultats fournis par l'examen cadavérique des chiens laryngotomisés par mon procédé, il serait au moins imprudent d'employer ce procédé soit chez l'enfant, soit chez l'adulte, avant que de nouvelles expériences faites sur des animaux vivants et dirigées dans le sens que j'indiquais plus haut, aient permis de constater que la cautérisation de la membrane crico-thyroïdienne n'intéresse qu'elle et les tissus qui la recouvrent, mais ne compromet pas l'intégrité de la paroi postérieure du cricoïde, et des cordes vocales inférieures.

C'est cette expérimentation que je me promets de poursuivre, et je demande à la Société la permission de lui communiquer les résultats que j'obtiendrai.

M. DESPRÉS. La laryngotomie crico-thyroïdienne à l'aide du fer rouge que propose notre collègue M. de Saint-Germain me semble discutable. Je comprends la laryngotomie pour les cas d'œdème de la glotte et de polype du larynx; mais pour le croup, pour les corps étrangers de la trachée où il est indiqué d'ouvrir les voies aériennes le plus bas possible, la laryngotomie ne vaut pas la trachéotomie classique, qui, depuis longtemps, est d'un usage si général.

L'emploi du fer rouge, comme la trachéotomie en un seul temps par les procédés de MM. Chassaignac et Maisonneuve, comme la trachéotomie par la galvano-caustique de M. Verneuil, est suggéré par la crainte des accidents possibles pendant l'opération de la trachéotomie. La chirurgie ne doit pas redouter le sang. Dans l'opération de la trachéotomie telle que la règle Trousseau, il est toujours facile d'arrêter le sang qui coule des veines, soit à l'aide d'un presse artère, soit à l'aide d'une pince à valet. L'ouverture de la trachée peut être faite alors avec sécurité, et si l'ouverture n'est pas assez grande, on l'augmente avec le bistouri boutonné. Je ne me sers point, pour ma part, du dilatateur. J'introduis la canule dans l'ouverture de la trachée comme dans la boutonnière d'un habit, et cela est remarquablement facile pourvu que l'incision du conduit aérien soit assez grande.

Non, la trachéotomie avec un instrument tranchant n'est point une opération grave. Je l'ai pratiquée 27 fois : 13 fois pour des cas de croup à l'hôpital Sainte-Eugénie pendant mon internat; 10 fois en ville pour des cas de croup. (J'ai dû faire l'opération avec l'aide du médecin de la famille et du parent le moins effrayé, c'est-à-dire avec un seul aide); 4 fois j'ai pratiqué la trachéotomie pour des adultes. Je n'ai jamais observé aucun accident opératoire, et ceux des malades qui sont morts ont succombé à la maladie contre laquelle la trachéotomie avait été impuissante.

Voici d'ailleurs d'autres résultats : En 1858, à l'hôpital Sainte-Eugénie, sur 45 trachéotomies, il n'y a eu qu'un cas de mort pendant l'opération; une hémorrhagie est survenue après que la trachée a été ouverte; le sang a été arrêté par le perchlorure de fer, mais l'enfant a respiré le sang et le perchlorure de fer et est mort étouffé. Une autre fois, la trachée avait été ouverte obliquement, il est survenu un phlegmon du médiastin.

La thèse de M. Millard apprend, qu'en 1857 et 1858, il a été pratiqué, à l'hôpital des Enfants-Malades, 133 trachéotomies qui n'ont été suivies d'aucun accident opératoire, sauf deux cas de mort apparente par syncope, mais les enfants ont été rappelés à la vie à l'aide de la respiration artificielle. (Millard, *Thèses de Paris*, 1857).

La thèse de Bricheteau apprend, qu'en 1859, à l'Hôpital des Enfants-Malades, 164 trachéotomies ont été faites. Il y a eu un seul

cas de mort pendant l'opération, causé par le refoulement de fausses membranes croupales dans la trachée, et 3 cas d'emphysème du cou dus à une plaie irrégulière de la trachée qui n'ont point été des complications mortelles. (Bricheteau, *Thèses de Paris*, 1861.)

Toutes ces trachéotomies avaient été faites suivant le procédé classique de Trousseau et Guersent, et avaient été pratiquées presque toutes par les internes.

M. DUBRUEIL demande à M. de Saint-Germain si les chiens mis par lui en expérience avaient présenté les symptômes d'anhélation et si les cordes vocales étaient ulcérées.

M. MARJOLIN. L'opération de la trachéotomie offre des difficultés beaucoup plus grandes que ne le pense M. Després. Il faut bien savoir que les opérations ne se ressemblent pas; autant de trachéotomies, autant de trachéotomies différentes. Les unes sont faciles, les autres difficiles et embarrassent les chirurgiens les plus expérimentés et les plus adroits. C'est une anomalie artérielle; c'est une portion du corps thyroïde; c'est un panicule adipeux plus abondant que d'ordinaire, etc., qui viennent apporter un obstacle imprévu.

La trachéotomie est presque toujours une opération d'urgence, et je pense que, dans certains cas, on perdrait un temps précieux à se procurer du feu, à faire chauffer le fer. Je ne pense pas non plus qu'on évite ainsi les fausses routes; je suis donc d'avis d'en rester au procédé actuel.

M. VERNEUIL. Il y a deux choses dans la communication de notre collègue : la proposition d'une laryngotomie crico-thyroïdienne, et un moyen nouveau de pénétrer dans le larynx, c'est-à-dire le fer rouge.

La laryngotomie crico-thyroïdienne réapparaît à peu près tous les dix ans, et je signalerai entre autres l'important mémoire de M. Decès (de Reims). Pourquoi donc ne reste-t-elle pas dans la pratique? C'est que je crois l'espace crico-thyroïdien insuffisant pour l'introduction d'une canule. On fait, il est vrai, la divulsion de la plaie; mais n'y a-t-il là aucun inconvénient pour l'avenir du larynx? Difficulté matérielle d'introduire la canule, gravité des suites, telles sont les raisons que j'oppose à l'adoption de la laryngotomie crico-thyroïdienne.

Quant au deuxième point de la communication, notre collègue se propose de faire une ouverture non sanglante; il cherche à prévenir l'hémorrhagie. M. Després a dit : « un chirurgien ne doit pas avoir peur du sang. » Je dis, au contraire : un chirurgien doit avoir la terreur de la perte du sang. Je redoute l'hémorrhagie, non-seulement pour les accidents primitifs, mais surtout pour les suites de l'opération. Dans l'espèce, l'écoulement du sang présente un danger particulier. Le sang peut pénétrer dans la trachée et amener une mort immédiate. On arrête le sang chemin faisant, a dit M. Després; oui, cela est possible peut-être pour l'incision des parties molles extérieures; mais il faut savoir que la muqueuse trachéale, chez l'adulte surtout, est extrêmement vasculaire et peut donner, au moment de l'incision, une notable quantité de sang qui tombe dans les bronches. Il y aurait donc un immense intérêt à se mettre à l'abri de l'hémorrhagie. Je n'accepte pas non plus que la trachéotomie soit une opération facile. J'affirme au contraire que c'est une des plus émouvantes, l'une des plus terribles de la chirurgie, puisque le patient peut mourir sur place.

Ce qu'a dit M. Després prouve tout au plus que, jusqu'à présent, il a été heureux; mais, un jour ou l'autre, il aura quelque désastre qui modifiera son opinion.

Poursuivant le même but que M. de Saint-Germain, je me suis servi, pour l'atteindre, du galvano-cautère, et j'ai réussi complétement 7 fois. Dans un cas, il ne s'écoula pas *littéralement* une goutte de sang. On peut reprocher à cette méthode de n'être peut-être pas très pratique, parce qu'il faut se procurer l'appareil. Cependant, je ferai observer qu'il est rare que le chirurgien n'ait pas devant lui deux ou trois heures, temps plus que suffisant pour disposer l'instrument. Je félicite M. de Saint-Germain et de sa communication et de la grande bonne foi avec laquelle il l'a faite.

M. PAULET. Je considère aussi la trachéotomie comme une opération très-redoutable. M. de Saint-Germain propose de pratiquer la laryngotomie crico-thyroïdienne avec le fer rouge. Cet endroit est-il convenable pour l'application d'une canule? Oui, sur l'adulte, car j'en connais deux exemples, l'un de Roux, l'autre de M. Legouest; mais je doute qu'on obtienne sur l'enfant le même résultat. Comme M. Verneuil, je redoute la divulsion de la plaie pour l'avenir.

M. LE FORT considère la trachéotomie comme une opération si grave et si émouvante qu'il évite de la pratiquer le plus qu'il peut. Les deux premières opérations qu'il a vues ont déterminé la mort immédiate sous le bistouri. M. Després parle d'arrêter le sang avec des pinces; mais comment le faire pour l'hémorrhagie en nappe, qui est de beaucoup la plus fréquente?

Bien que le galvano-cautère ne mette pas complétement à l'abri de l'hémorrhagie, M. Le Fort se propose de l'employer.

M. TRÉLAT pense comme ses collègues, que la trachéotomie est une opération très-émouvante, sans cependant être difficile. Il demande à M. Verneuil s'il se sert du couteau ou de l'anse galvano-caustique. Il estime, quant à lui, que le couteau n'a aucune valeur hémostatique. Ou il coupe trop ou il coupe trop peu. L'anse, au contraire, agit à la fois par pression et par ustion. Son emploi est plus incommode, demande plus de temps; mais on obtient ainsi une véritable hémostase.

M. VERNEUIL demande qu'on inscrive à l'ordre du jour la discussion sur le galvano-cautère, proposition acceptée par la Société.

M. DE SAINT-GERMAIN remercie ses collègues de l'accueil fait à sa communication. Il trouve aussi que M. Després a été bien heureux dans sa pratique, car il a observé de nombreux désastres à l'hôpital des Enfants depuis le mois de janvier qu'il est chargé du service.

Il dit à M. Dubrueil que les chiens respiraient très-amplement et que les cordes vocales ont été trouvées saines. L'objection de M. Marjolin ne saurait être embarrassante, car il se sert, pour chauffer son fer, d'une lampe à alcool. Quant à savoir quel sera le résultat ultérieur de la divulsion de la plaie, c'est l'avenir seulement qui l'apprendra, et il aura l'honneur de communiquer à la Société la suite de ses expériences sur ce sujet.

(*A suivre.*)

ÉTAT SANITAIRE.

Paris. — Population (recensement de 1872) : 1,851,792 habitants. — Décès du 6 au 12 septembre 1873 : 936.

Variole, 1; — rougeole, 12; — scarlatine, 1; — fièvre typhoïde, 41; — érysipèle, 3; — bronchite aiguë, 23; — pneumonie, 28; — dysentérie, 14; — diarrhée cholériforme, 25; — choléra infantile, 43; — choléra 107; — angine couenneuse, 12; — croup, 11; — affections puerpérales, 7; — autres affections aiguës, 277; — affections chroniques, 291, dont 144 dues à la phthisie pulmonaire; — affections chirurgicales, 21; — causes accidentelles, 19.

Londres. — Population : 3,356,073 habitants. — Décès du 1er au 6 septembre 1873, 457.

Variole, 2; — rougeole, 15; — scarlatine, 12; — fièvre typhoïde, 22; — érysipèle, 5; — bronchite, 67; — pneumonie, 35; — dysentérie, 1; — diarrhée, 229; — choléra nostras, 8; — diphthérie, 7; — croup, 16; — coqueluche, 38.

Rome. — Population : 244,484 habitants. — Décès du 25 au 31 août 1873 : 137.

Variole, »; — rougeole, »; — fièvre typhoïde, 11; — érysipèle, 1; — bronchite, 7; — pneumonie, 3; — diphthérie et croup, 4.

Bruxelles. — Population : 185,000 habitants. — Décès du 24 au 30 août 1873 : 104.

Rougeole, 2; — fièvre typhoïde, 1; — bronchite et pneumonie, 5; croup et angine couenneuse, 2; — diarrhée des jeunes enfants, 32.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Hospice général de Tours. — *Concours pour deux places d'élèves internes en médecine et en chirurgie, et concours pour un nombre indéterminé de places d'élèves suppléants.* — La commission de l'hospice général de Tours donne avis, qu'en vertu d'une délibération en date du 3 septembre 1873, deux concours pour la nomination aux places vacantes d'élèves internes et d'élèves suppléants en médecine et en chirurgie auront lieu fin octobre et commencement de novembre prochains, conformément au règlement général de l'établissement.

Le concours pour l'internat est fixé au mardi 28 octobre, à midi, pour l'épreuve écrite, et au mercredi 29, à neuf heures du matin, pour l'épreuve orale (salle d'administration de l'hospice général).

Le concours pour la suppléance est fixé aux 4 et 5 novembre; il aura lieu au même lieu et aux mêmes heures que celui de l'internat.

Le registre d'inscription pour ces deux concours sera ouvert, au bureau du directeur de l'hospice, à partir du 1er octobre; il sera clos, pour les candidats à l'internat, le 28 octobre, à huit heures du matin, et pour les candidats à la suppléance, le 4 novembre, à la même heure.

— A céder, dans un quartier populeux de Paris, une clientèle médicale rapportant 10,000 francs. S'adresser au bureau du journal.

— A céder immédiatement, clientèle médicale à Paris. — Produit de 1872 : 17,500. — S'adresser au bureau du journal.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Étude sur les chancres du col utérin, chancre simple, chancre syphilitique, par le docteur Schwartz. — In-8°. Prix : 3 francs. — Paris, Adrien Delahaye.

Genèse et étiologie des hémorrhagies utérines, par le docteur Georges Bougon. — In-8°. Prix : 2 fr. 50. — Paris, Adrien Delahaye.

Histoire de la Fève de Calabar, par le docteur Édouard Tison. In-8°. Prix : 2 francs. — Paris, Adrien Delahaye.

Le Directeur : Dr E. Le Soubd.

Paris. — Typographie A. Pougin, quai Voltaire, 13.

N° 108. — JEUDI 18 SEPTEMBRE 1873. 46e ANNÉE. JEUDI 18 SEPTEMBRE 1873. — N° 108.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Bureaux : 57, rue des Saints-Pères, 57
PRÈS L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix d'abonnement doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

On s'abonne hors de Paris dans les bureaux des Messageries et chez les Libraires
Les lettres non affranchies sont refusées.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 3,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui n'en peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS : Trois mois. . 8 fr. 50 c. — Six mois. . . 16 — Un an. . . . 30 —

POUR L'ÉTRANGER le port en sus suivant les derniers tarifs des Postes.

Paris, le 17 septembre 1873.

SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

Au commencement de la séance, M. Delpech a communiqué le relevé des entrées dans les hôpitaux et des décès tant dans les hôpitaux civils que dans les hôpitaux militaires et en ville, pendant la période septennale du 9 au 15 septembre. Voici les chiffres qu'il renferme :

Du 9 au 15 septembre.

	Hôpit. civils. Entrées.	Hôpit. civils. Décès.	Hôpit. milit. Décès.	A domicile. Décès.	Totaux des décès.
9 sept. .	10	4	1	7	12
10 —	10	8	1	16	25
11 —	14	12	1	20	33
12 —	9	3	0	14	17
13 —	12	7	?	18	25
14 —	8	5	?	17	22
15 —	16	4?	?	?	?
	79	29	3	92	134

On pourra juger, tant par l'aspect seul de ces chiffres que par leur comparaison avec ceux du relevé précédent, comprenant les premiers jours de l'épidémie, combien la progression de la maladie est lente. Il n'y en a pas moins opportunité à en poursuivre l'étude et à signaler, encourager et provoquer au besoin toutes les mesures prophylactiques qui pourront contribuer à la ralentir encore, sinon à l'enrayer même complétement. Nous croyons que, de toutes ces mesures, l'une des plus utiles et des plus efficaces, serait l'établissement du système des visites préventives. C'est dire que nous persistons plus que jamais dans la conviction qu'il est beaucoup plus aisé et par conséquent beaucoup plus rationnel de chercher à prévenir le développement de la maladie en combattant de bonne heure ses prodromes, que de s'exposer à avoir à combattre plus tard la maladie confirmée. C'est dire que nous nous associons complétement aux efforts de M. Jules Guérin, pour apprendre à ceux qui l'ignoraient encore, rappeler à ceux qui pourraient l'avoir oublié, raffermir dans cette opinion ceux qui doutent encore, que non-seulement dans l'immense généralité des cas individuels la maladie est précédée de la diarrhée prémonitoire, mais que les épidémies elles-mêmes sont ordinairement précédées d'une période prodromique.

C'est sur les conséquences scientifiques et pratiques de ce double fait, et notamment de ce dernier, que M. Jules Guérin a insisté particulièrement dans la deuxième partie de son exposé, qui a occupé une bonne moitié de la séance d'hier.

La question est posée maintenant entre la doctrine de la genèse spontanée du choléra, qui n'exclut d'ailleurs ni le rôle de la contagion, ni la part possible de l'importation et celle qui n'admet comme origine possible des épidémies de choléra que l'importation seulement. Le débat est ouvert. La parole sera mardi prochain à M. Fauvel.

Dr BROCHIN.

HOPITAL SAINT-LOUIS. — M. GUIBOUT.

Du diagnostic de quelques syphilides ulcéreuses tardives et de leur traitement.

Par M. LÉON BRIÈRE, interne provisoire du service.

Dans la plupart des cas, le médecin instruit et qui connaît sa clinique, peut aisément, quand il est en présence d'une affection ulcéreuse de la peau, distinguer s'il a affaire à une ulcération de nature syphilitique, scrofuleuse ou dartreuse. Le plus souvent, en effet, ces différentes diathèses impriment à leurs manifestations cutanées un cachet si particulier, des caractères si tranchés que le premier coup d'œil suffit pour se reconnaître au milieu de toutes les variétés que la pathologie de la peau nous présente.

Si, par exemple, nous prenons pour type des affections spécifiques ulcéreuses la plus commune de toutes, le rupia syphilitique, il nous montre des croûtes épaisses, verdâtres, rappelant la coloration du bronze florentin. Sous ces croûtes, du pus que l'on fait sourdre par la pression, qui augmente peu à peu la carapace et lui donne l'aspect des écailles d'huîtres; à côté ou sous les croûtes qu'on enlève, une surface ulcérée dont les bords sont taillés à pic et sont surmontés par un liséré violacé, à contour irrégulier, prenant tantôt la forme circulaire, tantôt la forme en pavillon d'oreille. Ces caractères, et nous ne citons que les principaux, les retrouvons-nous dans la scrofule?

Nullement. Chez les scrofuleux, l'élément crustacé est moins épais, moins dur, moins sec, plus jaune. L'ulcération peut être profonde et grisâtre, comme dans la syphilis; mais, caractère différentiel capital, ses bords sont amincis, déchiquetés, générale-

ment décollés. L'auréole de l'ulcère et les cicatrices n'ont pas dans la scrofule la coloration violacée brune typique de la syphilis.

Enfin, les ulcérations dartreuses qui accompagnent fréquemment l'eczéma chronique revêtent aussi une forme particulière. Leurs bords sont peu profonds, taillés en biseau, non décollés, et affectent des contours moins bizarres, moins capricieux. Un eczéma variqueux s'est ulcéré, étiologie la plus commune des ulcérations dartreuses, cette partie malade est très-fréquemment ronde ou ovale, et il est rare que les produits sécrétés forment au-dessus une enveloppe épaisse et résistante comme nous en trouvons sur les ulcérations scrofuleuses et surtout sur les ulcérations syphilitiques.

Mais ces caractères distinctifs que nous avons seulement esquissés, en les indiquant par leurs traits fondamentaux, sont loin de s'offrir à l'observateur dans cet état de simplicité apparente. A côté de la théorie et des descriptions classiques, il y a la pratique et ses imprévus terribles. L'expérience du médecin n'est-elle pas chaque jour mise à l'épreuve, de cent façons?

Le malade se présente à nous dès le début de son affection, et celle-ci n'est qu'ébauchée ; ou bien, et c'est le cas le plus fréquent, il ne s'adresse au médecin qu'en dernier ressort, après avoir suivi divers traitements, fruits de son imagination hypochondriaque ou de l'ignorance prétentieuse de ses voisins, et son mal est tellement dénaturé quand il nous est soumis, qu'il faut vraiment une grande sagacité pour arriver à en préciser l'origine et la nature. Je ne parle pas des cas où le client oppose à nos questions le mensonge prémédité et systématique ; conduite qui peut avoir ces deux résultats funestes de laisser l'affection faire des progrès, en nous égarant dans l'interprétation des symptômes. C'est alors que la science pratique doit nous tenir lieu de ce fil conducteur dont parle la fable, en nous aidant, au milieu du dédale, à retrouver notre chemin, même quand tout paraît concourir pour nous le cacher. Il faut à ce moment faire feu de tout bois, pour ainsi dire, et ne laisser rien échapper de ce qui peut mettre sur la voie du diagnostic.

La particularité la plus insignifiante en apparence acquiert une importance capitale. Une parcelle de croûte, sa couleur, son épaisseur, une cicatrice, etc., suffisent alors pour poser le diagnostic. Nous venons d'observer un de ces cas dans le service de M. le docteur Guibout, à l'hôpital Saint-Louis :

Le 8 août 1873, entre, au n° 17 de la salle Saint-Charles, un homme de cinquante-neuf ans, exerçant la profession de tabletier, laquelle consiste à travailler les cornes d'animaux avec un instrument que l'on appuie sur le devant de la poitrine. Sa taille est élevée, et son extérieur celui d'un homme robuste. Il n'a jamais été malade, dit-il, et il nie tout antécédent syphilitique. On ne trouve, du reste, sur son corps, sauf l'affection dont nous parlerons bientôt, aucun indice de diathèse syphilitique ou scrofuleuse. Ce qui ferait songer à celle-ci de préférence, c'est que l'aspect du malade indique un tempérament déprimé par les privations et par les mauvaises conditions hygiéniques. Quoi qu'il en soit, et munis de ces renseignements, voyons ce qui l'amène dans nos salles.

Sur le devant du thorax, nous trouvons une vaste surface ulcéreuse dont il est important de faire connaître de suite les différents caractères. La forme et les contours en sont assez curieux et sortent un peu de l'ordinaire. Si nous partons d'un des points de cette ulcération, voici les régions qu'elle a envahies. A 2 centimètres en dehors de l'articulation sterno-claviculaire gauche, elle forme un angle droit. L'un des côtés de cet angle descend verticalement d'abord puis obliquement vers le côté droit du thorax.

L'autre forme *un quart de collier* autour du cou, passant au niveau de la fourchette sternale, puis remontant vers le bord antérieur du trapèze, en suivant exactement le pli que fait le cou avec l'épaule quand la tête est fortement inclinée sur le côté. Après un trajet de 20 centimètres, l'ulcération change brusquement de direction et descend verticalement en donnant lieu à une ligne convexe du côté des parties saines, et vient s'arrêter à 4 centimètres du mamelon droit. De ce point, elle se dirige obliquement à gauche et en haut, et va gagner l'articulation sterno-claviculaire gauche, affectant dans son ensemble la forme d'une bavette d'enfant.

Voilà pour ses limites ; sa circonférence mesure 60 centimètres. Quant à l'aspect de la surface qu'elle circoncrit, quant à la forme des parties ulcérées, il est matériellement impossible de les décrire, tant on trouve de crasse et de restes de pommades au niveau de tous ces points. Les antécédents vont nous expliquer l'état dans lequel nous trouvons cette affection.

Il y a dix-huit mois, une grosseur s'est formée vers le milieu de l'espace ulcéré, un peu en bas et en dehors cependant. Le malade présume, qu'appuyant son ciseau sur la poitrine, au niveau de la grosseur, c'est cette irritation qui lui a donné naissance. Toujours est-il qu'elle s'abcéda bientôt et donna issue à un petit verre de pus. Non content de ce résultat, il appliqua sur l'abcès des cataplasmes de bouse de vache, topique très-primitif qui le fit suppurer pendant longtemps. Ce que le malade appelle un abcès pourrait bien avoir été une gomme syphilitique. L'instrument qu'il emploie dans sa profession aurait été la cause occasionnelle et déterminante de cette manifestation diathésique jusque-là restée latente et ignorée.

Le malade fit tant et si bien en se soignant de la sorte, que la peau se sphacéla. La surface ulcérée n'était pas plus grande qu'une pièce de cinq francs au début. Peu à peu, et en dépit des abominables pommades dont on la recouvrait, son centre se cicatrisa. Mais pendant que cette cicatrice faisait des progrès, les limites de l'ulcère devinrent serpigineux. L'affection fit ainsi des progrès continuels jusqu'au moment où le malade vint se présenter à la consultation de l'hôpital Saint-Louis.

A la visite du 9 août, tout diagnostic étant impossible, de larges cataplasmes de fécule de pomme de terre bien cuite furent prescrits et maintenus en permanence jusqu'au 14 août. Dans cet intervalle, le mal fut suivi de très-près, et à mesure que la croûte artificielle tombait, les opinions se formaient sur la nature de cette ulcération. Les uns, se basant sur l'absence d'antécédents syphilitiques reconnaissables ou avoués par le malade ou sur la forme et sur la durée du mal, penchaient pour la scrofule ; d'autres pour la syphilis, mais sans étayer leur avis de raisons plausibles.

M. le docteur Guibout attira alors l'attention, 1° sur un très-petit fragment de croûte bombé, saillant, dur et verdâtre qui se trouvait vers l'extrémité supérieure de l'ulcère, du côté gauche ; 2° sur une partie de cet ulcère qui, à droite, affectait une forme circinée et en pavillon d'oreille ; 3° sur la forme générale de l'ulcération, qui avait partout 2 centimètres de largeur et représentait une longue bandelette. Observant en outre que les cicatrices étaient plus blanches au centre qu'à la périphérie, sans adhérence aux tissus sous-jacents, il se prononça pour une affection syphilitique serpigineuse. Mais les bords de l'ulcération n'étaient pas taillés à pic ; il n'y avait qu'un petit fragment de croûte, et il était permis d'attendre, de la marche de l'affection, de nouveaux renseignements sur sa nature.

Le malade fut soumis au traitement mixte par le proto-iodure d'hydrargyre et par l'iodure de potassium. Sous l'influence de ce traitement, l'ulcère s'est détergé rapidement, et sa cicatrisation a été si prompte que, quinze jours après le début de la thérapeutique, celle-ci était couronnée d'un succès complet. Le malade est aujourd'hui (6 septembre) tout à fait guéri.

Nous rapprocherons de ce cas, où le traitement a été si efficace et pour ainsi dire la pierre de touche : *Naturam morbo-*

rum ostendunt curationes (en ôtant à cet axiome ce qu'il a de trop exclusif), nous rapprocherons trois autres cas de rupia syphilitique qu'il nous a été donné d'observer récemment dans le même service et devant lesquels les traitements antisyphilitiques se comportèrent de la façon suivante : dans un cas, ils réussirent, et ils échouèrent chez les deux autres malades. A quoi tenait cette différence d'effets avec des moyens d'action identiques ? Il est très-important de s'en rendre compte.

Les deux malades, qui ne purent supporter le traitement spécifique, et qui n'en retirèrent d'abord que de funestes effets, étaient cachectiques et dans un état de santé déplorable. M. le docteur Guibout fit cesser alors tout traitement spécial et commença par employer les toniques sous toutes les formes : vin de quinquina, vin de gentiane, iodure de fer, huile de foie de morue, etc., bonne alimentation et l'hygiène, bains et séjour le plus long possible en dehors des salles ; puis, quand il vit les forces de ses malades renaître sous l'influence de ces reconstituants, il institua de nouveau le traitement antisyphilitique, mais graduellement, en commençant par de faibles doses ; et cette fois, le proto-iodure, l'iodure de potassium et surtout le sirop de Gibert furent d'une efficacité incontestable.

M. le docteur Guibout a observé bon nombre de faits semblables et il insiste d'une façon toute particulière sur la nécessité du traitement tonique avant et pendant l'administration de la médication spécifique, dans les accidents tertiaires de la syphilis, et, sur la nécessité de mettre le tube digestif en bon état avant de commencer le traitement diathésique. Aller contre cette règle thérapeutique, c'est provoquer des troubles intestinaux, des diarrhées rebelles et colliquatives qui épuisent le malade au lieu de le guérir. Il faut en un mot que celui-ci soit en état de faire les frais de son traitement.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

M. LE PROFESSEUR BOUCHARDAT,

Résumé d'une leçon sur les règles d'hygiène à suivre en temps d'épidémie de choléra.

Le choléra qui, depuis quelques années, sévit en Europe, et tout nouvellement à Paris, diffère des épidémies de 1832, 1849, 1854, 1865, par son peu d'intensité, il se montre avec les caractères généraux d'une épidémie qui se termine ou plutôt d'une maladie qui s'acclimate, comme se sont acclimatées, il y a plusieurs siècles, la variole, la rougeole, la scarlatine. Quoi qu'il en soit de sa bénignité relative, nous allons reproduire le résumé d'une des dernières leçons du cours que M. Bouchardat vient de terminer à la Faculté de médecine, leçon qu'il a consacrée à l'étiologie et à la prophylaxie du choléra.

Le savant professeur d'hygiène, après avoir abordé le problème si important et encore entouré de tant d'obscurités de la genèse du choléra, étudie les conditions générales de propagation et de prédisposition, il en arrive ensuite à tracer les règles d'hygiène. Il divise ainsi son sujet : 1° Hygiène internationale ; 2° Hygiène des villes ; 3° Hygiène individuelle. C'est à cette dernière partie que nous allons nous borner.

On doit adopter une hygiène spéciale dans les trois conditions que voici : plénitude de la santé ; imminence morbide ; apparition de symptômes précurseurs. Dans la plénitude de la santé, il convient d'éviter les fatigues excessives, les refroidissements non suivis de réaction ; à ce point de vue une ceinture de flanelle de même que des couvertures suffisantes pendant le sommeil sont utiles. Les excès vénériens, les préoccupations tristes doivent être évités. On a dit que la peur était une condition fâcheuse, je veux bien, dit le professeur, ne pas contredire cette remarque qui porte à la force de l'âme, mais j'ai de trop bonnes preuves que l'on peut impunément faire son devoir dans les épidémies les plus meurtrières, tout en ayant la plus grande terreur, pour admettre que ce soit là une condition aussi fâcheuse qu'on le dit. Il ne faut rien changer à l'alimentation qui convient individuellement à l'appareil digestif, alimentation à laquelle il est habitué, pas d'écart de régime, pas d'essai. Bien souvent, comme chacun a pu l'éprouver, notre appareil digestif se révolte contre les innovations en apparence les plus inoffensives. La division des aliments et la mastication devront être surveillées. Autant que possible, l'alimentation devra être variée, réparatrice, sans excès, surtout en ce qui a trait aux alcooliques. Cependant, pour les personnes sobres, il ne faut pas craindre une légère augmentation dans la ration journalière du vin rouge, à la condition qu'on choisisse du vieux bourgogne ou du vieux bordeaux de grande qualité ; un petit verre de vin tannique de Bagnols à chacun des deux principaux repas peut utilement les remplacer. A propos des boissons disons que, pour les maladies qui sont communiquées par des miasmes spécifiques, tels que la fièvre typhoïde, le typhus, la dysenterie contagieuse, le choléra, il est certain que les eaux potables peuvent être comme l'air un des moyens de transport des ferments morbides. M. H. Blanc, chirurgien-major dans l'armée britannique, a insisté dernièrement sur ce sujet avec beaucoup de force (*Revue des cours scientifiques*, n° du 1er septembre 1873). Sans être aussi affirmatif que lui, nous pensons que ceux qui le pourront, feront sagement de remplacer des eaux potables douteuses par des eaux minérales gazeuses naturelles très faiblement alcalines et exemptes de tout soupçon, comme les eaux de Vals (Source-Saint-Jean), Soultzmatt, etc., etc., qui, avec un vin léger, constituent une boisson usuelle très-agréable.

Si la diarrhée est à redouter pendant le cours d'une épidémie de choléra, rien ne la prévient plus sûrement que la régularité journalière des selles aux mêmes heures.

Les individus qui sont ou par suite de privations, ou de longues maladies, etc., etc., dans cet état désigné sous le nom de *misère physiologique* sont, toutes choses égales, beaucoup plus exposés que les autres à subir les effets du miasme cholérique que les individus dans la plénitude d'action de l'ensemble des fonctions de nutrition. Cette loi d'imminence est démontrée par la fréquence des cas intérieurs qui se sont développés dans les salles d'hôpitaux et par la diminution de la mortalité dans l'année qui suit une épidémie meurtrière. Ces individus affaiblis qui ne sont pas retenus par le devoir n'ont rien de mieux à faire qu'à s'éloigner des localités où règne le choléra. Il est une autre loi d'imminence établie par une observation attentive, c'est le danger du séjour, pendant les heures du sommeil de la nuit, dans un foyer cholérique intense. On donne le nom de foyer cholérique intense à des localités souvent très-circonscrites dans lesquelles se développent successivement un grand nombre de cas de choléra.

Il est donc de la plus grande importance d'abandonner ce foyer, à moins de devoir, pendant les heures consacrées au sommeil.

On peut chaque jour donner les soins les plus assidus aux cholériques, pourvu qu'on passe les sept heures destinées au sommeil dans une localité éloignée d'un foyer cholérique.

Dans les temps d'épidémie cholérique, les dérangements intestinaux sont des plus fréquents ; il importe de les soigner avec

plus de promptitude et d'attention que dans les temps ordinaires. Le repos, la diète absolue pour commencer, l'emploi des boissons stimulantes telles que les infusions de menthe, de thé additionnées d'un peu d'eau-de-vie, en évitant toutes les causes de refroidissement, voilà les moyens hygiéniques auxquels on peut avoir recours. Pour employer des modificateurs plus puissants, l'intervention du médecin est indispensable, car, suivant l'intensité, la persistance de la diarrhée, les idiosyncrasies, les moyens thérapeutiques doivent varier. Dans tels cas, l'ipécacuanha, un purgatif salin (sulfate de soude, tartrate de potasse et de soude) sont bien indiqués ; dans tel autre, un demi-lavement avec dix à douze gouttes de laudanum ou une potion éthérée et laudanisée réussiront mieux. On peut encore, quand les selles sont fétides, employer avec un grand succès un gramme ou deux de granules de sous-nitrate de bismuth. L'association de ce sous-nitrate avec un vieux remède astringent et opiacé, le diascordium, s'est montrée souvent très-efficace.

On le voit, pour choisir entre des moyens aussi variés, il faut l'habitude que l'expérience seule donne.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 16 septembre 1873. — Présidence de M. Depaul.

CORRESPONDANCE OFFICIELLE

M. le ministre de l'agriculture et du commerce transmet les comptes rendus des maladies épidémiques qui ont régné, pendant l'année 1872, dans les départements des Côtes-du-Nord, du Cher, de l'Ain et dans l'arrondissement de Belfort. (Comm. des épidémies.)

CORRESPONDANCE NON OFFICIELLE

Elle comprend : 1° Une lettre de M. le docteur Lenoel accompagnant l'envoi d'un rapport sur les épidémies qui ont régné, pendant 1872, dans l'arrondissement d'Amiens. (Les commissions permanentes ne reçoivent plus aucun document après le 30 juillet, ce rapport a donc été envoyé trop tard.) — 2° Des lettres de MM. Taillandier, Bonzom et Renaud, relatives au choléra. — 3° Une note de M. le docteur Netter sur l'appréciation comparative des divers traitements préconisés contre le choléra. — 4° Une lettre de M. le docteur Josat dans laquelle il rapporte un cas de choléra foudroyant. — 5° Un mémoire de M. le docteur Burq ayant pour titre : *Du cuivre contre le choléra.* (Comm. du prix Barbier.)

PRÉSENTATIONS

M. DELPECH met sous les yeux de l'Académie le relevé des nouveaux cas de choléra et des décès cholériques, du 9 au 15 septembre (V. le premier-Paris).

Il résulte de ce tableau que l'épidémie actuelle, comme toutes celles qui ont eu lieu en Europe depuis un an, paraît avoir une moindre intensité que les épidémies des précédentes années.

M. J. GUÉRIN dit avoir reçu diverses communications relatives au choléra : l'une de M. le docteur Boggs, ex-chirurgien de l'armée anglaise aux Indes, qui donne comme l'un des signes les plus caractéristiques de choléra asiatique, la présence, dès le début, de l'albumine et de l'épithélium des tubuli dans les urines, en dehors de toute affection rénale ; l'autre de M. le docteur Morlot qui fait connaître les bons résultats obtenus dans un village, au point de vue de l'épidémie cholérique, par la mise en application du système d'avertissement préconisé par M. Guérin, alors que dans un village voisin où les mêmes mesures n'ont pas été prises, la mortalité par le choléra a été assez considérable.

RAPPORTS

M. POGGIALE lit trois rapports sur des demandes en exploitation d'eaux minérales à Bas (Haute-Loire), à Ramouyens (Gers) et à Balaruc (Hérault). Ses conclusions sont adoptées sans discussion.

COMMUNICATIONS

M. GUILLERY dépose sur le bureau une note sur un nouveau système d'attelles dont il montre plusieurs modèles à l'Académie.

Suite de la discussion sur le choléra.

M. JULES GUÉRIN se propose d'examiner aujourd'hui la diarrhée prémonitoire dont presque personne ne nie plus l'existence, de montrer ses rapports intimes avec le choléra et de prouver que cette maladie procède par linéaments qu'il faut savoir distinguer.

Il déclare tout d'abord qu'il admet parfaitement la possibilité de la transmission du choléra, ce qui n'infirme en rien sa spontanéité. Il a déjà montré que la diarrhée prémonitoire se montrait sous trois formes distinctes : 1° diarrhée individuelle précédant le choléra ; 2° diarrhée précédant l'éclosion de l'épidémie cholérique ; 3° diarrhée des individus qui ne présentent que ce seul symptôme, tandis, qu'à côté d'eux, d'autres sont atteints du choléra confirmé complet.

Il a étudié, dans la dernière séance, la première de ces formes ; il vient aujourd'hui étudier les deux autres.

Il est incontestable, suivant M. Guérin, que le choléra est toujours précédé d'une période prémonitoire en apparence inoffensive, mais qui est bien en réalité une période prodromique. Cela est pourtant contesté encore par quelques médecins qui font intervenir, pour expliquer les faits qu'ils ne peuvent nier, certaines prédispositions spéciales, et cependant il y a déjà longtemps que M. Andral, interpellé sur cette question, y a répondu affirmativement. Si, en effet, on considère le choléra comme une maladie virulente, il faut admettre pour lui ce que l'on admet pour toutes les maladies virulentes qui présentent toutes une période en apparence inoffensive, certaines manifestations incomplètes que M. Guérin a désignées sous le nom d'*ébauches* de maladies. Il suffit de citer la variole, la scarlatine, le typhus, la morve. On doit donc admettre la reproduction du choléra lui-même par cet ensemble de symptômes qu'on appelle la cholérine, la diarrhée prémonitoire. M. Guérin cite plusieurs exemples qui prouvent d'une façon irréfragable la vérité de ce fait, entre autres celui d'un militaire parti en 1849 du Val-de-Grâce, arrivant à Amiens atteint de la cholérine et introduisant le choléra dans une famille dont plusieurs membres en sont morts, et en second lieu l'exemple d'un prisonnier atteint du choléra, enfermé le 24 septembre, avec six autres individus dont trois, le 30 septembre, furent pris du choléra, sur lesquels un seul mourut le 3 octobre. Ces faits ne prouvent-ils pas surabondamment que la cholérine n'est autre chose que le choléra.

Un fait non moins évident, fait vulgaire aujourd'hui, c'est que, en temps d'épidémie, la population entière du pays qui en est le siége est frappée.

> Ils ne mouraient pas tous, mais tous étaient frappés.

Telle est l'expression la plus vraie de ce qui se passe dans les épidémies de choléra. C'est ainsi qu'il y a des localités qui ont le choléra, tandis que d'autres n'ont que la diarrhée. Exemple, ce qui s'est passé à Lyon.

De même que la cholérine peut engendrer le choléra, de même le choléra peut transporter son essence, peut engendrer le choléra dilué ou la cholérine.

Enfin, dans tous les pays où s'est manifesté le choléra, il y a eu des localités dont les habitants n'ont eu que la diarrhée. Depuis 1831, M. Guérin a confirmé ce fait à chaque nouvelle épidémie ; il cite plusieurs passages qui prouvent que chaque fois il a suivi cette diarrhée pas à pas, il rapporte un extrait du rapport du conseil de santé de Londres qui confirme entièrement sa manière de voir à ce sujet, et aujourd'hui le même fait s'observe puisqu'en ce moment on constate en Angleterre une effroyable mortalité par la diarrhée.

Il est un autre fait que M. Guérin soumet à l'observation de ses collègues, et dont il est, pour sa part, bien persuadé, c'est que cette

diarrhée est contagieuse et transmissible comme le choléra lui-même.

M. Guérin admet donc comme démontré aujourd'hui que les trois diarrhées qu'il a passées en revue sont des formes de choléra. Il y a seulement deux éléments dont il faut toujours tenir compte dans la production du choléra, c'est la constitution athmosphérique, l'influence du milieu et la constitution organique ou l'état de l'organisme des individus. Il met au défi qui que ce soit de prouver qu'il existe la moindre différence entre le choléra dit sporadique et le choléra dit épidémique. Il a démontré qu'il y avait des efflorescences de la maladie, il a établi le même fait lors de la discussion sur la fièvre jaune, il a montré des ébauches, des manifestations prodromiques de la fièvre jaune. Il a expliqué la formation des épidémies, et montré que tout individu contaminé apporte avec lui une fabrique de virus, pour ainsi dire, et qu'il devient un grand facteur épidémique. Il a pu faire la même observation pour la fièvre puerpérale et a vu, dans le service de M. Louis, une effroyable épidémie de fièvres puerpérales, dans laquelle les premiers cas observés avaient été des cas bénins.

Si maintenant on compare les conséquences, au point de vue de l'hygiène, de la doctrine soutenue par M. Guérin avec celles de la doctrine de l'importation, on voit que celle-ci recommande des mesures très-défavorables, très-gênantes pour le commerce, tandis que l'autre n'entrave en rien les intérêts du pays, et recommande des mesures dont l'efficacité, déjà prouvée d'ailleurs en Angleterre, vient de trouver une nouvelle confirmation dans le fait communiqué à l'Académie par M. le Dr Morlot. M. Guérin émet donc le vœu, en terminant, que l'on mette ces mesures en pratique, et que l'on institue des médecins visiteurs, qui rendraient les plus grands services.

Nouvelle canule pour injections vaginales — M. DELIOUX DE SAVIGNAC présente une nouvelle canule pour injections ou irrigations vaginales, établie, d'après ses données, par MM. Rondeau frères, fabricants d'instruments de chirurgie en gomme, à Paris. Après une critique des canules courbes, et après avoir aussi fait remarquer les défauts des canules droites en usage jusqu'ici, il croit pouvoir en recommander une nouvelle, à laquelle il attribue des avantages que nulle autre ne possédait. Cette canule est droite, souple, flexible, de 20 centimètres de longueur : 5 pour l'olive, 15 pour le tube; le canal intérieur, d'un centimètre de diamètre, aboutit dans une olive pleine, percée de vingt-quatre canalicules sur son pourtour, imperforée à son sommet. Sa forme et ses dimensions sont calculées de manière qu'elle lance par ses orifices le liquide de l'injection en quantité bien plus considérable que les canules ordinaires; l'injection atteint ainsi toutes les parois du vagin, douche obliquement la circonférence du col de l'utérus au lieu de percuter directement le museau de tanche, et déterge les sinus vagino-utérins où les mucosités tendent le plus à s'amasser. Cette canule peut servir tant pour les douches utérines que pour les irrigations vaginales, et rend celles-ci plus efficaces, soit que l'on veuille produire un effet thérapeutique, soit que l'on n'ait en vue que des soins de propreté.

La séance est levée à cinq heures.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 9 juillet 1873. — Présidence de M. MAURICE PERRIN (1).

Suite de la discussion sur les polypes naso-pharyngiens.

M. TRÉLAT. Je disais dernièrement à la Société qu'il était utile de distinguer les diverses variétés de polypes fibreux du pharynx. J'ai un nouveau fait à signaler à l'appui de cette assertion. Ces jours passés, on m'amena un jeune garçon de seize ans atteint d'une tumeur pharyngienne. Le début remontait à trois ans et demi. Il n'y avait jamais eu d'hémorrhagie. La tumeur pendait dans le pharynx et pouvait avoir 2 centimètres et demi de largeur. L'implantation avait lieu au voisinage de l'apophyse basilaire. Il existait un prolongement nasal mobile que l'on repoussait aisément, La portion pharyngienne était ferme, résistante. Je diagnostiquai : polype fibreux naso-pharyngien. Une incision fut pratiquée sur le milieu du voile du palais avec les ciseaux et le bistouri boutonné. Il n'y eut pas de sang, ce qui confirme encore la réflexion que je fis ici dernièrement sur ce point.

Avec une anse galvano-caustique introduite par le nez, j'obtins la section du pédicule en moins d'une minute. La tumeur fut immédiatement portée à M. Cornil, et l'examen a démontré qu'il s'agissait là, non d'un fibrome, mais bien d'un mixome enflammé ou d'un polype muqueux. Malgré cet examen rassurant, je ne considère pas le malade comme guéri, et je vais le tenir en observation.

Voici les détails de l'examen fait par M. Cornil :

Sur les coupes faites en différents points, on constate les particularités suivantes :

Le bord libre de la coupe correspondante à la tumeur est dentelée et présente une série de parties saillantes séparées par de larges dépressions qui se prolongent plus ou moins profondément vers le centre de la tumeur.

Tout ce bord, soit au niveau des parties saillantes, soit au niveau des dépressions, est recouvert d'une couche d'épithélium cylindrique composé de cellules très-allongées et presque filiformes. Sur les pièces, examinées à l'état frais, ces cellules possèdent des cils vibratils; on ne les voit plus sur les pièces conservées dans l'acool.

Au-dessous de l'épithélium, se trouve une couche assez épaisse remarquable par le grand nombre d'éléments jeunes masquant en partie le tissu fondamental. Ces petites cellules sphériques, très-abondantes dans la partie la plus superficielle, vont en diminuant de nombre au fur et à mesure qu'on se rapproche du centre de la tumeur.

Ces noyaux sont accumulés autour des vaisseaux, très-nombreux dans la partie superficielle, et représentés par un grand nombre de capillaires à parois très-grêles, très-minces, très-fragiles. Quelques-uns de ces capillaires présentent des dilatations qui prennent par place l'apparence de véritables lacunes.

En se rapprochant du centre de la tumeur, le tissu qu'on retrouve devient finement réticulé, mêlé de quelques fibres élastiques ; mais, dans un grand nombre de points, ce qui domine, c'est une modification myxomateuse des éléments de ces parties, caractérisée par des éléments étoilés fortement colorés par le carmin, et dont les prolongements circonscrivent de grands espaces polygonaux occupés par une substance colloïde à peine teintée par la matière colorante.

Dans un point de la tumeur avoisinant son pédicule, au niveau duquel on retrouve de grosses artérioles à parois encore assez jeunes, on retrouve quelques faisceaux de tissu conjonctif; mais c'est le seul point de la tumeur où on rencontre ce tissu. En aucun point de la couche superficielle, on n'a pu trouver trace d'organes glandulaires.

De l'ensemble de ces caractères, nous pensons pouvoir en conclure que cette tumeur est un myxome enflammé dans ses couches superficielles.

M. PANAS. Le fait intéressant de M. Trélat me conduit à vous dire quelques mots au sujet des polypes pharyngiens d'origine nasale, et cela au double point de vue de l'anatomie normale et de la clinique.

M'étant livré à des dissections minutieuses des fosses nasales, en 1858, lors de mon concours d'aide d'anatomie, j'ai constaté une texture spéciale de la muqueuse qui tapisse l'orifice postérieur de l'appareil olfactif, à savoir, l'existence en ce point d'un périoste très-épais, formant une espèce de bordure ou d'anneaux de 1 centimètre de large. Il y a là en quelque sorte une espèce de transi

(1) Suite. — Voir le numéro de mardi dernier.

tion entre la muqueuse rouge et tomenteuse du nez et la fibro-muqueuse dense et très-adhérente, aux os qui tapissent les arrière-narines et l'os basilaire de l'occipital.

Il est à noter que, non-seulement les parois externes supérieure et inférieure de l'orifice, mais que la cloison, ou le vomer lui-même sont recouverts du stratum fibreux en question. Ceci m'avait porté à penser que les polypes nasaux postérieurs ou limitrophes de la région pharyngienne et proéminant dans cette cavité, devaient offrir une structure plus dense que les polypes intra-nasaux qui, la plupart du temps, sont muqueux, et qu'on pourrait dès lors les confondre, quant au siége et à l'aspect, avec les polypes *naso pharyngiens* proprement dits. C'est effetivement ce qui est arrivé dans le cas que nous citait M. de Saint-Germain dans la précédente séance. C'est aussi ce qui vient d'être confirmé par l'observation dont nous entretenait tout à l'heure M. Trélat, et c'est ce qui m'a été donné d'observer dans deux cas que je vous demande la permission de relater brièvement.

En 1865, se présentait à moi un vieillard bien portant, sec et de haute taille, âgé de soixante-huit ans et porteur depuis bientôt trois ans d'un polype, qui obstruait la fosse nasale du côté gauche. En examinant par devant, on y apercevait au loin un tout petit mamelon rougeâtre. Mais c'est du côté de la bouche que l'examen devenait instructif. La première chose qui frappait était un abaissement du voile du palais, dont la voûte semblait effacée. Le doigt sentait une rénitence fibreuse due à une tumeur dure, blanchâtre, fibreuse, pédiculée à sa partie supérieure, et qui semblait en continuité de tissu avec le prolongement nasal.

L'extirpation faite par la bouche, comme il sera dit plus bas, nous permit d'enlever une tumeur du volume d'une grosse noix lisse, globuleuse, d'apparence fibreuse aussi bien à la surface que sur la coupe, sauf pour le prolongement nasal, en forme d'appendice pyramidal, dont la consistance rappelait tout à fait un polype muqueux. Il est à noter que la masse principale était plus molle au centre qu'à la circonférence et qu'elle semblait contenir fort peu de vaisseaux.

Le malade n'avait jamais eu d'hémorrhagie, sauf trois fois, que des chirurgiens malavisés avaient tenté d'extraire le polype par le nez.

Vu le peu de vascularité de la tumeur, nous sommes à nous demander si le sang ne provenait pas bien plus des meurtrissures produites par les tentatives réitérées d'extraction sur la membrane schneidérienne que de la tumeur elle-même.

Le malade a parfaitement et définitivement guéri, et n'est mort que six ans plus tard d'une pneumonie.

Le *second cas* est relatif à une jeune femme de vingt-six ans, entrée dans mon service à l'hôpital Saint-Antoine, en 1868.

Les premiers symptômes de la maladie remontaient à deux ans. Le mal a été en progressant, et deux mois avant l'entrée de cette personne à l'hôpital, elle fut prise de fièvre, de céphalalgie, de gène considérable de la déglutition et d'une angine assez intense.

Ne pouvant pas respirer par le nez, la malade tenait la bouche constamment béante. Un fait digne de remarque était que l'inspiration se faisait bien plus facilement que l'expiration, laquelle était même tout à fait supprimée à droite. Nous dirons tout à l'heure le pourquoi.

Par les narines on n'aperçoit rien, tandis que le doigt porté dans le pharynx par l'arrière bouche y sentait une tumeur polypeuse, pédiculée, mobile et offrant une consistance assez dure. La voussure du voile du palais était en partie diminuée. La malade n'avait jamais eu d'épistaxis. L'ablation de la masse morbide faite par le même procédé que dans l'opération précédente, permit de constater qu'il y avait deux polypes, un gros et l'autre petit. Tous deux s'inséraient par un pédicule sur la cloison, le long du bord postérieur du vomer.

Le gros polype, allongé transversalement et légèrement aplati d'avant en arrière, offrait la forme et le volume d'un gros marron, mesurait 4 centimètres dans son grand diamètre, sur 2 de hauteur et d'épaisseur. Son pédicule, long de 1 centimètre, n'avait pas plus de 8 millimètres de diamètre.

L'extrémité gauche de cette masse, dans l'étendue de 1 centimètre environ, correspondait à la narine du même côté, qu'elle recouvrait en partie, comme un couvercle, sans y pénétrer; tandis que le reste de la tumeur correspondait au voile du palais. C'était donc là à une tumeur essentiellement pharyngienne que nous avions affaire.

Le petit polype, de la grosseur d'une cerise, né également du vomer par un pédicule filliforme, obstruait complétement l'orifice de la narine droite à chaque expiration, tandis que dans l'inspiration, il s'en écartait comme une soupape et laissait passer l'air dans le pharynx.

La couleur des deux polypes était rougeâtre; leur consistance intermédiaire à celle des polypes fibreux purs et des polypes muqueux; enfin, à la coupe, ils laissaient écouler une sérosité assez abondante.

La malade sortit de l'hôpital guérie; lorsque, quelques mois plus tard, elle rentrait pour se faire opérer d'une nouvelle petite tumeur développée à la place et avec le volume de celle qui existait dans la narine droite. Même procédé d'extraction, même résultat heureux que dans la première opération, et guérison définitive.

Dans les deux cas que nous venons de mentionner, l'opération consiste à fendre le voile du palais sur la ligne médiane, depuis le bord postérieur du palais osseux jusqu'à la base de la luette exclusivement, de façon à avoir une large boutonnière qui, grâce à la contraction des péristaphylins, se transforme en un grand trou rond permettant de saisir le polype qu'on a sous les yeux avec la plus grande facilité. Chez notre premier malade, sitôt le voile du palais incisé, la tumeur passa dans la bouche par suite de la contraction spasmodique du pharynx, de sorte que nous aurions pu la saisir avec les doigts.

La section partielle du voile du palais sur la ligne médiane, outre qu'elle donne une large voie directe pour l'extraction de la tumeur, fournit à peine quelques gouttes de sang, et offre le grand avantage d'une réunion spontanée de la brèche palatine, sans qu'il soit nullement nécessaire d'avoir recours à une opération nouvelle de staphylorrhaphie, et c'est là, on en conviendra, un grand avantage.

Chez notre seconde malade, cette opération fut répétée, nous l'avons dit, *deux fois*, à quelques mois d'intervalle, et les deux fois, la réunion spontanée des lèvres de la boutonnière palatine fut prompte et complète.

Pour toutes ces raisons, nous donnons incontestablement la préférence à la boutonnière ainsi disposée, autrement dit à l'opération de Manne (d'Avignon). Depuis son apparition, en 1747, cette opération trouva des défenseurs dans J.-L. Petit, Morand, Braslatour (de Bordeaux et plusieurs autres, sans parler de M. Nélaton qui, à la fin de 1848 (séance de la Société de chirurgie du 8 janvier 1849), a su en étendre le champ d'application, en combinant l'opération de Manne avec la résection de la voûte palatine osseuse.

Un mot pour terminer sur le mode d'excision de ces tumeurs.

Dans les deux cas que j'ai eu à traiter, la torsion combinée à la section du pédicule par de longs ciseaux courbés sur le plat, m'a suffi pour enlever la tumeur sans nulle crainte d'hémorrhagie ou de récidive sur place. C'est là un point, à côté de beaucoup d'autres, qui différencient complétement les polypes *pharyngiens d'origine nasale* des polypes *naso-pharyngiens* proprement dits, dont la base d'implantation est au crâne.

On ne saurait dès lors y apporter trop d'attention pour le diagnostic différentiel, le pronostic et le traitement étant essentiellement différents dans les deux cas.

ÉLECTION

La Société procède à l'élection d'un membre titulaire de la Société de chirurgie.

Les candidats ont été présentés par la commission dans l'ordre suivant :

En 1re ligne : M. Le Dentu;
En 2e ligne : MM. Nicaise et Terrier;
En 3e ligne : M. Krishaber.
Il y a eu 26 votants.
Au premier tour de scrutin :
M. Ledentu obtient............ 18 voix.
M. Krishaber................... 6 —
M. Nicaise...................... 2 —

En conséquence, M. Le Dentu est proclamé membre titulaire de la Société de chirurgie.

La séance est levée à cinq heures.

Le secrétaire : TILLAUX.

THÈSES
SOUTENUES A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS
PENDANT L'ANNÉE 1873.

327. Ruelle. Contribution à l'hygiène.
328. Letessier. Considérations sur les fractures indirectes de la colonne dorso-lombaire (10e, 11e, 12e vertèbres dorsales, 1re et 2e lombaires).
329. Borianne. De l'érysipèle phlycténoïde.
330. Bouquerot. De la périarthrite du genou.
331. Nicolle. De la cowpérite.
332. Rosé. Sur quelques points de physiologie de la moelle épinière, éclairés par la clinique et l'anatomie pathologique.
333. Reboul. De l'hémoptysie et de son traitement par la digitale.
334. Timal. Étude sur quelques complications de la sclérose en plaques disséminées.
335. Mayaud. Syphilis secondaire et tertiaire du système nerveux.
336. Guillon. De la cyanose dans la perforation de la cloison interventriculaire.
337. Blain. Des éliminations critiques dans les affections puerpérales et de leur valeur pronostique.
338. Bassereau. Origine de la syphilis.

Le Directeur : Dr E. LE SOURD.

Paris. — Typographie A. POUGIN, quai Voltaire, 13.

SIROP SÉDATIF
D'ÉCORCES D'ORANGES AMÈRES
AU BROMURE DE POTASSIUM
De J.-P. LAROZE, pharmacien,
2, *rue des Lions-Saint-Paul, à Paris.*

Tous les médecins s'accordent à reconnaître au bromure de potassium, chimiquement pur, une action sédative et calmante sur tout le système nerveux. Réuni au sirop Laroze d'écorces d'oranges amères, dont l'action régulatrice des fonctions de l'estomac et des intestins est universellement appréciée, il est administré sans crainte d'aucun accident, chez les adultes, dans les affections du cœur, des voies digestives et respiratoires, les névroses en général et les maladies nerveuses de la grossesse; chez les enfants pour calmer l'agitation, l'insomnie et la toux pendant la dentition. Son dosage mathématique permet aux médecins d'en augmenter ou d'en diminuer la dose suivant le cas. — Le flacon : 3 fr. 50 c. — Dépôt à Paris, 26, rue Neuve-des-Petits-Champs.

Granules arsenicaux de Challonneau
Chevalier de la Légion-d'honneur,
Pharm., 143, *ancien* 129, *rue St-Denis, à Paris.*

Exactement dosés à 1 milligr. et préparés avec les arséniates de **soude**, de **potasse**, de **fer**, **d'ammoniaque**, **d'antimoine**, et avec **l'acide arsénieux.** — *Exiger mon cachet et ma signature.*

FER QUEVENNE
Approuvé par l'Académie de médecine. Autorisé par circulaire spéciale du Ministre.

Extrait de l'*Annuaire de thérapeutique* de 1870, p. 161 :

« La préparation qui se prête le mieux à toutes « les indications est le FER QUEVENNE. 1 ou 2 dé« cigrammes (une ou deux mesures) pris au prin« cipal repas, dans la première cuillerée de soupe, « constituent le mode d'emploi des ferrugineux le « plus inoffensif et le plus sûr. » — *Bouchardat.*

Le succès constant de ce produit explique les nombreuses imitations et contrefaçons dont il est l'objet, et qui cachent sous des étiquettes trompeuses des produits inférieurs et d'une efficacité douteuse. Pour éviter ces fraudes, exiger :

1° *La marque de fabrique ;*
2° Le *cachet Quevenne* aux deux extrémités du flacon ;
3° Le nom *Emile Genevoix*, dépositaire général à Paris, 14, rue des Beaux-Arts.

Prix du flacon, avec la petite mesure, 3 fr. 50.

MALADIES DE LA PEAU
LA POMMADE
Du Docteur J. BERNARD

Appliquée sur les surfaces cutanées malades, modifie leur vitalité dans l'*Eczéma*, remédie à l'état de sécheresse de l'épiderme dans le *Pityriasis*, l'*Ichthyose*; s'oppose à l'épaississement et au fendillement des tissus dans le *Lichen*, le *Psoriasis*, calme et dissipe les démangeaisons des *affections prurigineuses.*

DÉPOT : Phar. SEGUIN, 378, r. St-Honoré.

EAU ANTI-HÉMORRHAGIQUE
DE TISSERANT

Expérimentée avec succès par plusieurs célébrités médicales, notamment par RÉCAMIER, dans son service à l'Hôtel-Dieu ; par MM. FRÉMY et MONOD, médecins des hôpitaux ; par MM. les docteurs PORTALÈS, RIÉGÉ, etc., etc., pour le traitement des *hémorrhagies* (notamment les *hémoptysies*, les *métrorrhagies*, les *ménorrhagies*, etc.), — des *flux muqueux*, tels que les *leucorrhées*, les *diarrhées simples* ou *dysentériques*, etc.

MM. les médecins qui n'auraient pas encore expérimenté ce médicament, sont priés d'en faire prendre un flacon, qui leur sera délivré gratuitement à la PHARMACIE SAVOYE, boulevard Poissonnière, 4, à Paris.

CHOCOLAT FERRUGINEUX-COLMET

à la limaille de fer porphyrisé chimiquement pure. EFFICACITÉ CERTAINE : Son goût agréable permet aux personnes difficiles d'en continuer l'usage. La boîte, 3 fr. — COLMET, 12, r. Ne-St-Merry, *Paris.*

Dragées Chantrel **au bromure de potassium**, *chimiquement pur (sans trace d'iode)*

Traitement des Névroses en général, Chorée, Hystérie, Epilepsies, Migraines, etc., etc.

Vente en gros chez DESNOIX et Ce, rue du Temple, 22, Paris. Au détail dans toutes les pharmacies.

EPILEPSIE
HYSTERIE — NEVROSES

Le SIROP DE HENRY MURE, **au bromure de potassium** (exempt d'iodure), dont l'usage est aujourd'hui universellement répandu, a déterminé un nombre considérable de guérisons publiées dans les recueils scientifiques.

Chaque cuillerée de SIROP DE HENRY MURE contient 2 grammes de **bromure de potassium** d'une pureté chimique irréprochable.

PRIX DU FLACON : 5 francs.

Vente au détail. — A Paris, 16, rue de Richelieu, pharmacie LEBROU.

Vente en gros. — S'adresser à M. HENRY MURE, pharmacien, à Pont-Saint-Esprit (Gard).

CARBONATE ET CITRATE DE LITHINE EFFERVESCENTS
DE CH. LE PERDRIEL

employés avec succès contre la **Goutte**, les **Douleurs rhumatismales** et la **Gravelle.**

GRANULOIDES OU PETITES DRAGÉES DE CARBONATE ET DE CITRATE DE LITHINE

Dosés à **0,05** *centigrammes.*

Exiger le vrai cachet LE PERDRIEL. — Vente en gros : 54, rue Sainte-Croix de la Bretonnerie
Détail : 70, rue du Faubourg-Montmartre, à Paris, et dans toutes les Pharmacies.

SIROP DE CHLORAL
DE FOLLET
Pharmacien à Paris

Les précieuses propriétés du chloral, produit dérivé de l'action du chlore sur l'alcool, ont vivement captivé l'attention du corps médical, qui ne cesse de les mettre à profit comme sédatif contre l'élément *Douleur.*

Pendant quelque temps le chloral employé en France nous était fourni par l'Allemagne, et ce produit, livré à la consommation sans garantie d'aucun cachet de fabricant, laissait souvent beaucoup à désirer sous le rapport de sa pureté, ce qui explique certaines divergences dans les résultats obtenus tout d'abord par l'emploi de ce médicament.

M. Follet, pharmacien à Paris, ayant monté une fabrique pour la préparation du chloral, garantit la pureté absolue du chloral qui porte son cachet; et pour faciliter l'emploi de ce précieux médicament, il prépare un sirop de chloral qui contient :

1 gramme de chloral par cuillerée à bouche
soit 50 centigr. — — à café

Le **SIROP DE CHLORAL DE FOLLET**, à la dose ordinaire de 1 à 2 cuillerées à bouche, procure aux malades un sommeil calme et réparateur qui leur apporte un grand soulagement, relève leurs forces et leur courage, et facilite grandement la réaction, sans jamais provoquer aucun de ces accidents si souvent produits par les opiacés.

C'est en raison de ces propriétés éminemment sédatives que le **SIROP DE CHLORAL DE FOLLET** est employé avec succès dans les cas d'insomnie, névralgies diverses, goutte, rhumatisme, migraine, asthme, bronchite, phthisie, coliques hépatiques ou autres, cancer, éclampsie, tétanos, etc.

Pendant le siége de Paris, M. le docteur B. F., chef d'un service de blessés au Val-de-Grâce, a publié, dans le *Bulletin de thérapeutique*, une série d'observations sur les résultats obtenus avec le Chloral que nous avions mis à la disposition de l'hôpital ; les blessés en réclamaient l'usage avec instance.

Prix du flacon : 3 francs

DÉPOT A PARIS, A LA PHARMACIE, 7, RUE DE LA FEUILLADE

ET DANS LA PLUPART DES PHARMACIES

N° 109. — SAMEDI 20 SEPTEMBRE 1873. 46e ANNEE. SAMEDI 20 SEPTEMBRE 1873. — N° 109.

Ce journal parait trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Bureaux : 57, rue des Saints-Pères, 57
PRÈS L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix d'abonnement doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

On s'abonne hors de Paris dans les bureaux des Messageries et chez les Libraires. Les lettres non affranchies sont refusées.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui n'en peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS: Trois mois. . . 8 fr. 50 c. — Six mois. . . 16 — — Un an. . . . 30 —

POUR L'ÉTRANGER le port en sus suivant les derniers tarifs des Postes.

REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE

Le choléra dans les hôpitaux de Paris.

D'après un document officiel communiqué vendredi dernier à la Société médicale des hôpitaux par son secrétaire général M. Besnier, voici quel était le mouvement des cholériques admis, entrés et décédés dans les hôpitaux de Paris, du 4 septembre, jour où la maladie avait été signalée pour la première fois à l'Hôtel-Dieu et à Saint-Louis, jusqu'au 11 septembre inclusivement :

	ADMISSIONS de l'ext.	ADMISSIONS De l'int.	Total.	Sorties.	Décès.	Total des sorties et des décès.	Rest. au soir.
Hôtel-Dieu....	19	2	21	1	8	9	12
Pitié.......	3	1	4	»	2	2	2
Charité	8	4	12	»	9	9	3
Saint-Antoine. .	4	»	4	1	2	3	1
Necker	4	»	4	»	1	1	3
Beaujon......	2	1	3	»	2	2	1
Lariboisière....	10	7	17	1	13	14	3
Saint-Louis	4	10	14	»	10	10	4
Vieillesse (fmes).	2	»	2	»	2	2	»
Totaux....	56	25	81	3	49	52	29

Le 11, comme on le voit, le total des malades traités dans les hôpitaux était de 81, sur lesquels 3 sorties, 49 décès et 29 malades restant en traitement.

Du 11 au 18, le nombre des malades admis s'est un peu accru, mais très-faiblement. Il a été de 86, 5 de plus que pour la période du 4 au 11. Le total des entrées jusqu'au 18 inclus est, en effet de 167, sur lesquels 6 sorties ; 97 décès et 64 malades restent en traitement.

Voici le détail du mouvement pour la journée du 18 :

	Existant au matin	Admissions de l'ext.	Admissions de l'int.	Total	Sorties	Décès	Total des sort. et des décès	Rest. au soir
Hôtel-Dieu..	19	»	2	21	»	4	4	17
Pitié.......	2	»	»	2	»	»	»	2
Charité.....	4	1	2	7	»	1	1	6
St.-Antoine.	4	»	»	4	»	»	»	4
Necker. ...	3	»	»	3	»	»	»	3
Beaujon....	10	1	»	11	»	2	2	9
Lariboisière.	15	4	3	22	»	6	6	16
St-Louis....	4	»	»	4	»	»	»	4
Enfants mal.	1	1	»	2	»	1	1	1
M. de santé.	1	1	»	2	»	»	»	2
Total...	63	15		78	14	14	14	64

Comme on en peut juger par cette rapide statistique, l'épidémie ne fait que de très-lents progrès, la mortalité continuant à rester proportionnellement assez élevée, ce qui s'explique d'ailleurs par l'augmentation relative des cas déclarés pendant ces derniers jours dans l'intérieur des hôpitaux.

Nous n'avons rien à signaler de nouveau aujourd'hui sous le rapport de la marche et des caractères des cas nouveaux qui se sont produits depuis notre dernière revue, si ce n'est que parmi les décès de cette semaine, plusieurs ont eu lieu pendant la période de réaction, tandis que dans les premiers huit jours la plupart des décès avaient eu lieu dans la période algide ou asphyxique.

Nous n'avons pas eu le temps encore de faire une enquête suffisante sur les moyens de traitement mis en usage dans les différents services. Nous croyons savoir seulement qu'aucun moyen nouveau n'a encore été mis à l'essai, si ce n'est, nous a-t-on dit, un cas de transfusion du sang qui aurait été tentée à l'hôpital Beaujon, mais sans succès. Nous nous tiendrons au courant de ce qui pourrait intéresser nos lecteurs à cet égard.

Où en est la question de la propylamine?

Un de nos jeunes confrères, membre de la mission égyptienne en France, M. le docteur Aïssa Hamdy, va nous mettre à même de répondre à cette question. Désireux, d'une part, de constater par lui-même les effets thérapeutiques de la propylamine et de remonter ensuite de ces effets à l'action physiologique de cet agent sur l'économie, M. Aïssa Hamdy a entrepris parallèlement une série d'observations cliniques et d'expérimentations physiologiques dont il a consigné les résultats dans un très remarquable travail qu'il vient de publier tout récemment (1). Nous n'emprunterons pour le moment à ce travail que le résumé des observations et expérimentations cliniques, réservant pour un autre article l'énoncé des résultats de l'étude physiologique.

M. Aïssa Hamdy a recueilli huit observations de rhumatismes articulaires traités par la propylamine, tant dans le service de M. le professeur Béhier à l'Hôtel-Dieu, que dans celui de M. H. Roger à l'hôpital des Enfants.

Voici l'exposé sommaire de ces huit observations :

La première a trait à un jeune homme de dix-huit ans, atteint de rhumatisme articulaire le 18 février dernier et entré à l'Hôtel-Dieu le 26 du même mois. Il s'agissait chez ce malade d'un rhumatisme de moyenne intensité, où toutes les grandes articulations furent prises, mais avec une fièvre modérée, le

(1) *Étude clinique et physiologique sur la propylamine et la triméthylamine*, par Aïssa Hamdy. — 1873, chez P. Asselin.

pouls n'ayant pas dépassé 92 et la température 38°,1, et sans autre complication qu'une très-légère endocardite. La propylamine fut donnée pendant onze jours à la dose de 1 gramme, excepté le premier et le dernier jour, où il n'en fut donné que 0gr,50, et le septième jour, où la dose fut élevée à 1gr,50. Dès le quatrième jour, l'amélioration fut bien marquée et elle ne cessa d'augmenter jusqu'à la guérison complète obtenue le neuvième jour du traitement et le dix-septième de la maladie. La fièvre diminua en même temps que les douleurs articulaires, le sommeil fut plus calme, les urines et même un instant la sueur augmentées ; il y eut un prompt retour de l'appétit.

Dans la deuxième observation, il s'agit d'un homme de dix-neuf ans, atteint de rhumatisme articulaire aigu le 16 février dernier et entré à l'Hôtel-Dieu dans le service de M. Béhier le 19.

Ce malade a été traité par la propylamine en potion à la dose de 50 centigrammes d'abord, puis 1 gramme, 1gr,50 et 2 grammes. Ce traitement n'a été commencé que le sixième jour de la maladie. Il y a eu pendant ce traitement des sueurs très-abondantes. Les douleurs, amendées le cinquième jour du traitement, n'ont cessé complétement que le seizième jour, vingt et unième jour de la maladie.

Le sujet de la troisième observation est une jeune femme de vingt-trois ans, prise d'un rhumatisme articulaire pendant la convalescence d'une pleurésie gauche pour laquelle elle avait déjà fait un séjour de trente-cinq jours à l'Hôtel-Dieu et rentrée dans ce même hôpital le 30 janvier, présentant l'état suivant : articulations tibio-tarsiennes et métatarso-phalangiennes droites, ainsi que les deux dernières métacarpo-phalangiennes du même côté, tuméfiées, douloureuses au toucher, et presque immobiles; souffle à la pointe du cœur au premier temps et à la base, etc.

Une double expérience clinique a été faite chez cette malade, l'une avec le chlorhydrate liquide de propylamine, l'autre avec la propylamine.

Le chlorhydrate de propylamine a été donné quatre jours de suite aux doses de 10, 15, 20 et 30 centigrammes, dans une potion aromatisée. Le rhumatisme était au vingtième jour lorsque le traitement fut commencé. Pendant sept jours avant l'entrée de la malade à l'Hôtel-Dieu, pendant les neuf jours qui suivirent et où elle fut soumise au traitement par le bicarbonate de soude et le sulfate de quinine, et enfin pendant quatre jours d'expectation, en tout vingt jours, les douleurs et le gonflement ainsi que la fièvre n'avaient pas cessé de persister à un égal degré, et même d'augmenter.

Dès le deuxième jour de l'administration du sel propylamique, la malade éprouva un grand soulagement, et le quatrième jour les douleurs de la main avaient disparu, le pouls était tombé à 104, la température à 37°2.

Les deux jours suivants, la potion prescrite n'ayant pas été prise, les douleurs reparurent ; le pouls, ainsi que la température, s'élevèrent de nouveau (P. 116, T. 38°,5). On n'avait plus de chlorhydrate de propylamine, on prescrivit une potion de 50 centigrammes de propylamine.

Dès le jour suivant, les douleurs étaient moins fortes, les doigts pouvaient être redressés, le pouls était redescendu à 110, temp. 38°.

On prescrivit, les deux jours suivants, un gramme de propylamine, mais la dose ne fut prise seulement qu'à moitié; aussi les progrès de l'amélioration furent-ils lents. Mais, à dater du quatrième jour de cette deuxième médication, la malade ayant pris la dose entière (1 gramme) et plus tard, le sixième jour, 2 grammes, les douleurs disparurent aux pieds comme aux mains pour ne plus revenir.

Mais, ajoute M. Hamdy, cette dose élevée produisit chez cette malade des phénomènes d'intolérance nerveuse assez analogues à la surexcitabilité que présentent, comme nous le ferons voir plus tard, les animaux soumis à l'usage expérimental de la propylamine. Elle éprouva des tremblements, des douleurs dans les tempes, des étouffements, etc.

On voit dans ce fait la preuve et la contre-épreuve de l'action du médicament, par le fait des alternatives d'aministration et de suppression, de diminution ou d'augmentation des doses. On y voit, en effet, un rhumatisme articulaire subaigu et fixe très-amendé par un premier traitement de quatre jours avec le chlorhydrate de propylamine revenu à sa première intensité par la suspension du remède, guérir définitivement par un deuxième traitement de six jours avec la propylamine.

Dans un quatrième cas de rhumatisme noueux subaigu chez une femme de cinquante-deux ans, entrée à l'Hôtel-Dieu le 15 février, après plusieurs atteintes de rhumatisme dans les articulations radio-carpiennes et métatarso-phalangiennes droites, pour une reprise de douleurs semblables dans le poignet droit s'étendant au coude du même côté, on voit sous l'influence d'un traitement commencé par le chlorhydrate de propylamine (les deux premiers jours) et continué par la propylamine, tous les symptômes s'amender dès le deuxième jour, les douleurs diminuer, le pouls et la température s'abaisser. L'amélioration s'accentuant les jours suivants, les douleurs avaient complétement cessé le sixième jour ; il ne restait plus que les nodosités articulaires.

Une cinquième malade, femme de trente-huit ans, déjà atteinte de vaginite et d'ulcération du sacrum, prise le 15 février dernier de douleurs articulaires dans les genoux, l'épaule gauche, le coude droit et les doigts des deux mains et entrée à l'Hôtel-Dieu le 22 du même mois, est soumise dix jours après le début de son rhumatisme à l'usage du chlorhydrate de propylamine aux doses successives de 10, 20, 30, 40, 50, 75 centig., et le cinquième jour on constate une diminution notable des douleurs, qui avaient totalement disparu le neuvième jour. Pendant ce premier traitement de huit jours, le pouls s'est ralenti, mais la température n'a pas été sensiblement influencée.

Deux jours après la cessation du sel de propylamine, les douleurs articulaires reparaissent, et le quatrième jour on recommence de nouveau par 50 centigrammes de chlorhydrate. Ce nouveau traitement dure sept jours. Dès le quatrième jour toutes les articulations étaient libres, à l'exception des métacarpo-phalangiennes droites, qui se dégagèrent les jours suivants ; mais il était survenu une douleur vive au grand trochanter droit, que l'on ne put faire disparaître qu'à l'aide d'injections hypodermiques de chlorhydrate de morphine sur le point douloureux.

Deux jours après la cessation de ce traitement, les douleurs reparaissent dans le pouce gauche, deux jours plus tard dans les jointures du bras droit. Ces dernières douleurs ont cédé à l'administration du sulfate de quinine, à la dose de 75 centigrammes en deux prises, qui fut continuée pendant six jours.

Ainsi qu'on le voit, en résumé, dans ce fait, un premier traitement de huit jours par le chlorhydrate de propylamine avait fait cesser les douleurs articulaires, qui reparaissent deux jours après. Un deuxième traitement de sept jours fait encore disparaître les douleurs, qui reparaissent quatre jours après, pour ne céder définitivement qu'au sulfate de quinine.

Chez un jeune garçon de quatorze ans, pris, le 4 février, de douleurs dans les articulations des genoux et des cou-de-pieds avec fièvre assez vive, et entré le 12 à l'hôpital des Enfants, dans le service de M. H. Roger, le traitement par la propylamine, commencé le huitième jour de la maladie, à la dose de 75 centigrammes, a produit en sept jours la cessation des douleurs et de la fièvre. Il y a eu, deux jours après la cessation du traitement, une rechute et évolution d'une nouvelle poussée rhumatismale qui, malgré la reprise de la propylamine, a duré encore huit jours, après quoi la guérison a été complète.

Enfin, le sujet de la dernière observation est un jeune homme de dix-neuf ans qui, après cinq attaques de rhumatisme, toutes traitées par le sulfate de quinine aux doses de 1 gramme à 1 gramme 50, a été repris, vers la fin de janvier dernier, de douleurs avec gonflement et rougeur du poignet droit, de la hanche, du genou et des articulations tibio-tarsiennes du côté gauche, avec affection organique du cœur. Le traitement par la propylamine, commencé le 1er février, d'abord à la dose de 50 centigrammes, puis de 1 gramme et 1 gramme 50, a amené en dix jours la cessation des douleurs.

Nous exposerons, dans un autre article, les résultats des expériences physiologiques, et nous déduirons, avec M. Hamdy, les conclusions pratiques qui ressortent de ces deux séries de faits parallèles.

Dr B...

FIÈVRE INTERMITTENTE ORTIÉE

Par M. le docteur Burq

La fièvre intermittente ortiée exerce sur le système nerveux une très-puissante action. Les auteurs classiques n'ont pas manqué de la mentionner. On trouve même, dans la dernière édition des *Leçons cliniques de Trousseau*, tome I, p. 203, le fait d'une jeune femme qui, à la suite d'une maladie de cette nature, tomba dans la stupeur et fut paralysée des extrémités. Mais, malgré de nombreuses recherches, il nous a été impossible de rien découvrir qui ait de la similitude avec le cas que nous allons rapporter, soit au point de vue de l'étiologie, soit au point de vue de la pathogénie.

V... ne porte pas d'antécédents héréditaires fâcheux. Nous savons seulement qu'il a été délicat pendant son enfance. La scrofule a-t-elle joué un rôle dans les manifestations morbides qu'il a offertes? Certains maux d'yeux, qui lui sont survenus à l'âge de cinq ans, les nodosités des membres qui ont retenu sa taille au-dessous de la moyenne sembleraient donner prise à cette hypothèse. Cependant il est fils de parents très-vieux, jouissant d'une très-bonne santé; son faciès indique le tempérament nervoso-bilieux.

Concierge dans un institut de province, cet homme exerçait en même temps le métier d'ébéniste. Mais il perdit ses quatre enfants presque coup sur coup, le travail nécessaire à sa subsistance lui manqua et il fit des dettes, origine de profonds chagrins qui ne précédèrent pas de beaucoup la maladie en question.

Dans les premiers jours de juillet 1871, V..., âgé de cinquante ans, est pris de frissons, de fièvre et de délire ; son corps se couvre d'innombrables plaques d'urticaire, localisées principalement sur le front et les tempes, avec prurit intense. Une abondante sueur termine l'accès. Le lendemain, les mêmes phénomènes se reproduisent, et dans le même ordre. Le surlendemain, nouvelle crise analogue et accompagnée, cette fois, d'un délire violent avec hallucinations. Il croit voir un homme qu'il vient de tuer et couper en morceaux. Il se hâte de faire disparaître ces lambeaux de chairs palpitantes... La tête, trop dure à diviser, reste là. Cette tête sanglante le regarde avec des yeux fixes. Il cherche à s'en détourner ; elle le suit partout, comme pour lui reprocher son forfait.

Le lendemain, le malade se réveilla sans fièvre, les plaques d'urticaire disparurent rapidement, ainsi que les autres symptômes organiques; mais le cauchemar de la veille avait laissé une impression profonde dans l'esprit du malheureux. Le matin, dans la journée, au milieu de ses travaux, il aperçut plus d'une fois la tête menaçante. Il en vint à se persuader qu'il avait effectivement commis quelque crime, et, pour ne pas être un sujet de honte et de déshonneur pour les siens, il pensa à en finir avec la vie. Un soir donc, il s'égara dans la campagne et voulut s'amputer la verge ; mais il s'arrêta dans sa tentative, qui se borna à une profonde entaille. Il avait choisi cet organe parce qu'il se figurait que c'était le canal le plus favorable à l'épuisement du sang. A peine l'opération achevée, V... changea d'idée et revint à la hâte à son domicile pour se faire soigner.

Depuis cette époque, la tête ne lui apparut plus; mais, à plusieurs reprises, le souvenir poignant lui en revint à la mémoire. Au mois de juillet dernier, V..., redoutant le sinistre anniversaire de sa vision, partit subrepticement de son domicile pour venir à Paris. Il voulait changer d'air, revoir une ville où il avait vécu quatorze ans, chercher une place de concierge qu'on lui avait fait espérer. A peine débarqué, V... court à l'église et commence une neuvaine. Mais, tout à coup, il se ravise, et se demande pourquoi il est venu à Paris. Il retourne à l'hôtel pour chercher ses malles et regagner le chemin de fer. Le directeur de l'institut se présente alors à lui. V..., frappé d'étonnement, fond en larmes.

Que se passe-t-il alors ? c'est ce que V... n'a pas su dire. Quoi qu'il en soit, son directeur fit des démarches à la préfecture de police pour le faire entrer à Bicêtre. Les médecins du dépôt déclarèrent qu'il était atteint d'accès maniaques, et on ne tarda pas à l'envoyer à Sainte-Anne, où il fut reconnu atteint d'excitation avec idées mélancoliques; et enfin, le 4 août 1871, il nous arriva ici. Du délire, il ne restait plus que des traces, et nous dûmes constater du calme, la docilité, la raison qui s'est maintenue jusqu'à ce jour.

L'état général du malade est bon. Il s'occupe à l'école. Il nous raconte avec lucidité les accidents bizarres auxquels il a été en proie, les soins qui lui ont été donnés à cette occasion, et la crainte que lui inspirait l'éventualité d'une récidive.

Le seul nuage qu'il restait à dissiper, c'est l'obscurité de la mémoire pour ce qui regarde les causes de sa dernière séquestration et les détails relatifs à cette même récidive, dont il ne semble pas avoir conscience.

A quoi avons-nous eu affaire ici ? Il est impossible de nier la relation de cause à effet qui a eu lieu dès le début de la fièvre. Si l'affection mentale doit s'expliquer par les seuls chagrins, pourquoi la moitié des hommes ne seraient-ils point fous, sur cette terre où tout est misère, épreuves, luttes, douleur ?

Les écarts de régime, les excès de l'inconduite, les legs héréditaires ne sont point en cause.

Force d'admettre que le délire a été produit par une fièvre ortiée ou pernicieuse, peu importe le nom, qui aura trouvé un système nerveux préparé, mais purement préparé.

Quant à savoir la raison pour laquelle ce délire a persisté, en dépit du traitement, il n'est guère plus aisé de le savoir que s'il se fût agi d'une dothiénentérie, d'une rougeole, d'un érysipèle, etc.

En attendant les explications, constatons le fait, qui éveillera sûrement l'attention des observateurs.

REVUE DE LA PRESSE

De l'application des courants électriques continus à l'odontalgie. — M. le docteur Bouchaud, s'appuyant sur une centaine de cas, fait valoir les bons effets de l'application des courants

continus au traitement de l'odontalgie. Deux ou trois séances d'électrisation de trente à quarante minutes chaque, avec un courant de 12 à 15 éléments ont suffi, dans la plupart des cas, pour faire disparaître des douleurs extrêmement vives et datant de plusieurs jours. Ce moyen a même réussi dans des cas où des remèdes vraiment utiles, ayant souvent produit de bons effets, tels, par exemple, que la mixture de Magitot (teinture de benjoin, chloroforme, laudanum), même donnés à haute dose, n'avaient produit aucun résultat. Les douleurs purement nerveuses ne sont pas les seules qui soient susceptibles d'être calmées par ce moyen. Ainsi, toutes les douleurs de dents, quel que soit l'état de celles-ci, peuvent disparaître sous l'influence du courant. C'est le pôle positif qui doit être appliqué au niveau de la dent, le pôle négatif, dans certains cas, ayant au contraire réveillé les douleurs. En cas de récidive, le soulagement peut être prolongé à l'aide de galvanisations répétées.

C'est à la pile de Callaud que M. Bouchaud a eu recours. Il faut, pour éviter les eschares, avoir des électrodes un peu larges et les changer de place fréquemment. Diminution de l'irritabilité du trijumeau, d'une part; d'autre part excitation des vaso-moteurs, contraction des capillaires, diminution de la fluxion, tel est le mode d'action que, d'après Onimus et Legros, M. Bouchaud croit devoir attribuer dans ces cas aux courants continus. Les effets obtenus sont les suivants ; cessation soudaine des douleurs extrêmement vives; quand la douleur est sourde, le soulagement est moins brusque; c'est d'abord la disparition des irradiations douloureuses qui s'étendent à la face; la perte de la sensibilité normale de la dent au froid, au chaud, au toucher, une sécrétion plus abondante de salive. L'odontalgie vraie guérit bien plus facilement que les autres douleurs qui lui ressemblent.

En résumé, dans l'odontalgie, un courant électrique continu de dix éléments en moyenne, dont le pôle positif est appliqué sur la joue au niveau de la dent malade et le pôle négatif sur la région antéro-latérale du cou, du même côté, procure généralement en quelques minutes un soulagement absolu qui persiste indéfiniment dans la majorité des cas. (*Bulletin de thérapeutique.*)

Traitement des hémorrhoïdes par la cautérisation linéaire de l'anus. — M. Voillemier, après avoir rappelé les différents procédés de cautérisation mis en usage dans le traitement des hémorrhoïdes, et signalé leurs inconvénients et leurs dangers, a cherché un moyen à la fois efficace et inoffensif de débarrasser, par ce procédé, les malades de cette pénible affection. Réfléchissant qu'un très-grand nombre d'individus ont des hémorrhoïdes internes volumineuses dont ils ne souffrent presque pas, et qu'ils ne se plaignent que lorsqu'elles s'échappent et forment une tumeur au dehors, M. Voillemier eut l'idée de respecter les tumeurs hémorrhoïdales elles-mêmes, et de s'opposer seulement à leur sortie. Voici le procédé qu'il emploie : Le malade, chloroformisé, est couché sur le bord d'un lit, dans la position adoptée pour l'opération d'une fistule à l'anus. Le chirurgien badigeonne largement l'anus et les parties voisines avec du collodion, pendant qu'un aide fait évaporer avec un soufflet les vapeur d'éther qui ne manqueraient pas de s'enflammer à l'approche du cautère. Il suffit de faire chauffer deux petits cautères de forme cultellaire, dont la partie opposée au manche doit avoir deux centimètres de long et un de large. Le chirurgien en introduit un à la profondeur de un centimètre dans l'anus en appuyant le talon de l'instrument sur l'orifice cutané un peu plus que sur la muqueuse, et pratique quatre lignes de cautérisation en avant, en arrière, à droite et à gauche. Pour tout pansement, compresses imbibées d'eau fraîche.

Sous l'influence de la congestion produite par la cautérisation, la tumeur hémorrhoïdale reparaît dans les premiers jours, parfois même plus volumineuse; mais bientôt elle cesse d'être douloureuse et finit par rentrer d'elle-même complétement. Quarante-trois individus opérés par ce procédé ont guéri sans le moindre accident. Le temps nécessaire à la guérison, variable d'ailleurs avec le volume de la tumeur, le relâchement de l'anus et l'âge du malade, n'a jamais dépassé un mois. (*Gazette hebdomadaire.*)

Autoplastie expérimentale. — M. Ledentu a communiqué, au Congrès scientifique de Lyon, un nouveau procédé d'autoplastie conjonctivale appliqué au traitement du symblépharon. Ayant eu à opérer un jeune homme qui, à la suite d'une brûlure par la chaux, avait une adhésion cicatricielle de la paupière inférieure à la moitié du globe de l'œil, remontant aux deux tiers de la cornée, M. Ledentu eut l'idée de prendre, à la partie supérieure de la conjonctive un grand lambeau en pont et de le porter à la partie supérieure du globe. Pour cela, il disséqua la partie adhérente à la cornée, en l'isolant largement de chaque côté; il avait ainsi un cul-de-sac à deux surfaces cruentées. Portant alors le bistouri sur la conjonctive à la partie inférieure du bulbe, il la détacha en remontant par une incision demi-courbe portant à deux millimètres au-dessus de la cornée. Par une deuxième incision curviligne au-dessus, il put détacher le lambeau conjonctival et le rabattre entre les deux faces saignantes de la première dissection. La partie supérieure du bulbe est alors dénuée de conjonctive, mais les deux surfaces sont séparées. M. Ledentu fit cinq points de suture en bas, et trois en haut. (*Congrès de Lyon.*)

Moyen de prévenir les accidents de septicémie qui résultent souvent de l'ablation de lipomes volumineux. — M. Demarquay, afin de parer à ces accidents souvent mortels, propose de conserver, pendant l'opération, la même enveloppe fibreuse qui entoure le lipome et l'isole des tissus au milieu desquels il est placé. Cette membrane protége les parties voisines contre toute infiltration séro-sanguinolente ou séro-purulente, infiltration généralement fort grave quand elle a lieu dans les parties profondes et qu'elle arrive au contact des muscles séparés de leur aponévrose. Il suffit, pour conserver cette membrane, d'inciser la peau, le tissu cellulaire, les muscles, et une fois arrivé sur la tumeur, d'inciser celle-ci à son tour et de détacher la masse graisseuse de son enveloppe dans toute son étendue. On panse ensuite la plaie avec quelques boulettes de charpie qu'on laisse en place jusqu'à ce qu'elles soient éliminées par la suppuration. Récemment M. Demarquay a opéré un volumineux lipome de cette manière, a réuni la plaie et y a laissé un drain afin de favoriser l'écoulement des liquides. La malade a parfaitement guéri. Ce succès a été suivi de plusieurs autres. (*Bulletin de thérapeutique.*)

Nouveau procédé d'opération de la cataracte. — M. Gayet, dans les cas où la capsule est saine, fait l'incision scléroticale comme dans la méthode de de Græfe; seulement, au lieu d'inciser la capsule suivant ses axes polaires, il en fait la discision sur l'équateur du cristallin. Le déplacement du cristallin, recouvert de sa capsule, de manière à le faire saillir entre les lèvres de la plaie scléroticale, n'offre pas de difficultés. Les avantages de cette modification consistent dans ce fait que l'on vide la capsule de tous les débris dont on ne peut la débarrasser dans les autres procédés. *Gazette médicale.*)

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Séance du 12 avril 1873 (1). — Présidence de M. Lunier.

LECTURE

M. DE SAINT-GERMAIN présente à la Société deux observations sur l'imperforation de l'anus, ou atrésie rectale.

Messieurs, j'ai l'honneur de présenter à la Société deux observations qui m'ont paru intéressantes, tant au point de vue de l'affection en elle-même, que relativement à la thérapeutique employée.

Il s'agit de l'imperforation de l'anus ou de l'atrésie rectale.

Le 23 décembre 1872, M. Giraldès, à qui je succédais à l'hôpital des Enfants-Malades, me laissait, parmi les malades de son service,

(1) Suit[illegible] uméros des 6 et 13 septembre 1873.

un petit garçon qu'il avait opéré par la méthode de Littre. Cet enfant était mourant. Il succomba le 25, et l'autopsie, faite en présence de M. Giraldès, démontra l'existence d'une sorte de soudure de l'extrémité inférieure du rectum à la face concave du sacrum, et cela à une hauteur que l'on pouvait évaluer à 5 centimètres de l'anus; car chez cet enfant l'anus existait, et le doigt pénétrait dans un cul-de-sac profond.

Peu de temps après, vers la fin de janvier, un enfant fut amené à l'hôpital des Enfants-Malades à peu près dans les mêmes conditions. Un de mes internes était de garde; il me fit prévenir et j'arrivai vers quatre heures du soir. Pendant le trajet, je réfléchissais à ce que j'allais faire, et je n'étais pas sans éprouver une certaine inquiétude. Je n'avais jamais vu, et par conséquent jamais fait d'opération semblable. Aussi, à peine arrivé à l'hôpital, je me mis à compulser avec mon interne M. Maunoury ce qui avait été écrit sur ce sujet. Après avoir successivement dépouillé Holmes, Giraldès, Guersant, nous nous arrêtâmes quelque temps au procédé d'Amussat, qui nous séduisait par le siége même de l'opération, mais nous reculâmes devant l'extrême difficulté de sa fixation à l'aide de sutures d'un intestin situé à une très-grande hauteur (mon interne m'assurait, en effet, avoir pu introduire le petit doigt dans l'anus à quelque six centimètres). Nous nous fixâmes donc à la méthode de Littre, laquelle consiste, comme on le sait, à créer une voie artificielle par une incision pratiquée au-dessus de l'arcade crurale. Nous fûmes, je l'avoue, un moment embarrassés au sujet du côté à choisir. Devions-nous opérer à droite ou à gauche? Comme il s'agissait de diviser le gros intestin, Huguier affirmait qu'on le trouvait toujours à droite. M. Giraldès voulait, au contraire, que l'on opérât à gauche, et sa statistique nous parut assez concluante pour nous faire choisir le côté gauche.

Nous nous rendîmes dans mon service, et je pus constater *de visu* ce que m'avait annoncé mon interne, à savoir la profondeur du cul-de-sac anal, l'absence de sensation d'ampoule rectale, et je pratiquai l'opération de Littre.

Je dois dire qu'une fois le péritoine ouvert, je me repentis pour le cas présent de n'avoir point suivi le conseil d'Huguier car, je tombai sur l'intestin grêle. Je le fixai par trois points de suture à la plaie des téguments, je l'incisai et j'obtins une quantité considérable de méconium. Le lendemain et les jours suivants, la petite malade alla bien; sa plaie se rétrécit considérablement, son anus contre-nature se limita de plus en plus, et l'on aurait pu considérer cette opération comme un succès, si au bout de quelque quinze jours environ, un affaiblissement graduel, une sorte d'inanition ne s'était manifestée. L'enfant continuait à se nourrir, mais incomplétement. Elle finit par succomber le vingt-deuxième jour, je crois, après l'opération, et la nécropsie nous démontra, comme dans le cas précédent, la soudure du rectum au sacrum et l'existence du gros intestin à droite. Durant les vingt-deux jours qui s'écoulèrent entre l'opération et la mort de l'enfant, je fus à même d'observer impressions diverses du père, lequel était un homme intelligent et un brave homme. Au début, désolé de voir son enfant vouée à une mort certaine, il avait accepté une opération quelle qu'elle fût, pourvu qu'elle offrît une chance de succès. Mais quand, dans les premiers jours qui suivirent l'opération, l'enfant parut aller relativement bien, il s'établit évidemment dans l'esprit de cet homme un combat de tous les instants, partagé qu'il était entre le désir de voir vivre son enfant et la douleur de le voir vivre dans de pareilles conditions; et je suis presque convaincu que la mort de ce petit être fut pour lui un soulagement. Cette impression générale sans doute doit être, suivant moi, d'un très-grand poids dans le choix d'une opération ou mieux d'une méthode. A coup sûr, un chirurgien n'a pas le droit de laisser mourir un malade qui lui est confié; mais a-t-il bien le droit d'imposer à un malheureux être une existence affreuse, absolument intolérable et pour lui et pour ses semblables? Je ne le crois pas, et c'est pour ce motif que je restreindrais absolument la méthode de Littre aux cas très-exceptionnels où il est impossible de tenter la méthode d'Amussat, c'est-à-dire la création d'un anus à sa place normale. Les deux cas que je vais citer, et sur lesquels je m'appuie sont concluants. Ils me semblent démontrer, d'une part, les avantages de la méthode, et d'autre part, la possibilité de rendre l'opération d'Amussat beaucoup plus abordable en la simplifiant par la suppression des sutures.

1re OBSERVATION. — P... (Jean) est né le 23 février 1873, à huit heures du soir. On constate aussitôt après la naissance que l'anus manque chez lui de la manière la plus absolue. Il passe la nuit dans un état de calme à peu près complet. Il ne vomit pas une seule fois. Le lendemain matin 24 février, on l'amène dans mon service. Je le fais aussitôt coucher sur un lit assez élevé pour que, placé sur une chaise, je puisse sans fatigue examiner la région anale, et je constate les faits suivants :

Entre le scrotum et la pointe du coccyx, il n'y a point trace d'orifice. La peau ne présente en ce point ni dépression, ni saillie. On excite l'enfant, on le chatouille pour provoquer de sa part des cris ou des efforts, et malgré les contorsions de l'enfant, aucun gonflement, aucune saillie ne se produit au niveau de la place que devrait occuper l'anus. Une particularité me frappe : c'est l'existence d'une petite saillie linéaire bleuâtre sinueuse, en tout semblable à une veine variqueuse, se gonflant sous l'influence de l'effort, s'aplatissant facilement sous la pression du doigt et s'étendant de la partie moyenne du périnée à l'union des deux tiers inférieurs avec le tiers supérieur du raphé scrotal. Je ne me rends pas un compte bien exact de cette saillie, et je pense qu'elle est de nature érectile.

Je procède à l'opération. Je pratique sur la ligne médiane et en arrière du scrotum une incision antéro-postérieure de 1 centimètre et demi à 2 centimètres d'étendue; je divise la peau, le tissu cellulaire sous-cutané, puis l'aponévrose superficielle; le doigt, placé au fond de la plaie, sent alors d'une manière quelque peu vague, mais appréciable pourtant, une saillie profonde, se tendant quand l'enfant crie. Je divise couche par couche les tissus sous-jacents, en me dirigeant autant que possible vers la région sacro-coccygienne, et à 1 centimètre et demi environ de profondeur, je vois saillir une masse noirâtre et arrondie. Je la fixe avec des pinces et je l'incise. Une grande quantité de méconium s'échappe, et dans le but de dilater doucement l'orifice que je viens de créer, j'introduis une sonde élastique que je retire aussitôt. Je ne pratique aucune suture. Le pansement le plus simple, consistant en un tampon de charpie sèche est appliqué, et l'enfant emmené chez lui avec recommandation expresse aux parents de le ramener le plus tôt possible.

Les jours qui suivent l'opération ne présentent rien à noter. L'enfant est calme et perd son méconium avec la plus grande abondance.

Le quatrième jour après l'opération, les selles sont brusquement suspendues. Cet état dure quarante-huit heures, puis, au bout de ce laps de temps, elles reparaissent. La nourrice constate alors que l'enfant perd des matières et par l'anus et par une petite fistule située à gauche du raphé scrotal. On nous ramène l'enfant le 3 mars, et nous voyons en effet à gauche de la plaie postérieure du raphé scrotal, une petite ouverture fistuleuse laissant passage à des matières jaunâtres.

Cet orifice de création nouvelle est, à n'en pas douter, situé à l'extrémité de ce boyau sinueux et bleuâtre dont nous parlions plus haut, que nous prenions pour une tumeur érectile et dont la coloration s'est, du reste, absolument modifiée depuis l'ouverture de la fistule. La teinte bleuâtre que l'on y constatait a fait place à la teinte rose foncée de la peau du scrotum. Les matières ayant d'ailleurs une libre issue par l'anus, je me contente de recommander une surveillance rigoureuse et je n'interviens pas activement.

Les jours suivants, l'anus fournit moins de matières; la fistule en donne davantage; la mine de l'enfant continue à être bonne; de légères coliques se manifestent pourtant.

Le 18 mars, on le ramène à l'hôpital : cette fois l'anus est absolument oblitéré et les matières fécales sortent exclusivement par la fistule scrotale. Dès le 6 mars, je m'étais convaincu qu'un stylet de trousse introduit dans la fistule pouvait être facilement conduit du côté de l'anus, et que son extrémité arrondie n'était séparée de la

muqueuse que par une très-faible épaisseur. Aussi n'hésitai-je pas à introduire dans la fistule une forte sonde cannelée légèrement recourbée à son extrémité et à la pousser en arrière et en bas. J'arrive ainsi facilement sur la partie interne de la cicatrice anale, dont la résistance ne pouvait être encore bien grande, et je fais saillir le bec de ma sonde à l'extérieur à travers cette cicatrice. Cela fait, un fil de fer recuit est passé dans la rainure, la sonde est retirée et les deux chefs du fil de fer passés dans le serre-nœud, que j'amène de suite à constriction énergique. La ligature extemporanée se fait ensuite avec lenteur, et bientôt le pont ano-scrotal est absolument divisé et permet d'étudier à ciel ouvert la partie externe de ce canal de nouvelle formation, et sa surface lisse rosée et parfaitement unie, je panse à l'aide de charpie imbibée d'eau alcoolisée.

Trois jours après, 21 mars, l'état local est des plus satisfaisants. Les matières sortent librement par l'anus, et le fond du trajet fistuleux ouvert se rapproche insensiblement des téguments sur lesquels il tranche par sa coloration rouge vif. Nous demandons aux parents de nous ramener l'enfant, mais nous croyons pouvoir le considérer comme guéri.

Ce qui nous paraît de nature à attirer l'attention dans les cas que nous venons de relater, consiste dans les faits suivants :

1° La possibilité, je dirai presque la facilité avec laquelle on peut arriver à trouver l'ampoule rectale, alors qu'à l'extérieur elle ne trahit sa présence par aucune impulsion, par aucune saillie.

2° La gravité moindre des cas dans lesquels il y a absence absolue d'anus. Cette remarque a déjà été faite par la plupart des auteurs qui ont étudié la question. Il paraît en effet certain que l'intervention chirurgicale est plus aisée, et par suite beaucoup plus souvent couronnée de succès dans les cas où l'anus fait absolument défaut, que dans ceux où la cavité anale existe, mais à l'état de cul-de-sac, et ne communique en aucune façon avec le reste du tube intestinal.

3° La possibilité de se passer de sutures, ce qui a, croyons-nous, une grande importance, tant au point de vue de la rapidité de la guérison que relativement aux chances d'érysipèle, d'angioleucite, etc., en un mot, des complications habituelles des opérations qui comportent des ligatures à demeure. Cette opinion nous a, du reste, été confirmée par l'opération que nous allons citer et qui fait le sujet de la deuxième observation.

2e Observation. — *Imperforation du rectum.*

Un enfant vigoureusement constitué, du sexe masculin, né dans la nuit du 7 au 8 mars 1873, est amené dans mon service le 10 mars, à deux heures de l'après-midi. Depuis sa naissance, il n'a pas rendu trace de méconium, et depuis le matin il a des vomissements verdâtres et présente une assez grande tension du ventre.

L'interne de garde me fait prévenir, et je vois l'enfant à quatre heures du soir. L'anus est parfaitement conformé. Il reçoit assez facilement l'extrémité du petit doigt préalablement huilé; mais à 2 centimètres environ de profondeur, il est arrêté par une cloison des plus résistantes, et la pulpe du doigt perçoit la sensation vague d'une saillie arrondie et élastique. Une sonde de femme, un stylet de trousse sont successivement introduits et guidés jusqu'au fond de ce cul-de-sac. Ils ne peuvent pénétrer plus loin que ne l'a fait le petit doigt et sont retirés sans présenter trace de méconium.

Lorsque l'enfant crie ou pousse, il semble au premier abord que la région anale présente une légère saillie; mais on se convainc bientôt que c'est une illusion due à la contraction fort énergique, du reste, du sphincter anal.

L'enfant, une fois placé sur un lit élevé, les jambes écartées, je pratique à l'aide du bistouri une incision de 2 centimètres et demi environ de l'anus à la pointe du coccyx; j'incise les tissus sous-jacents en me dirigeant toujours en arrière et en explorant de temps à autre le fond de la plaie avec mon doigt. J'arrive ainsi jusqu'à 2 centimètres environ de profondeur, et là je perçois très-nettement le contact d'une anse intestinale; je glisse alors sur la pulpe de mon index une pince à artères; je saisis solidement l'anse qui se présente et je l'attire à l'extérieur, je ferais plus sagement de dire vers l'extérieur, car les efforts les plus considérables finissent par leur faire affleurer l'orifice anal; mais on sent que cette traction quelque peu augmentée amènerait infailliblement la rupture de l'intestin. Il en est de même de l'application de fils métalliques ou autres, à l'aide desquels on serait tenté de fixer l'anse d'intestin obtenue à l'orifice anal. Toute ligature serait immédiatement rompue dès le retrait de la pince, tant la traction est énergique. Aussi n'hésité-je pas à faire pratiquer par un de mes internes une incision sur l'anse noirâtre et mamelonnée, que j'ai pratiquée presque à l'extérieur. Cette incision transversale permet au méconium de s'écouler et de s'échapper avec abondance.

Le ventre se détend d'une manière notable. La plaie est laissée sans pansement et l'enfant ramené chez lui.

Du 10 au 17 mars, tout se passe le mieux du monde. Aucun accident ne se manifeste; l'anus fonctionne admirablement et n'a aucune tendance à s'obturer.

L'enfant est de nouveau ramené à l'hôpital vers le 24; l'état général et local sont des plus satisfaisants, et nous enregistrions sans qu'on pût, je crois, nous taxer de légèreté, ce cas dans les guérisons, lorsque, le 2 avril, la mère de l'enfant vient nous annoncer que, depuis huit jours, l'état de son enfant s'est considérablement aggravé. Les selles, dit-elle, sont devenues de moins en moins abondantes, et depuis trois jours, c'est-à-dire depuis le 30 mars, il ne sort plus rien par l'anus. Je fais venir l'enfant à la salle : son ventre n'est que peu ballonné; mais sa physionomie est notablement altérée. Il refuse à peu près toute nourriture. Sa peau est chaude et son teint plombé.

Je tente l'introduction du stylet et de la sonde; je pénètre avec des efforts considérables dans un petit orifice, que je dilate à l'aide du petit doigt et que je crois bien, sans en être absolument sûr, être celui que j'ai créé il y a quelque vingt jours. Malgré cette ouverture, très-peu de matière s'écoule, et l'enfant est dans une prostration telle, que pendant ces explorations il ne pousse pas le moindre cri. Je recommande à sa mère de le ramener le lendemain. Je ne l'ai point revu et j'ai tout lieu de supposer que la fin de ce pauvre petit ne s'est point fait attendre.

Certes, je ne crois pas être suspect de partialité dans ma propre cause, et je professe un assez grand scepticisme pour les morts guéris, je ne puis cependant m'empêcher de croire, et cela fermement, que cet enfant conservé à l'hôpital ou confié à des soins intelligents, eût guéri complétement, tant la transition a été complète et subite entre un bien-être absolu et un état désespéré. Sans vouloir scruter les causes de cette mort absolument inattendue, contentons-nous donc de constater, puisque la nécropsie n'a pu être faite, qu'une anse d'intestin pincée à quelque 4 centimètres et demi de l'anus, a pu être incisée, puis livrée à elle-même sans aucune espèce de suture, et que des adhérences solides ont pu s'établir entre cet orifice de nouvelle formation et le sommet du cul-de-sac anal.

Ce fait joint au précédent aurait, sans aucun doute, besoin d'être appuyé sur un nombre considérable de faits pour qu'on pût en tirer des conclusions pratiques, et surtout une règle de conduite pour les cas aussi graves que ceux que je viens de citer et dont la fréquence est encore assez grande. Ces deux observations m'ont cependant semblé de nature à encourager les chirurgiens à pratiquer l'opération d'Amussat toutes les fois que cela leur paraîtra possible, de préférence à celle de Littre, et ne point se laisser arrêter par les difficultés souvent insurmontables de sutures profondes.

Aussi me suis-je empressé de vous les soumettre, ainsi que les quelques réflexions qu'elles m'ont suggérées.

(*A suivre.*)

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

M. le docteur Ball, suppléant de M. le professeur Béhier, fera mardi et jeudi prochains (23 et 25 septembre 1873), deux leçons sur le choléra.

— Un congrès des sociétés protectrices de l'enfance s'ouvrira le 8 octobre prochain, à Paris, dans la salle des séances de l'Académie de médecine, rue des Saints-Pères, nº 49.

Voici le programme arrêté par la Société protectrice de Paris :

I. Examiner les diverses propositions relatives à la protection de l'enfance et arrêter, au nom de toutes les sociétés protectrices de France, un projet de loi à soumettre à l'Assemblée nationale.

II. Quel doit être le rôle des sociétés protectrices de l'enfance?

III. Quels sont les moyens pratiques d'arriver le plus promptement possible à la propagation des sociétés protectrices en France?

IV. Des moyens de généraliser l'institution des crèches. Comparer les avantages et les inconvénients des crèches civiles et des crèches à domicile.

La première séance aura lieu le 8 octobre, à deux heures très-précises.

Des cartes d'entrée seront tenues à la disposition des membres de la Société protectrice de l'enfance, à partir du 1er octobre, au bureau, rue Magnan, 5, où on pourra les retirer.

— On écrit de Singapour, le 6 août 1873 :

Le choléra continue toujours à sévir dans l'île de Singapour. Par suite des précautions sans nombre que l'on a prises dans les districts infectés, la mortalité est restée dans les mêmes proportions; mais le fléau s'est répandu dans d'autres districts, où l'on va user des mêmes moyens de désinfection. Concentré d'abord dans les environs de l'hôpital, le choléra sévit à l'heure qu'il est à trois milles de distance, à Dock Fanjon Pagar et dans la ville; mais il s'attaque toujours aux indigènes, c'est-à-dire aux Malais, Chinois, Indiens. On ne cite qu'un seul cas d'un Européen, qui a été enlevé en quelques heures.

Les moyens employés par les autorités et aux frais de la municipalité pour arrêter les progrès de l'épidémie sont les suivants : faire nettoyer tous les ruisseaux, écoulements, petits courants d'eau avec de la chaux vive, mettre de la terre sèche dans les latrines, passer au blanc de chaux toutes les maisons intérieurement et extérieurement ; brûler matin et soir autour des habitations, à chaque coin de rue et dans les districts, des écorces de noix de coco, disposées en monticules et arrosées de goudron; désinfecter avec de l'acide carbonique chaque maison où un cas de choléra s'est produit.

Toutes ces précautions sont prises aussi bien pour les quartiers indigènes que pour les quartiers européens. A chaque station de police, à la prison, à l'hôpital, on peut trouver tous les ingrédients susmentionnés. Chaque cas de choléra doit être immédiatement rapporté à la police qui, en attendant l'arrivée du médecin, envoie immédiatement un de ses officiers chargé de donner les premiers soins.

— Des nouvelles de Dresde à la date du 12 septembre annoncent qu'aucun cas de choléra n'avait été constaté dans les deux journées précédentes. La disparition de l'épidémie dans les environs de cette ville peut ainsi être regardée comme certaine.

Recherches théoriques et expérimentales sur les causes et le mécanisme de la circulation du foie, par le docteur Léopold Rosapelly. — In-8°. Prix : 2 fr. 50. — Paris, Adrien Delahaye.

Le Directeur : Dr E. Le Sourd.

Paris.— Typographie A. Pougin, quai Voltaire, 13.

N° 110. — MARDI 23 SEPTEMBRE 1873. 46e ANNEE. MARDI 23 SEPTEMBRE 1873. — N° 110.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Bureaux : 57, rue des Saints-Pères, 57
PRÈS L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix d'abonnement doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

On s'abonne hors de Paris dans les bureaux des Messageries et chez les Libraires. Les lettres non affranchies sont refusées.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui n'en peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS : Trois mois. 8 fr. 50 c. — Six mois. 16 — — Un an. 30 —

POUR L'ÉTRANGER le port en sus suivant les derniers tarifs des Postes.

Paris, le 22 septembre 1873.

SÉANCE DE L'ACADÉMIE DES SCIENCES

M. Béchamp adresse quelques réflexions à propos d'une note de M. U. Gayon sur les altérations spontanées des œufs. — Dans cette note, M. Gayon s'était efforcé de démontrer que M. Béchamp s'était trompé dans ses expériences sur la transformation du jaune de l'œuf. Pour expliquer ces transformations, M. Gayon faisait intervenir les germes de l'air, accidentellement introduits dans l'œuf avant le dépot de l'enveloppe calcaire de la coquille, et il laissait croire ainsi que M. Béchamp ne prend aucune précaution contre les *germes actifs* de l'atmosphère. M. Béchamp n'accepte pas cette accusation ; il déclare qu'il n'a aucune objection à élever contre l'ancienne méthode qui consiste à tuer les germes atmosphériques ou à en empêcher l'arrivée dans les mélanges fermentescibles, mais il ajoute qu'elle devient insuffisante quand il s'agit d'expérimenter sur les matériaux dans lesquels on peut démontrer l'existence d'éléments anatomiques vivants, qui proviennent d'êtres dont toutes les parties ont eu le contact de l'air atmosphérique normal. C'est dans ces dernières circonstances que M. Béchamp a introduit une méthode plus générale et qui consiste à ajouter de la créosote, de l'acide phénique ou agents analogues, au milieu fermentescible. Cette addition a pour effet, non de tuer les germes atmosphériques, mais de s'opposer à leur évolution en moisissures, bactéries ou autres infusoires, selon les circonstances. En d'autres termes l'addition de créosote rend stérile un milieu qui était éminemment favorable au développement des proto-organismes.

Cette méthode, dont l'invention revient à M. Béchamp, a déjà fait ses preuves, non seulement au point de vue expérimental, comme l'ont prouvé les recherches de M. Crace-Calvert, mais encore au point de vue de l'art de guérir. C'est ainsi que M. Masse est parvenu à guérir le sycosis parasitaire en s'inspirant des idées de M. Béchamp et en se servant contre cette maladie d'applications de créosote ; c'est ainsi que M. Pécholier a employé, avec succès, le même agent dans la fièvre typhoïde. MM. Barraut et Jessier se sont servis de l'acide phénique dans le traitement de la fièvre intermittente en invoquant la même théorie.

M. le Dr Charles Pellarin lit une note dans laquelle il revendique la découverte de l'influence des déjections cholériques comme agent de la transmission du choléra. Il résulte, en effet, de la lecture des comptes rendus de l'Académie des sciences que dès l'année 1849, M. Pellarin avait signalé les déjections des cholériques comme étant le principal agent de transmission du choléra. Dans une note qu'il adressait à l'Académie l'année suivante, en 1850, il insiste sur la nécessité d'employer les liqueurs désinfectantes pour les lits qui ont servi aux personnes atteintes du choléra et de soumettre aux mêmes procédés de désinfection les linges dont elles ont fait usage avant de les livrer au blanchisseur. (Comptes rendus, 1850 1er semestre, p. 49.)

« Ces extraits des comptes rendus, dit M. Pellarin, me paraissent trancher nettement la question de priorité au sujet de la transmission du choléra par les déjections cholériques.

On objectera peut-être contre le bien-fondé de ma revendication à l'égard de M. Blanc, que j'ai indiqué l'absorption par la voie pulmonaire comme étant le mode d'introduction le plus habituel du miasme cholérique, tandis que le médecin anglais déclare que la transmission a lieu *presque toujours* au moyen de l'eau employée en boisson.

Sans rejeter entièrement ce mode d'intoxication cholérique, je maintiens qu'il est exceptionnel et rare comparativement au mode que j'admets comme le plus général.

En résumé, M. Blanc professe en 1873 ce que j'exposais dès 1849-1850, en m'appuyant sur des faits nombreux, à savoir que la transmission du choléra se fait très-communément par l'intermédiaire des déjections cholériques. La seule différence qui existe entre nous gît dans l'explication de la voie par laquelle le principe cholérigène pénètre le plus ordinairement dans l'économie.

J'expliquais, j'explique encore le mode de contagion du choléra de la même façon dont Sanctorius expliquait la contagion de la peste : *Non tactu sed inspiratu aeris pestiferi inficcimur...; ab infecto spiritu congelatur sanguis.* Aph. 127.

Sous un autre rapport, le langage de M. Blanc en 1873 reproduit pour ainsi dire, jusque dans la forme et dans l'expression, celui que je tenais moi-même, il y a vingt-quatre ans. Ainsi une de mes conclusions lues dans la séance de l'Académie des sciences du 10 décembre 1849 et rapportées dans les comptes rendus de l'Académie, page 694, était ainsi conçue :

« *Il faut repousser, comme aussi peu fondée qu'effrayante, l'idée de grandes masses, de colonnes d'air empoisonné, de nuages cholériques, qui circuleraient dans l'atmosphère, promenant le fléau indien d'un bout à l'autre du globe ; ce qui ne laisserait contre lui aucun moyen de protection.* (*Comptes rendus de l'Académie des sciences*, 1849, 2e semestre, p. 694.)

Et le mémoire de M. Blanc, lu au Congrès de Lyon en 1873, débute par la phrase suivante :

« *Le choléra n'est pas une substance insaisissable, mystérieuse, s'élevant dans les airs pour fondre impitoyablement sur quelques points de la terre, guidée et dirigée par la main incertaine des vents.* »

Je crois, par ce qui précède, avoir mis l'Académie en mesure de se prononcer en pleine connaissance de cause. »

ÉCOLE PRATIQUE. — M. LEGRAND DU SAULLE.

De la folie héréditaire (1).

Les actes des héréditaires peuvent être plus graves encore; ils peuvent être dangereux au premier chef. Moreau (de Tours) dit avec juste raison que l'hérédité est l'origine la plus fréquente de la propension au crime, et de fait, les malades que nous étudions sont fréquemment conduits devant les tribunaux pour des actes criminels dont l'appréciation médico-légale présente les plus grandes difficultés. Il est en effet quelquefois difficile d'établir le diagnostic, et quand le diagnostic est posé, on éprouve encore une certaine peine à faire admettre par les magistrats, qu'un homme qui raisonne et qui paraît jouir d'une vive intelligence, est cependant, par le fait de son état psychique, privé de son libre arbitre, dépossédé de sa volonté et de sa spontanéité, c'est-à-dire un sujet incapable et irresponsable.

Il est donc important de connaître dans tous ses détails la manière dont se produit l'acte maladif, afin, le cas échéant, de savoir le distinguer de l'acte criminel.

En médecine légale, l'acte en lui-même a beaucoup moins d'importance que son déterminisme. Il n'est pas d'acte criminel qui ne puisse être commis par un individu sain d'esprit aussi bien que par un aliéné, et la nature de l'acte n'est pas un élément de diagnostic. Les éléments du diagnostic se trouvent dans les circonstances qui ont précédé, accompagné ou suivi l'accomplissement de l'acte. Ces circonstances, en effet, varient, non-seulement selon que l'individu est sain ou aliéné, mais encore selon qu'il est frappé de telle ou telle forme de l'aliénation mentale.

Lorsque l'épileptique commet un homicide, il agit dans un moment de fureur maniaque aveugle qui éteint sa volonté et abolit momentanément toutes ses facultés intellectuelles. Il ne choisit pas sa victime ; il frappe la première personne qu'il rencontre, et souvent il frappe à coups redoublés, découpe le cadavre en morceaux et transforme son crime en une véritable scène de carnage. Au moment où il revient à lui, il ne se souvient de rien !

Quand le persécuté se fait meurtrier, il a pour cela des motifs ; il ne frappe pas en aveugle, il tue son persécuteur pour se venger, ou s'il tue une personne étrangère, c'est afin de terroriser des persécuteurs qu'il ne peut atteindre et de leur montrer combien il est redoutable. Son délire est systématisé, l'acte criminel en est la conséquence logique.

L'alcoolisé frappe sous l'influence d'une hallucination terrifiante. Il tue un de ses amis ou un de ses parents parce qu'il se croit attaqué par des animaux monstrueux.

Rien de tout cela n'existe chez l'héréditaire. Il frappe, il tue, il incendie sans savoir pourquoi. Il ne croit pas tuer un être dangereux, comme l'alcoolisé ; il ne pense pas se venger d'un persécuteur, comme l'hypochondriaque ; il n'agit pas au milieu d'une fureur maladive qui enlève la notion du *moi* comme l'épileptique. Il a frappé parce que quelque chose l'y a poussé. Après le meurtre, l'attitude et le langage de ces différents aliénés variera naturellement selon l'état d'esprit dans lequel ils se trouvaient.

Demandez à l'alcoolique pourquoi il a frappé, il vous répondra que sa victime lui est apparue sous la forme d'un animal fantastique prêt à le dévorer, et qu'il a voulu se défendre contre cet être nuisible et dangereux. Le persécuté vous répondra, le front haut, que les lois de son pays ne l'ayant pas suffisamment protégé, il a cru devoir se faire justice lui-même. L'épileptique ne se rappelle pas son crime et le nie ou ne peut en rendre compte que confusément.

L'héréditaire a eu une sorte de demi-conscience de ce qu'il faisait, il en a conservé le souvenir et ne cherche pas à se disculper. Il appréciait même quelquefois la gravité de l'acte qu'il commettait. Mais alors, pourquoi l'a-t-il commis? *Il ne sait pas. Quelque chose l'a poussé !*

L'impulsion est donc ici le fait dominant, et c'est elle qu'il nous faut surtout étudier. Elle ne se présente pas avec des caractères identiques dans tous les cas. Elle peut être subite, instantanée et suivie d'une exécution immédiate, soudaine. L'impulsion et l'acte sont alors simultanés : d'un seul coup la volonté est soumise à l'acte accompli. M. Foville dit très-justement que c'est là une sorte de phénomène réflexe, sans connivence avec la volonté : une vraie convulsion, qui ne diffère de la convulsion ordinaire que parce qu'elle consiste en mouvements associés et combinés en vue d'un résultat déterminé.

Dans ces cas, l'impulsion n'est pas le seul phénomène pathologique que présente le malade. On observe concurremment des anomalies physiques et affectives. L'impulsion elle-même est précédée de signes particuliers, modification du caractère, insomnie, anxiété, bouffées de chaleur, céphalalgie, qui lui constituent une véritable *aura*.

On ne confondra donc pas les cas qui précèdent avec les exemples très-rares de cette singulière affection décrite par les auteurs sous les noms de *manie transitoire essentielle; furor transitorius; mania subita, acutissima, brevis, epemera; folie instantanée*, etc., dans laquelle le délire éclate soudainement et se termine au bout d'un temps qui oscille entre vingt minutes et six heures par un sommeil profond. Beaucoup d'autres circonstances du reste permettent de distinguer la manie transitoire essentielle de la folie héréditaire avec impulsions soudaines. Il me paraît inutile de m'étendre sur les éléments de ce diagnostic, car dans les conférences qui vont suivre, j'aurai à dérouler ici l'histoire clinique et médico-légale de l'épilepsie méconnue et de l'épilepsie larvée, et je vous aurai bientôt fait comprendre comment l'on doit interpréter les cas de folie subite ou passagère.

Il est des cas où l'impulsion est plus lente. Elle se présente à l'esprit, s'impose à lui par degrés, progressivement, et peut devenir l'objet d'une sorte de délibération. Dans ces cas, l'aliéné comprend la valeur morale de l'acte qu'il va commettre, il en saisit toute la portée. Il peut même arriver qu'il le repousse et qu'il soit assez fort pour lui résister. Il prévient alors la personne que lui désigne l'impulsion du danger qu'elle court, ou bien il se fait attacher pour être mis dans l'impossibilité de nuire. Je connais plusieurs exemples de ce genre.

Mais plus souvent encore l'impulsion s'impose d'une façon si impérieuse que le malade est obligé d'obéir. Il sait qu'il va mal

---

(1) Suite. — Voir les numéros des 15, 17, 24, 31 juillet, 5, 14, 16-19, 26 août, 2 et 9 septembre 1873.

agir; il sait qu'il va commettre un acte criminel; il s'accuse lui-même d'être un lâche et un misérable; tout est inutile; l'impulsion maladive domine la volonté et l'acte est accompli. Nulle part peut-être cette lutte n'est aussi violente que chez certains dipsomanes.

Il ne faut pas confondre les dipsomanes avec les ivrognes. L'ivrognerie est un vice, la dipsomanie est un état maladif presque toujours lié aux dégénérescences héréditaires. Les ivrognes boivent par plaisir et s'enivrent quand ils peuvent; les dipsomanes ne peuvent pas ne pas boire. Quand leur accès les prend, un penchant irrésistible les entraîne à boire avec excès des liqueurs alcooliques.

Je vous ai dit que certains héréditaires ne pouvaient boire un peu plus qu'à l'ordinaire sans tomber immédiatement en état d'ivresse. C'est tout l'opposé chez les dipsomanes. Ils ont une tolérance spéciale qui leur permet d'absorber sans présenter les phénomènes ordinaires de l'ivresse alcoolique, des quantités énormes de boissons enivrantes. Les dipsomanes savent parfaitement qu'ils ont tort de boire; ils s'adressent souvent eux-mêmes les reproches les plus vifs, et malgré tout ils sont forcés de céder au penchant irrésistible qui les entraîne.

Une dame, dont a parlé M. Trélat, nièce et fille de dipsomanes, est prise de temps en temps d'accès irrésistible de monomanie ébrieuse qui lui font tout abandonner, intérêts et devoirs de famille, et ont fini par la plonger dans une ruine complète. Elle sent venir ses accès, et pour éviter de succomber à sa passion maladive, elle mêle au vin toutes sortes de saletés; elle y met jusqu'à des matières fécales; mais tout est inutile; les raisonnements qu'elle se fait, le dégoût que lui inspire la malpropreté des liquides qu'elle va avaler sont moins forts que l'impulsion maladive. Elle boit en se couvrant d'injures. « Bois donc, misérable! se dit-elle à elle-même. Bois donc, ivrogne! Bois donc, vilaine femme, qui oublie tes premiers devoirs et déshonores ta famille!... »

Dans ces cas, le malade s'efforce de repousser l'impulsion. D'autres fois, au contraire, au lieu de chercher à le repousser, il concentre toute son activité psychique à en assurer l'exécution. Il combine longtemps à l'avance les moyens qui pourront le plus facilement permettre son accomplissement. Il prend ses mesures pour se cacher, pour éviter les poursuites; puis quand ses préparatifs sont achevés, il exécute son crime en s'entourant d'une foule de précautions qui dénotent une étonnante puissance de ruse et de dissimulation.

Lorsque l'acte a été accompli, il en résulte une sorte de détente. Avant qu'il fût commis, le malade était anxieux, mal à l'aise; après sa perpétration, il éprouve un bien-être extraordinaire. Ce phénomène s'observe dans tous les cas où l'impulsion est satisfaite, quelle que soit sa nature. L'excentrique qui vient de commettre une extravagance se sent soulagé d'un poids fatigant. Un malade de Moreau entrait fréquemment dans des colères furieuses que rien ne légitimait. Il avoua un jour à son médecin que lorsqu'il était au paroxysme de la colère, il éprouvait un sentiment de bien-être indéfinissable. Les incendiaires éprouvent une satisfaction incomparable à voir le feu, à entendre le bruit des cloches annonçant le sinistre et à se mêler à la foule tumultueuse qui vient aider à éteindre l'incendie qu'ils ont allumé.

Lorsqu'il s'agit d'un meurtre, le malade reste ordinairement atterré auprès de sa victime. Il ne cherche pas à fuir, il se laisse arrêter sans résistance; souvent même il va spontanément raconter son crime aux magistrats et se livrer à la justice.

En résumé, persistance relative de l'intelligence et anéantissement de la volonté, qui ne peut résister aux impulsions maladives, tels sont les principaux caractères de la folie héréditaire. Mais, allez-vous me dire, ces caractères sont ceux d'une maladie mentale parfaitement étudiée : ils appartiennent à la folie raisonnante. Cela est vrai, ce sont là les signes les plus importants de la folie raisonnante; mais la folie raisonnante appartient presque tout entière à la folie héréditaire. Cette question de la folie raisonnante est extrêmement obscure et embrouillée dans les auteurs classiques, et cela tient précisément à ce que l'on a décrit sous ce nom une foule d'états disparates, sans tenir compte de leur origine ni de leur évolution. On a formé ainsi un groupe tout à fait artificiel, dont la science moderne s'efforce de disperser les éléments. La folie raisonnante n'est pas une espèce morbide : c'est un syndrome qui peut se montrer dans le cours de plusieurs maladies.

Cette doctrine de la folie raisonnante s'est appuyée sur une autre doctrine très-contestée, celle des monomanies. On a pensé pendant longtemps que les diverses facultés de l'esprit pouvaient être lésées isolément dans leur fonctionnement. C'est encore là une opinion qui, après avoir régné sans conteste dans la science pendant plusieurs années, est violemment aujourd'hui attaquée pas des observateurs très-sérieux.

(A suivre.)

DU CHLORHYDRO-PHOSPHATE DE CHAUX

Par le docteur C. F. PETIT.

L'emploi du chlorhydro-phosphate de chaux m'a donné dans la phthisie des résultats tellement encourageants, que je n'hésite pas à inviter les médecins à essayer cette préparation. Je suis certain qu'ils en obtiendront à peu près toujours des effets qu'aucun autre médicament ne saurait produire. Et peut-être par des observations répétées sur une large échelle et dans des conditions diverses, arriverons-nous à parfaitement déterminer les cas dans lesquels une amélioration soutenue et même une guérison pourront être espérées.

Aujourd'hui, je me bornerai à constater ce que j'ai pu observer depuis environ huit mois dans une quinzaine de cas.

D'une façon générale, quel que fût le degré de la maladie et son caractère de phthisie active ou torpide, voici les premiers résultats que j'ai pu apprécier :

Retour presque immédiat de l'appétit, diminution de la toux, de la fièvre et des sueurs. Enfin retour des forces, à ce point que les malades ont pu se croire à peu près guéris.

Mais dans la phthisie active — je ne dis pas aiguë — ces effets ne se sont pas soutenus plus de deux à trois mois. Il en a été de même dans les périodes très-avancées de la maladie. Elle a pris le dessus et a continué à suivre sa marche ordinaire.

Mais procédons par ordre :

Dans quatre cas (trois hommes et une femme), il s'agissait d'une phthisie au début et à marche lente. Les malades toussaient depuis assez longtemps, avaient craché du sang, perdu l'appétit et les forces, et s'étaient amaigris à des degrés divers. Il y avait un peu de matité à l'un des sommets et dans des points variables, de l'affaiblissement dans le murmure vésiculaire, de l'expiration prolongée, une seule fois quelques craquements humides.

Chez ces quatre malades, vingt jours à un mois de traitement, sans autre médication qu'une à deux cuillerées à bouche de solution au chlorhydro-phosphate de chaux (1) prises dans un demi-

---

(1) La solution dont je me suis servi est celle que l'on trouve dans les pharmacies sous le nom de Solution Coirre. Il ne faudrait pas, comme quelques confrères à qui j'avais fait part des premiers résultats, demander au pharmacien de préparer cette solution, ou accepter celle qu'il offrirait de faire, attendu que le phosphate de chaux des pharmacies est très-peu soluble par l'acide chlorhydrique. Pour obtenir la solution dont je parle, il faut agir sur du phosphate de chaux à l'état naissant et à l'abri de l'air, ce qu'on ne peut faire qu'avec des appareils spéciaux. On n'obtiendrait donc, comme les confrères dont je parle, que des résultats à peu près nuls.

verre d'eau et de vin immédiatement avant les deux principaux repas, avaient fait disparaître les symptômes accusés, les signes physiques persistant encore.

Depuis lors, environ cinq à huit mois, l'état le plus satisfaisant s'est maintenu, et les malades ont cessé le médicament, malgré mon désir de le leur faire continuer.

Qu'arrivera-t-il maintenant, à l'automne et à l'hiver? C'est à suivre évidemment. Mais il est à remarquer déjà que l'amélioration a été rapide et soutenue, qu'elle s'est produite, de février à mai, par un temps pluvieux et froid, très-peu favorable, et qu'enfin diverses autres médications, qui paraissaient parfaitement appropriées, n'avaient amené aucun changement.

Dans deux autres cas — un jeune homme de dix-neuf ans et une jeune fille de vingt ans — les malades, quoique présentant peu de signes physiques concluants, offraient tous les symptômes généraux de ces phthisies à marche rapidement envahissante. — Malades depuis peu de temps, ils avaient une toux sèche, quinteuse ou incessante; un mouvement fébrile très accentué le soir, des sueurs abondantes, de l'insomnie.

Dès les premiers jours, l'appétit était revenu, la toux, la fièvre et les sueurs avaient disparu, et pendant deux mois leur santé semblait si satisfaisante, que la jeune fille s'est mariée.

Quant à moi, vu l'obscurité des signes physiques, je croyais bien sincèrement m'être trompé dans mon diagnostic; mais il n'était que trop vrai. Le jeune homme, sans imprudence appréciable, a été repris d'une façon presque subite, et la maladie a marché si rapidement, qu'elle l'a emporté il y a à peine quelques jours.

La jeune femme, en dormant les croisées ouvertes, a pris une bronchite, qui a réveillé tous les accidents, et aujourd'hui je n'ai aucun espoir.

Chez deux autres malades, il y avait des craquements humides très-prononcés, et l'un présentait un bruit de souffle sous la clavicule droite. J'ai perdu ce dernier de vue au moment où son état généra était devenu très-satisfaisant. Quant à l'autre, il se trouve dans une excellente situation, et il continue le médicament.

Enfin, dans les six dernières observations, la maladie était à des degrés divers dans une période très-avancée. Or, chez tous, j'ai pu observer, d'une façon rapide, les changements que je signalais plus haut. Trois ont vu leur amélioration se maintenir avec quelques rechutes sans durée; chez les trois autres elle ne s'est pas soutenue, et la maladie suit fatalement son cours.

En présence de ces résultats qui, en somme, dépassent de beaucoup ceux qu'on obtient habituellement, je me suis demandé quel fonds on pouvait faire sur cette médication.

Je crois tout d'abord que ces effets si prompts et si utiles qui se sont toujours manifestés dès le début, doivent être attribués à l'action combinée de l'acide chlorhydrique et du phosphate de chaux.

L'acide chlorhydrique augmente l'acidité naturelle du suc gastrique et favorise la digestion des aliments protéiques; après coup, il agit en outre, par sa transformation en chlorure de sodium, comme excitant de l'hématose, et personne n'ignore les résultats obtenus avec ces deux agents par Trousseau, Caron, Amédée Latour et tant d'autres.

Quant au phosphate de chaux, on est fixé aujourd'hui sur le rôle considérable qu'il exerce sur la nutrition.

Mais en dehors de ces effets communs, très-importants déjà, car, comme le dit le docteur Jaccoud: « Le premier but qu'on doit se proposer, c'est d'obtenir une restauration de la nutrition et des forces, afin que l'accroissement de la résistance organique arrête le processus local, et substitue à l'évolution nécrobiotique un état stationnaire ou même une évolution réparatrice. » En dehors, dis-je, de ces effets, ne peut-on espérer du phosphate de chaux une action consécutive spéciale au point de vue de la transformation crétacée des tubercules?

On a déjà démontré l'action toute particulière qu'exerce le phosphate de chaux dans le rachitisme, la scrofule, les anémies, et le chlorhydro-phosphate de chaux surtout, rend cette démonstration on ne peut plus évidente. Mais l'action dont je parle attend encore l'expérience. Cependant, qu'on veuille bien méditer sur ces deux faits:

1° La relation qui existe entre la nutrition générale et la nutrition des ongles et particulièrement au point de vue des affections pulmonaires qui se traduisent par la déformation que tout le monde connaît. Or, le phosphate de chaux, comme l'ont remarqué beaucoup de médecins, et entre autres le docteur Rabuteau, agit sur les ongles de la façon la plus palpable. Ne pourrait-on en déduire une action analogue sur la nutrition pulmonaire?

2° Les chiens ne sont jamais phthisiques, et on ne peut l'attribuer qu'à la grande quantité de phosphate de chaux qu'ils prennent chaque jour et qu'ils digèrent infiniment mieux que nous.

N'y a-t-il pas là une espérance à concevoir?

Pour mon compte, je ne serais pas surpris de voir se confirmer ces idées que je ne fais qu'indiquer sur ces propriétés spéciales du phosphate de chaux, propriétés que les diverses préparations que l'on trouvait jusqu'ici dans les pharmacies ne permettaient pas de découvrir en raison du peu d'action qu'elles possédaient.

CORRESPONDANCE

Nous recevons la lettre suivante sur le choléra, que nous adresse le docteur M. Édouard Fournié:

Monsieur et très-honoré confrère,

Mêlé par les circonstances, et plus particulièrement pendant la guerre de Crimée, aux différentes épidémies de choléra, j'ai puisé dans cette expérience quelques données utiles que je crois devoir publier sous la forme la moins prétentieuse et la plus confraternelle, sous forme épistolaire (1).

Et d'abord qu'est-ce que le choléra?

Si vous exigez que je réponde à cette question par une définition classique qui s'applique *uni et toti definito*, vous m'obligez à faire un acte d'humilité, car cette définition n'est pas possible. Nous connaissons les effets que produit le miasme cholérique, mais ce miasme lui-même échappe à nos moyens d'investigation.

Consolez-vous cependant. La connaissance des causes morbides n'est pas si importante qu'on pourrait le croire. Nous ne sommes plus au temps où l'on supposait que toute maladie est un être saisissable, un ennemi introduit dans le corps par une puissance occulte et qu'il fallait absolument connaître, de fait ou de nom, pour le combattre avec des armes convenables, avec des spécifiques.

Cette manière de considérer les maladies avait conduit les générations médicales à un empirisme prétentieux contre lequel s'élève de toutes ses forces la médecine moderne.

Le mot *maladie* signifie un dérangement ou une transformation de l'état physiologique, et, par suite, l'art de guérir consiste à ramener par des moyens appropriés l'état physiologique dérangé ou transformé à son type normal.

Le médecin n'agit jamais directement sur la cause du mal; il provoque ou favorise des mouvements favorables au rétablissement de l'ordre normal; mais c'est le corps malade qui exécute ces mouvements et qui se guérit lui-même.

D'après ces simples considérations, vous pouvez entrevoir déjà que si la connaissance des causes morbides est parfois utile, elle n'est pas indispensable. Ce n'est pas malheureux, car ces causes sont en général très-difficiles à saisir, et je pourrais citer

(1) J'avais réuni la plupart de ces idées sous forme d'aphorismes dans une note que je lus à l'Académie des sciences lors du choléra de 1865.

bon nombre de maladies dont on a longtemps méconnu la cause et que l'on guérissait cependant tout aussi bien que si on l'eût connue.

Ainsi donc, que le choléra soit engendré par un miasme spécial ou qu'il soit le résultat d'une modification météorologique passagère, peu importe. Nous savons que cette cause inconnue produit dans l'état physiologique des troubles dont l'ensemble porte le nom de *choléra ;* ce sont ces troubles qu'il faut étudier, connaître, et, positivement, la thérapeutique nous fournira des moyens efficaces pour les combattre.

Les causes morbides de nature animale, végétale ou inorganique ; les virus, les venins, les miasmes, ne sont pas mortels par eux-mêmes, mais par les désordres qu'ils introduisent dans nos fonctions : le miasme de la fièvre jaune détermine des altérations mortelles, principalement dans le foie ; le miasme paludéen agit mortellement sur la rate et sur les centres nerveux ; tous les poisons, en un mot, déterminent des altérations d'organe spéciales à chacun d'eux. Il est permis de considérer ces points d'élection, parfaitement déterminés pour chaque poison, comme le siége de l'organisme vers lequel convergent tous les efforts de la vie pour éliminer une cause morbide. D'ailleurs, qu'il y ait effort *intelligent* d'élimination ou non, je tiens à constater ce fait, que, du moment où le poison est toléré par la vie, il ne devient dangereux que par les désordres qu'il occasionne dans les organes où il se manifeste. Le danger est d'autant plus grand que l'organe est plus nécessaire à l'entretien de la vie : l'empoisonnement par les miasmes paludéens ne devient dangereux que par l'affection de la rate ou des centres nerveux ; l'empoisonnement par le pus devient mortel par le développement des abcès dans le poumon, le foie, etc.

L'empoisonnement cholérique est de tout point assimilable à tous les autres empoisonnements. Nous n'avons pas à nous préoccuper du miasme cholérique, mais des désordres qu'il engendre dans le corps. Ce sont ces désordres qui doivent fixer notre attention ; c'est leur physionomie, leur enchaînement qu'il faut connaître ; ce sont eux enfin qu'il faut combattre, car ils constituent réellement l'élément dangereux de l'empoisonnement.

Pour suivre l'enchaînement logique des idées qui doit nous conduire à un traitement rationnel, je vais esquisser à grands traits le tableau des phénomènes morbides qui constituent le choléra.

Symptômes.

Il est rare que le choléra débute avec tous les phénomènes qui le caractérisent d'une manière formelle. Analogue en cela à la plupart des maladies qui, souvent, présentent à leur début une même expression phénoménale, il peut se déclarer par un malaise général accompagné d'anorexie, de digestions longues et pénibles ; parfois, le soir ou pendant la nuit, il y a des nausées ; enfin, le plus souvent, on constate une diarrhée plus ou moins abondante. Ces signes, je le répète, n'ont rien de caractéristique ; mais lorsqu'ils surviennent en temps d'épidémie, ils acquièrent une grande valeur, et mieux vaut alors les mettre sur le compte de l'influence épidémique que de s'endormir dans une sécurité trompeuse.

Si ces premiers symptômes ne sont pas arrêtés par une médication convenable, les troubles gastro-intestinaux ne tardent pas à s'aggraver ; la diarrhée, avec ou sans coliques, devient très-intense (dix, vingt, trente évacuations en quelques heures.) Peu à peu, les déjections revêtent certains caractères qui les font ressembler à du riz cuit, écrasé dans de l'eau ; le plus souvent, elles sont inodores. En même temps surviennent des vomissements de matières glaireuses renfermant très-rarement de la bile.

Lorsque ces derniers phénomènes ont éclaté, la scène morbide change presque subitement, et l'on voit apparaître des symptômes dont la gravité n'est plus douteuse. Des crampes se développent dans la plante des pieds, dans les mollets et parfois dans toutes les parties du corps ; le pouls devient petit, filiforme ; la physionomie s'altère, les yeux sont caves, les lèvres violettes ; la voix s'affaiblit ; la peau se refroidit d'abord vers les extrémités et puis dans toutes les parties du corps. En même temps la salive, les urines, toutes les sécrétions, en un mot, sont supprimées au profit du flux gastro-intestinal, qui continue d'expulser les liquides nécessaires à la circulation de toutes nos humeurs.

C'est en ce moment que d'habitude, la grande question de la vie ou de la mort va se décider. Si le malade doit succomber, un assoupissement plus ou moins profond s'empare de lui ; la respiration devient fréquente, courte, anxieuse ; le pouls devient de plus en plus faible ; la voix est presque toujours abolie ; l'haleine est froide ; enfin l'asphyxie arrive pendant l'assoupissement le plus complet.

Si, au contraire, le malade doit revenir à la vie, à la santé, il y arrive par deux voies différentes : ou bien par la disparition successive des symptômes que je viens d'énumérer, ou bien en passant à travers les épreuves d'une fièvre plus ou moins grave, si grave parfois qu'elle transforme l'espoir d'une terminaison heureuse en une déception cruelle.

Tels sont les phénomènes principaux qui constituent le choléra. Leur mode d'apparition et de succession varie très-peu, ce sont toujours les troubles gastro-intestinaux qui ouvrent la scène ; et puis, comme conséquence de ces derniers, apparaissent les troubles de la circulation, de l'innervation et de la nutrition. Quant à la durée, elle peut varier, pour les phénomènes gastro-intestinaux entre quelqes heures et plusieurs jours. La période algide et asphyxique est moins sujette à variations ; dès qu'elle est bien constatée, elle se résout en général vers la guérison ou vers la mort dans l'espace de une heure à quarante-huit heures. Les cas dits *foudroyants* sont caractérisés par la succession très-rapide (trois à six heures) des phénomènes qui constituent le choléra. Tels sont les troubles fonctionnels qui succèdent à l'introduction du miasme cholérique dans le corps, et nous voilà prêt à employer les moyens efficaces pour les combattre.

Traitement.

Dans tous les empoisonnements, la thérapeutique ne s'adresse jamais au poison lui-même dans le but de neutraliser par des agents chimiques (sauf dans le cas où le poison est *connu* et peut être *directement* atteint dans l'estomac ou ailleurs). La thérapeutique s'adresse au symptôme, à la manifestation, aux désordres enfin que le poison détermine dans certains organes : la quinine est employée dans le but de diminuer le volume de la rate ; le mercure est destiné à combattre les manifestations syphilitiques, etc. Si l'on pouvait douter de ce que j'avance, je dirais : Il est si vrai que ces médicaments n'agissent pas sur le poison que sous leur influence, les manifestations disparaissent, mais, le plus souvent, pour reparaître plus tard ; donc le poison n'a pas été détruit. On peut prévenir un accès de fièvre en diminuant le volume de la rate au moyen de la quinine ; mais il n'est pas toujours possible d'empêcher la rate de redevenir grosse et de déterminer un nouvel accès.

Dans toutes ces circonstances, nous agissons sur des désordres organiques qui peuvent compromettre la vie; mais le poison lui-même nous échappe.

Vous devez voir déjà, d'après ces principes, que je ne suis pas du tout disposé à vous indiquer un spécifique unique destiné à combattre le choléra (synonyme de poison). Non, le choléra est parfaitement analogue à tous les autres empoisonnements? il ne devient redoutable que par les troubles fonctionnels qui surgissent dans le corps sous son influence. Ce sont ces troubles qui tuent les malades; ce sont eux qu'il faut combattre par les moyens appropriés.

Ces moyens doivent nécessairement varier. Nous ne pouvons pas, en effet, nous conduire au début comme à la fin de la maladie, les troubles n'étant pas les mêmes. L'ensemble de ces moyens, leur application intelligente constituent, non pas un remède contre le choléra, mais une méthode de traitement que vous appellerez rationnelle, si vous jugez avec moi qu'elle repose sur la physiologie normale et pathologique.

1° Lorsque le malade éprouve les phénomènes du début : malaise général, anorexie, vous lui conseillerez de diminuer la quantité de ses aliments, de supprimer les fruits et de prendre une infusion tonique chaude après ses repas (infusion de camomille).

2° Si, à ce malaise, il se joint de la céphalalgie, quelques nausées, n'hésitez pas à recommander un vomitif (2 grammes d'ipéca) et la diète pendant vingt-quatre heures.

3° Si la céphalalgie est accompagnée de constipation, on doit prendre un purgatif salin (sulfate ou citrate de magnésie, de 30 à 50 grammes) et observer une demi-diète pendant vingt-quatre heures. Si l'effet de la purgation se prolonge au delà de ce temps, faites prendre, le soir avant de se coucher, un petit lavement laudanisé (6 à 8 gouttes de laudanum).

4° S'il existe de la diarrhée, vous supprimerez les fruits et les légumes crus; le potage gras et les viandes rôties de préférence seront votre seule nourriture. Après chaque repas, vous prendrez du café ou une infusion de camomille légèrement alcoolisée (une cuillerée à café d'alcool ou d'une liqueur alcoolique). Si, malgré ces précautions, la diarrhée persiste, vous prendrez, le soir en vous couchant ou le jour entre les deux repas, une tasse d'infusion de camomille alcoolisée, dans laquelle vous verserez 5 à 6 gouttes de laudanum de Sydenham. Vous pourrez prendre le laudanum en lavement, à la dose de 10 à 12 gouttes.

5° Si les évacuations alvines sont très-abondantes et accompagnées de vomissements, vous ferez coucher le malade et vous lui ordonnerez un grand lavement *très-chaud*, composé avec une forte décoction de camomille. Lorsque, après quelques instants, il aura rendu ce premier lavement, qui n'est presque jamais gardé, il en prendra un second avec la même infusion, mais en moindre quantité (un quart de lavement), dans lequel on versera 10 à 15 gouttes de laudanum. Pour les enfants de un an à trois ans, vous ne mettrez pas plus de 2 à 3 gouttes, et vous augmenterez proportionnellement, selon l'âge. En même temps, vous ferez préparer une potion renfermant 2 grammes d'ammoniaque et 10 gouttes de laudanum pour 150 grammes d'eau gommée, et le malade en prendra une cuillerée à soupe toutes les demi-heures.

6° Nous arrivons à la période ultime : le malade a des crampes; il est sensiblement refroidi, cyanosé, les urines sont supprimées, etc., etc.

En présence de symptômes aussi graves, gardez-vous par-dessus tout de toute médication empirique. Le temps presse; il faut que chaque détermination raisonnée soit suivie d'un effet utile. Or, d'où viennent ces symptômes? ils sont dus au mouvement convergent de toutes les humeurs du corps vers le tube digestif : le sérum du sang, le fluide qui humecte nos tissus, la matière liquide de nos sécrétions sont portés vers l'intestin et expulsés au dehors.

C'est la déperdition de cette humidité nécessaire à la vie qui occasionne le refroidissement, les crampes, l'asphyxie et la mort. Tous ceux qui ont fait des autopsies de cholériques ont pu s'assurer comme nous que tous les tissus sont comme parcheminés et absolument privés d'eau. D'après cela, les indications à remplir sont formelles.

Comme le refroidissement résulte de la déperdition des liquides du corps, tous les efforts doivent tendre à les lui restituer.

Vous remplirez cette indication par des lavements *très-chauds*, rendus excitants par la camomille et le laudanum qu'ils renferment comme précédemment.

Si le premier lavement est rendu trop tôt, il faut en donner un second, qui, généralement, est toujours toléré.

Règle générale : le premier lavement n'est jamais gardé; il est donc nécessaire d'en prescrire un second, si l'on veut obtenir un effet médicamenteux.

Les *lavements chauds médicamenteux*, n'oubliez pas ceci, répondent à trois indications capitales : 1° ils communiquent presque directement au foyer de la vie la chaleur qui lui est nécessaire; 2° ils introduisent dans la circulation la quantité d'eau indispensable au mouvement circulatoire; 3° ils agissent sur la muqueuse intestinale par les substances médicamenteuses dont ils sont chargés. Je n'hésite donc pas à les considérer comme la partie essentielle du traitement à cette période de la maladie.

Vous pouvez employer simultanément les applications chaudes à la peau; mais n'oubliez pas que la peau n'est presque déjà plus vivante à cette période, incapable de réagir par conséquent, et que c'est perdre un temps précieux que de chercher à la réchauffer directement. Si un coup de vent vous éteignait une bougie que vous tenez à la main, chercheriez-vous à la rallumer en soufflant sur le bout opposé à la mèche? Vous agiriez de cette façon cependant si, malgré mes conseils, au lieu de porter la chaleur dans l'intestin encore vivant, vous la portiez sur la peau complétement éteinte.

Dans cette même période, le malade présente des vomissements glaireux et acides. Donnez-lui un peu de glace pour humecter sa bouche, et, tous les quarts d'heure, faites-lui prendre une cuillerée à café d'eau-de-vie légèrement étendue d'eau et additionnée de 2 gouttes de laudanum.

Généralement, après deux ou trois heures de traitement, la réaction se déclare : les selles sont supprimées, les vomissements ont cessé, le pouls redevient sensible, la voie est moins éteinte, le malade se réchauffe et paraît moins abattu.

Dès ce moment, vous cesserez l'usage des excitants en lavement ou en boisson, sauf à les reprendre de temps en temps, si la réaction est hésitante. Vous examinerez le ventre avec soin, et si, comme cela se voit très-souvent, il renferme des matières, vous prescrirez un lavement avec de l'eau de guimauve. Pour boisson, une infusion de mauve ou de camomille, selon l'énergie de la réaction.

(A suivre.)

NÉCROLOGIE

La science vient de faire une grande perte, M. Coste, membre de l'Académie des sciences, membre associé libre de l'Académie de médecine, professeur au Collége de France, vient de succomber, après quelques jours de vives souffrances, à une occlusion intestinale, d'après les renseignements donnés déjà par plusieurs journaux.

La carrière scientifique de M. Coste a été une des mieux remplies et des plus utiles. Préludant dès 1831 ou 32, si notre mémoire est fidèle, avec le concours de son maître Delpech, par des recherches d'ovologie, à son grand ouvrage d'Embryogénie comparée qui devait lui ouvrir, quelques années après, les portes de l'Académie des sciences, où il a remplacé M. de Blainville, et celles du Collége de France où une chaire spéciale fut créée pour lui. M. Coste n'a cessé, depuis, de poursuivre ses travaux et de les diriger vers un but utile. Tout le monde sait aujourd'hui ce qui lui doit l'art de la pisciculture à laquelle il a attaché son nom, et il meurt au moment où l'opinion publique, longtemps indifférente ou incrédule, commençait à reconnaître et à apprécier ses immenses services.

En attendant que des voix suffisamment autorisées payent à sa mémoire le légitime tribut de reconnaissance que lui ont mérité ses travaux et ses services, on permettra à celui qui écrit ces lignes et qui connaissait M. Coste depuis les débuts de sa carrière, de rappeler tout ce que ses nombreux amis ont pu apprécier dans l'intimité, l'honnêteté et l'affabilité de son caractère, la sûreté et le charme de son esprit.

D. B....

— Au moment de mettre sous presse, nous apprenons la mort de M. Nélaton. Les obsèques de l'illustre chirurgien auront lieu aujourd'hui mardi, à l'église de Saint-Pierre de Chaillot, à midi très-précis. D'après la volonté du défunt, il ne sera prononcé aucun discours.

THÈSES
SOUTENUES A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS
PENDANT L'ANNÉE 1873.

339. Serey. Du panaris vrai; étude nouvelle sur ses causes et la nature de ses causes.

340. Dupuy. De l'intervention chirurgicale dans les affections dites cancéreuses.

341. Bouchage. Des divers traitements du tubercule du testicule et en particulier du traitement par le cautère actuel.

342. Hauteville. Des tumeurs formées par la vésiculaire biliaire.

343. Batby-Berquin. Notes sur quelques maladies observées à la Guadeloupe.

344. Beau. Des lavements au point de vue du traitement topique des lésions intestinales.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Leçons sur les maladies du système nerveux faites à la Salpêtrière par M. le professeur Charcot, recueillies et publiées par le docteur Bourneville. Quatrième et dernier fascicule (*Hystéro-Épilepsie*), avec 8 figures dans le texte et 4 planches en chromolithographie. Prix : 2 francs. Prix de l'ouvrage complet, 1 vol. in-8° cart. : 10 francs. — Paris, Adrien Delahaye.

Recherche sur la nature et le traitement des manifestations laryngées de la tuberculose, par le docteur J. Bergeaud. — In-8°. Prix : 1 fr. 50. — Paris, Adrien Delahaye.

Des éliminations critiques dans les affections puerpérales et de leur valeur pronostique, par le docteur Ch. A. Blain. — In-8°. Prix : 2 francs. — Paris, Adrien Delahaye.

Documents pour servir à l'histoire du pied-bot, varus congénital, par le docteur J.-Henri Thorens. — In-8° avec figures et planches lithographiées. Prix : 4 francs. — Paris, Adrien Delahaye.

De la nostalgie ou mal du pays, par le docteur A. Benoist de la Grandière, ancien médecin de la marine. Ouvrage récompensé par l'Académie de médecine. — 1 vol. in-12. Prix : 3 francs. — Paris, 1873, Adrien Delahaye.

Thèses soutenues à la Faculté de médecine de Paris. A. Coccoz, libraire, rue de l'École-de-Médecine, n° 30.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Cours d'anatomie. — M. le docteur Fort commencera un cours public d'anatomie et de physiologie le mercredi 15 octobre, à huit heures du soir, dans l'amphithéâtre n° 3 de l'École pratique, et le continuera les lundi, mercredi et vendredi de chaque semaine, à la même heure.

Les cours particuliers de M. Fort recommenceront le lundi 20 octobre. Il y aura deux leçons par jour, dans l'amphithéâtre de la rue Antoine-Dubois, n° 2, et dans l'amphithéâtre n° 3 de l'École pratique. Les élèves seront exercés aux dissections.

Pour les renseignements et l'inscription à ce cours, s'adresser tous les matins rue Caumartin, 12, à partir du 10 octobre.

— Clientèle à céder gratuitement dans la petite banlieue de Paris. — Produit annuel susceptible d'augmentation, 7,000 fr. — S'adresser de suite au bureau du journal.

Le Directeur : Dr E. Le Sourd.

Paris.— Typographie A. Pougin, quai Voltaire, 13.

Nº 111. — JEUDI 25 SEPTEMBRE 1873. 46e ANNÉE. JEUDI 25 SEPTEMBRE 1873. — Nº 111.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Bureaux : 57, rue des Saints-Pères, 57
PRÈS L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix d'abonnement doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

On s'abonne hors de Paris dans les bureaux des Messageries et chez les Libraires
Les lettres non affranchies sont refusées.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui n'en peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS
Trois mois. . 8 fr. 50 c.
Six mois. . . 16 —
Un an. . . . 30 —

POUR L'ÉTRANGER le port en sus suivant les derniers tarifs des Postes.

Paris, le 24 septembre 1873.

SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

Au moment où l'Académie entre en séance, les funérailles de M. Nélaton ne sont pas encore terminées. Aussi remarque-t-on l'absence du président, du secrétaire perpétuel, du secrétaire annuel et d'un grand nombre de membres. Le vice-président seul, M. Devergie, est au bureau, assisté de M. Delpech, qui a bien voulu se charger de la lecture du procès-verbal et du dépouillement de la correspondance, après quoi il a communiqué à l'Académie le tableau de l'épidémie du 16 au 22 septembre.

M. le Président, après avoir annoncé à l'Académie les deux pertes qu'elle vient de faire de M. Coste et de M. Nélaton, a levé la séance.

Nous n'avons pas besoin de faire remarquer ce que présente de satisfaisant, au point de vue de la santé publique, le relevé communiqué par M. Delpech. On lira avec plaisir, dans le compte rendu de la séance, ce document ainsi que les commentaires et les explications dont M. Delpech l'a fait suivre.

La diminution si notable et si rapide de l'épidémie n'enlèvera rien d'ailleurs à l'intérêt de la discussion qui est engagée et des grandes questions qu'elle soulève. On ne perdra rien à cette suspension momentanée des travaux de l'Académie, hommage rendu à la mémoire du membre éminent qu'elle vient de perdre. M. Fauvel, qui était prêt pour prendre la parole aujourd'hui, la prendra mardi prochain.

Nos lecteurs se rappellent que dans l'avant-dernière séance, à un appel personnel fait par M. Jules Guérin à mes souvenirs relativement à des recherches faites en commun sur la question de la diarrhée prodromique, j'avais dû, faute des documents sous les yeux, me borner à opiner du bonnet. J'ai retrouvé, depuis, ces documents qui m'ont permis de donner à l'opinion émise par M. Guérin sur cette question une adhésion moins platonique et plus arithmétique. Je demande aux lecteurs de la *Gazette* la permission de mettre sous leurs yeux ce document, qui a été communiqué et lu à l'Académie par M. le secrétaire dans sa séance d'hier.

Dr B...

Recherches sur la diarrhée prodromique du choléra

Par M. le Dr BROCHIN.

(Lettre adressée à M. le président de l'Académie de médecine dans la séance du 23 septembre.)

Monsieur le président,

Interpellé par M. Jules Guérin, qui a bien voulu, dans son argumentation sur le choléra, faire appel à mes souvenirs en citant les recherches que j'ai faites en 1849, d'après ses indications et avec le concours de M. Foucart, sur la diarrhée prodromique, je viens vous demander la permission, après avoir rafraîchi ces souvenirs, d'en exposer en quelques mots les résultats à l'Académie. J'y ajouterai quelques autres documents que j'ai recueillis depuis.

Pendant l'épidémie de 1849, M. J. Guérin a publié dans la *Gazette médicale*, sous le titre de *Revue clinique du choléra*, un travail très-étendu, basé sur l'analyse de 131 observations recueillies par M. Foucart et moi, la plupart dans les divers services des hôpitaux de Paris, quelques-unes dans les ambulances de la ville ou dans la pratique civile.

De cette étude clinique qui portait sur tous les points de l'histoire du choléra, je relève, pour les besoins de la discussion pendante, ce qui concerne uniquement la période prodromique.

Voici les résultats que me donne ce relevé :

Sur 131 observations, ci : 131

L'existence de prodromes a été signalée 94 fois

Ce chiffre de 94 cas de prodromes se décompose ainsi :

Diarrhée, soit seule, soit coïncidant avec d'autres phénomènes prodromiques 85 —

Prodromes autres que la diarrhée (coliques, vomissements, céphalalgie, troubles nerveux quelconques,) etc. 9 —

Je range dans une colonne spéciale les cas où le choléra a éclaté pendant le cours d'une maladie aiguë ou chronique pouvant, jusqu'à un certain point, être considérée comme prodrome, et parmi lesquels je constate notamment des fièvres typhoïdes, des fièvres puerpérales, des fièvres intermittentes, un cas de rhumatisme articulaire aigu, une méningite cérébro-spinale, un ictère, plusieurs cas de phthisie et deux cas de maladie organique de l'estomac. Ces cas s'élèvent au nombre de 15 15 —

Reste 22 cas sur lesquels j'en trouve 13 où le choléra a débuté d'emblée, sans avoir été précédé de diarrhée ou d'autres phénomènes prodromiques appréciables.

Soit cas d'emblée, ci : 13 —

L'un d'eux est qualifié choléra sec; un a eu lieu à la suite d'excès, un autre à la suite d'une véritable intoxication alcoolique; un après quatre jours d'abstinence.

Dans 9 cas il a été impossible d'obtenir aucun renseignement sur l'existence ou l'absence de prodromes.

Ainsi, en résumé, en éliminant ces 9 cas douteux, ou plutôt nuls

au point de vue qui nous occupe, je trouve, sur un total de 122 faits, 85 cas de diarrhées prodromiques, 9 de prodromes divers, 15 de maladie antécédente, 13 de choléra d'emblée.

Voici maintenant les faits que j'ai recueillis dans des conditions différentes et à un point de vue plus directement afférent à la question, pendant l'épidémie de 1853-54.

Chargé à cette époque, en qualité de membre de la commission d'hygiène du XIe arrondissement (aujourd'hui VIe), de l'un des services de visites préventives, institués à titre d'essai par les soins de l'administration municipale, j'ai été à même de réunir un assez grand nombre de faits, qui avaient laissé dans ma mémoire cette impression générale que pendant cette épidémie comme pendant l'épidémie de 1849, dans le plus grand nombre des cas, l'explosion de la maladie avait été précédée d'une période prodromique de plus ou moins longue durée, et dont le caractère principal, le plus commun, était la diarrhée.

Mais pour que cette assertion eût quelque valeur, il fallait l'appuyer sur des chiffres. Le rapport que j'ai rédigé à cette époque ayant été remis entre les mains du président de la commission d'hygiène (M. Paul Dubois), je désespérais de pouvoir remettre jamais la main sur ce document, lorsque des recherches faites dans mes archives m'ont fait retrouver quelques-unes des notes qui avaient servi à sa rédaction.

Voici ce qu'il m'a été possible d'en tirer :

J'ai retrouvé le dépouillement de 77 bulletins de visites faites dans 77 maisons de l'ancien XIe arrondissement, où des cas de choléra avaient été signalés, dans le but de faire une enquête sur chacun de ces cas au point de vue des prodromes et des voies possibles de propagation de la maladie, en même temps que sur les conditions hygiéniques des localités, les antécédents des malades, leurs habitudes, etc.

Le chiffre des cas de choléra que j'ai constatés, soit au moment même de mes visites, soit antérieurement, s'élève à 94 cas.

Sur ces 94 malades, j'ai pu savoir 72 fois, soit auprès des malades eux-mêmes, soit auprès de leurs parents ou de leurs proches, quel avait été le début de la maladie.

J'ai constaté l'existence de prodromes 56 fois
savoir : diarrhée datant au moins d'un jour 52 —
Autres prodromes 4 —

La colonne des cas dits d'emblée ou foudroyants, c'est-à-dire sans prodromes appréciables ou n'ayant été précédés d'une diarrhée que de quelques heures seulement, comprend 16 cas.

9 sont indiqués comme douteux, les renseignements ayant été vagues ou insuffisants.

13 fois, il y a eu absence absolue de renseignements, le fait seul du choléra étant connu.

Ainsi, élimination faite de 22 cas pour absence ou insuffisance de renseignements, nous nous trouvons en présence de 72 cas,
sur lesquels j'ai constaté l'existence de prodromes 56 fois.
Diarrhée avec ou sans autres phénomènes prodromiques, 52 —
Prodromes sans diarrhée, 4 —
Et explosion brusque de la maladie, sans période prodromique appréciable. 16 —

Je demande la permission, avant de terminer, de rapprocher ce résultat partiel du résultat général qui a été consigné dans le rapport du conseil d'hygiène sur le choléra de 1853 et 1854, en ce qui concerne les résultats des visites préventives dans tous les quartiers de Paris et la constatation des prodromes.

Sur 6,903 bons bulletins (627 ayant été éliminés comme nuls ou insuffisants sur le total de 7,530), on trouve que la diarrhée prémonitoire a précédé le choléra de six heures au moins, 4,983 fois ; et seulement 619 fois on a reconnu qu'il n'y avait pas eu de diarrhée. D'autres symptômes prodromiques ont été constatés dans la plupart de ces cas. Enfin le rapport établit que les malades signalés comme ayant été frappés du choléra d'emblée, sans prodromes, étaient déjà atteints de maladies graves ou convalescents de maladies antérieures.

Comme on le voit, la différence des résultats que j'ai constatés pour une circonscription avec ceux qui ont été relevés pour tout Paris, n'est que du rapport de un peu plus de 5 sur 7 avec celui de 4 sur 6 environ; et la moyenne générale des trois séries peut être évaluée au 4/5me.

Un dernier mot. Je ne veux pas, et je ne le pourrais sans allonger outre mesure cette lettre déjà trop longue, entrer dans l'examen de la discussion de la valeur réelle qui doit être accordée à tous ces faits de diarrhée précédant l'invasion du choléra au point de vue de l'histoire des prodromes de la maladie. Il est évident que tous ces faits n'ont pas la même valeur. Quelques-uns pourront être considérés comme constituant le choléra lui-même. J'ai cherché à aller autant que possible au-devant de cette objection, en ne comprenant dans les diarrhées prodromiques que celles qui avaient plus de vingt-quatre heures ou vingt-quatre heures au moins de durée. — D'autres, comme les diarrhées qui duraient depuis plus de dix, quinze, vingt ou trente jours, depuis plusieurs mois, ne seront pas considérées comme constituant des prodromes à proprement parler. Si l'on m'accorde qu'ils constituent une prédisposition, c'est tout ce que je demande, la seule conclusion que je veuille tirer de tout ceci étant : la constatation de ce fait général, qu'une diarrhée, quelle qu'en soit la nature, et que j'appellerai de préférence avec les Anglais *prémonitoire*, pour ne rien préjuger relativement à sa valeur prodromique, précède dans le plus grand nombre des cas, l'invasion des symptômes cholériques ; fait d'une importance capitale au point de vue de la prophylaxie du choléra, et dont je déclare, pour ma part, devoir la première notion aux travaux de mon ancien maître et ami M. J. Guérin.

Je vous prie d'agréer, monsieur le président, etc.

Dr Brochin.

Ce 23 septembre 1873.

HOPITAL MILITAIRE DE LYON. — M. Morand.

Néphrite parenchymateuse à marche insidieuse; confusion possible, au début, avec un ictère grave. Péritonite rapidement mortelle.

Voici d'abord la relation du fait, telle qu'elle m'a été remise, avec les pièces pathologiques à examiner au microscope, par M. le médecin principal Alix, qui a bien voulu se souvenir que j'ai eu naguère l'occasion d'aborder ici même (1) l'étude de l'ictère grave, et qui a pensé que tout ce qui se rattachait par quelques points à cette question, était de nature à m'intéresser.

D.... (Maurice), soldat au 9e de ligne, âgé de vingt-deux ans, malade depuis deux jours, entré à l'hôpital le 18 avril 1873.

Ictère. Teinte très-foncée, conjonctives verdâtres.

A son entrée, le malade est surtout fatigué par une congestion des amygdales, avec œdème très-considérable du voile du palais. Ce militaire ne peut parler, et sa respiration est très-gênée; la luette descend profondément dans la gorge; pour la voir il faut l'en extraire, et quand on l'étale sur la langue, elle arrive presque jusqu'à la pointe.

On traite ces complications sans trop se préoccuper de l'ictère, la température n'étant pas élevée. Vomitif.

Le 19 au matin, épistaxis de longue durée, diminution du gonflement des amygdales, anxiété moindre du malade. Purgatif salin, gargarisme émollient.

Le 20, la gorge est dans un état presque satisfaisant; la luette a beaucoup diminué de volume, l'œdème a presque disparu; mais on trouve alors un gonflement, avec rougeur de la face, qu'on prend d'autant plus pour un érysipèle qu'il existe dans la salle plusieurs cas de cette maladie.

La journée du 21 se passe assez bien; l'ictère ne varie pas; la température s'abaisse. L'érysipèle ne fait aucun progrès, mais le malade se plaint de douleur à l'épigastre. En étudiant le poumon,

(1) Voir les nos 20 et 21 de la *Gazette des Hôpitaux*, année 1873.

on ne trouve rien de saillant; le foie, qui avait déjà été exploré, ne présente non plus rien d'anormal : on ne se rend pas compte de la douleur épigastrique.

Le malade est beaucoup plus agité; il délire la nuit; le pouls est faible, à peine sensible; l'érysipèle disparaît brusquement; dans la nuit du 22 au 23, il survient de la *tympanite*, ce qui explique la douleur gastrique et la gêne de la respiration. Pouls faible, dilué.

Dès le 23, les urines commencent à se montrer épaisses, boueuses, d'un noir-verdâtre, et en si petite quantité qu'on a de la peine à en recueillir un volume suffisant pour le soumettre à l'analyse chimique.

Le 24, les vomissements surviennent, l'ictère se fonce, la température s'élève, le pouls devient d'une faiblesse et d'une fréquence extrêmes; constipation opiniâtre. Mort le 25, dans la soirée.

Autopsie, par l'aide-major du service (1) :

Dégénérescence graisseuse du foie, ictère grave.

D... (Maurice), 9e de ligne, né à Tarascon, âgé de vingt-deux ans. Entré à l'hôpital le 18 avril, décédé le 25 de ce mois.

Les téguments et les conjonctives sont fortement colorés en jaune.

La cavité abdominale renferme environ un litre de sérosité jaunâtre et mêlée de flocons albumineux; les parois sont recouvertes d'exsudats de formation récente et présentent des traces d'inspection vasculaire. Péritonite évidente; les anses intestinales sont agglutinées entre elles; à l'intérieur de l'intestin, rien qu'un peu d'engorgement des follicules clos, sans trace aucune de ramollissement ou de perforation.

La rate est de volume normal, mais de consistance un peu diminuée.

Les reins sont un peu congestionnés; une petite quantité d'urine, très-foncée, dans la vessie.

Le foie pèse 1,600 grammes. Sa forme est normale, le diamètre vertical n'est pas diminué; sa coloration est d'un jaune très-marqué, *qui rappelle la coloration de l'atrophie jaune aiguë; l'aspect et la coupe sont ceux de la dégénérescence graisseuse.* A la face supérieure, la consistance paraît diminuée; partout ailleurs la sensation éprouvée en pressant avec le doigt est celle d'un tissu lardacé; la vésicule contient un peu de bile.

Dans la cavité pleurale droite, il y a quelques exsudats occupant le tiers inférieur du poumon et de la plèvre, le poumon est engoué, surtout en bas. Le côté gauche est sain.

Le cœur est normal.

Les sinus de la dure-mère sont gorgés de sang, un peu de sérosité dans l'espace sous-arachnoïdien, quelques traînées lactescentes le long des vaisseaux; arachnoïde un peu épaissie; substance cérébrale et moelle épinière saines; point de suffusions hémorrhagiques dans les muscles.

Résumé de l'analyse des urines (2):

Propriétés physiques : couleur brune, réaction acide; poids spécifique, 1,027.

Matières solides pour 100 centimètres cubes : 6 grammes.

Substances normales : urée, 1 pour 100, c'est-à-dire 5 grammes pour les 500 centimètres cubes recueillis en vingt-quatre heures, et les seuls par conséquent qu'il ait été possible d'analyser.

Chlorures, phosphates, sulfates, en forte proportion à cause de la concentration du liquide.

Substances anormales : albumine, en petite quantité.

Matière colorante de la bile en forte proportion.

Leucine en quantité très-appréciable. Quant à la *tyrosine*, qui accompagne ordinairement la leucine, sa présence n'a pas été constatée par M. Strohl d'une manière suffisante pour poursuivre les réactions.

Sédiment : composé essentiellement d'urate acide de soude.

Examen microscopique fait à diverses reprises sur les pièces fraîches et sur les pièces durcies dans l'alcool :

1° *Foie.* Sur les coupes fraîches, il présentait une teinte jaune très-accusée et due probablement à l'imbibition par la bile ; il avait perdu cet aspect sur les pièces durcies ; les unes comme les autres offraient un état intact et tout à fait normal des cellules hépatiques, et seulement, sur quelques points des travées interlobulaires, on distinguait une légère prolifération conjonctive, reconnaissable aux amas clairs-semés de cellules embryonnaires qu'on y rencontrait. Les conduits biliaires, les rameaux de la veine-porte, ceux de l'artère hépatique n'avaient aucune altération.

Nulle part on ne voyait de dépôt anormal de graisse. Aussi, tout le travail pathologique du foie se réduit à une hépatite interstitielle sans l'ombre d'une dégénérescence graisseuse.

2° *Reins.* Les canalicules urinaires sont gorgées de cellules embryonnaires qui prennent fortement le carmin. L'altération porte également sur la substance corticale et sur la substance médullaire. Les espaces interlobulaires sont à peu près intacts, mais l'épithélium de quelques glomérules de Malpighi est envahi par le travail de prolifération.

En résumé : Néphrite parenchymateuse très-caractérisée.

Quelques muscles, examinés par dissociation et sur des loupes minces, n'ont offert aucune modification pathologique.

L'observation qui précède est un exemple remarquable des difficultés souvent insurmontables que peut rencontrer le diagnostic médical. Un instant on avait pu croire qu'il s'agissait ici d'un ictère grave, car le malade présentait, avec la teinte caractéristique de la peau, un abattement et une anxiété hors de proportion avec la localisation morbide, du côté de la gorge, qui avait motivé son entrée à l'hôpital ; bientôt même, des hémorrhagies, — épistaxis abondante du 19 avril, — une douleur à l'épigastre s'étendant jusqu'à la région du foie, et des vomissements vinrent se joindre à l'état général pour compléter l'illusion ; mais celle-ci ne devait pas survivre à l'apparition inattendue de la péritonite, d'une part, et aux résultats fournis par la nécropsie de l'autre. On ne saurait, en effet, en bonne nosologie, appliquer le sens d'ictère grave qu'aux seuls cas d'ictère qui, en dehors de l'atrophie jaune aiguë du foie, ne se lient à aucune altération anatomique capable d'expliquer l'intensité de la phénoménisation morbide. Or, dans l'espèce, on n'a que l'embarras du choix pour assigner une cause à la gravité de la situation, et c'est justement le choix à faire pour l'interprétation du processus pathogénique, qui me paraît constituer le principal intérêt de la question.

L'intervention de l'ictère grave écartée, comment concevoir, en effet, l'apparition redoutable des accidents de péritonite qui sont venus précipiter le dénoûment?

Remarquons que ni la lésion du foie, lésion présumée, d'ailleurs, d'après des apparences *macroscopiques*, toujours sujettes à caution en pareille occurrence, et qui s'est, en fin de compte, trouvée à l'examen microscopique tout autre qu'on ne pensait, ni l'état des reins qui avait peu fixé l'attention et que l'autopsie caractérise du mot un peu vague de *congestion*, ni même les altérations, en somme très-circonscrites, sinon controversables, inventoriées du côté des méninges, n'étaient de nature à lever les doutes. Il n'y avait dans tout cela rien qui pût faire comprendre l'explosion soudaine de la péritonite et la brusque diminution de la sécrétion urinaire qui, dès le 23, s'était montrée à un degré tel que le médecin traitant ayant, à cette date,

(1) Je reproduis intégralement cette note, en lui conservant le titre qui lui a été assigné, car celui-ci me paraît avoir une particulière importance, en ce sens qu'il témoigne de l'opinion qui prévalait, chez le rédacteur, touchant la nature de la maladie.

(2) Faite, avec sa complaisance et son habileté bien connues, par M. Strohl, pharmacien major de première classe.

désiré s'éclairer par l'analyse chimique, il devient impossible de recueillir, pour les besoins de celle-ci, au delà des 500 centimètres cubes d'urine dont il a été déjà parlé.

Mais ce mot de l'énigme vainement demandé aux moyens d'investigation ordinaire, le microscope nous l'a livré. Tout en redressant l'opinion erronée qu'on s'était formée à l'œil nu sur l'état gras du foie, alors que ce parenchyme présentait simplement une légère atteinte d'inflammation interstitielle, l'examen microscopique a mis hors de contestation l'existence d'une néphrite parenchymateuse avancée qu'on est fondé à regarder comme point de départ de l'ensemble symptomatique tout entier avec cette néphrite, qui peut être considérée comme ayant pris une marche suraiguë, à en juger d'après le nombre très-considérable et l'état purement embryonnaire des éléments prolifères qui distendaient les canalicules urinaires, avec cette néphrite, toute la filiation pathologique s'explique aisément.

L'œdème qui avait envahi la luette au point que cet appendice, quand on l'étalait, atteignait presque la pointe de la langue, se présente dès lors comme la première manifestation de ces suffusions séreuses dans les tissus, qui sont l'un des traits caractéristiques du mal de Brigth.

Il en est de même de la péritonite qui s'est, vers la fin, emparée despotiquement de la scène pathologique. C'est là un accident connu et prévu dans l'affection qui nous occupe. Il aurait même une certaine fréquence, car, d'après les relevés de Frerichs et de Rosenstein, cités par Jaccoud (1) la péritonite se rencontrerait 11 fois sur 100 cas de maladie de Brigth.

Pour ce qui est de l'érysipèle de la face qui s'est produit du 20 au 22, pour disparaître brusquement devant la péritonite, il est aisé de voir qu'il n'a eu qu'une faible activité. S'il n'est pas la conséquence naturelle, et pour ainsi dire l'expansion de l'angine qui accompagnait l'œdème de la luette, si, tout au moins cet érysipèle n'est pas lui-même un gonflement œdémateux de la face voilé peut-être d'un peu d'érythème, il ne peut guère être envisagé que comme un épiphénomène sans importance.

Quant à l'hépatite, on peut la tenir comme étant de date récente et très-probablement un dérivé par propagation de l'inflammation du péritoine.

Je ne m'arêterai point à l'ictère, qui était ici évidemment biliaire et lié à une stase de la bile, par suite sans doute d'une obstruction bien concevable dans ce cas, du canal cholédoque.

Quant à l'anurie, qu'on peut accuser, je suppose, d'avoir introduit dans la situation des éléments d'urémie plus ou moins accentués, elle se trouve trop manifestement sous la dépendance de l'affection des reins pour qu'il soit nécessaire d'insister longuement sur ce rapport.

La prévalance de la conception pathogénique que je viens d'exposer me semble affirmée encore par les résultats de l'analyse chimique; celle-ci ne laisse aucun doute sur l'existence, bien que en petite quantité, de l'albumine dans les urines, c'est-à-dire sur la réalité du symptôme qui caractérise par excellence la maladie de Brigth.

J'ajouterai que cette particularité même que l'albumine se montrait peu abondante dans l'urine, malgré la profondeur de l'atteinte subie par le rein, me paraît susceptible d'être expliquée par la présence simultanée et en quantité très-appréciable de la leucine dans le liquide en question, où, selon Jaccoud, elle remplacerait l'albumine urinaire commune.

(1) *In Clinique médicale*, 1re édition, p. 685.

En tout état de cause, l'analyse faite par M. Strohl donne une confirmation positive aux vues de Milon et Commaille, qui ont soutenu que la production de la leucine, pas plus que celle de la tyrosine qui lui est habituellement associée, n'est pas exclusivement liée aux maladies du foie, et qu'elle peut se réaliser toutes les fois que l'économie est aux prises avec un trouble dans les métamorphoses de la matière vivante. Dans ce cas, l'affection hépathique, à supposer même qu'elle ne fût pas secondaire, était si peu prononcée qu'elle ne saurait être mise en avant pour justifier l'apparition de la leucine qui, par suite, se trouve forcément imputable à une perturbation nutritive.

Une dernière conclusion, qui me semble découler naturellement de ce qui précède, c'est la nécessité d'en appeler à l'intervention du microscope dans les nécropsies douteuses. Dans ce cas, sans le microscope, non-seulement la lésion capitale, celle du rein, passait inaperçue, mais encore on restait dans une erreur complète sur l'état gras du foie, à propos duquel on le voit, il y a lieu de tenir en grande réserve les appréciations à l'œil nu, de quelle part qu'elles viennent.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 23 septembre 1873. — Présidence de M. Devergie.

CORRESPONDANCE

1° Une lettre de M. Charles Coste, par laquelle il fait part à l'Académie de la perte qu'elle vient de faire dans la personne de M. Coste, membre associé libre.

2° Une note de M. le docteur Guillery sur un nouveau système d'attelle, dont il a présenté plusieurs spécimens dans la dernière séance (Comm.: MM. Alph. Guérin, Gosselin, Verneuil.)

3° Une lettre de M. Remy Deviers, rédacteur médical au *Moniteur universel*, qui demande à l'Académie de publier une instruction populaire sur les moyens prophylactiques à employer pour se garantir des atteintes du choléra.

M. LE PRÉSIDENT, à l'occasion de cette lettre, fait observer qu'il n'est pas dans les attributions ordinaires de l'Académie de rédiger des instructions populaires. Ces sortes d'instructions émanent du conseil de salubrité.

4° Une lettre de M. le docteur Netter, sur le traitement de la constitution médicale actuelle par les boissons aqueuses.

5° Des lettres de MM. Boens et Bobée Galli, relatives au choléra (Comm. du choléra.)

6° Une note de M. Latour, pharmacien principal à l'hôpital Saint-Martin, sur les préparations du glycéré de sucrate de chaux et de son emploi pour la préparation du liniment calcaire (Commission: MM. Moutard-Martin, Poggiale, Giraldès).

7° Une lettre de M. Brochin, dont M. le secrétaire donne lecture (Voir ci-dessus).

M. HERVIEUX met sous les yeux de l'Académie une sonde intra-utérine à double courant, imaginée par M. le docteur Belin, ancien interne à la Maternité.

M. DELPECH, présente à l'Académie le tableau de l'épidémie cholérique du 16 au 22 inclusivement.

Voici ce tableau :

	Hôpit. civils.		Hôpit. milit.	A domicile.	Totaux
	Entrées.	Décès.	Décès.	Décès.	par jour.
16 sept.	13 (7 int.)	9	0	9	18
17 —	14 (5 int.)	7	0	11	18
18 —	15 (7 int.)	4	0	13	27
19 —	9 (2 int.)	3	0	11	14
20 —	11 (2 int.)	5	1	3	9
21 —	0	7	0	4	11
22 —	7 (5 int.)	2	?	4	6
	69	47	1	55	103

Les faits qui résultent de cette statistique, ajoute M. Delpech, sont très-satisfaisants. La mortalité totale de la semaine a baissé de près d'un tiers, et cette diminution porte presque exclusivement sur les quatre derniers jours. La journée d'hier 22 septembre n'a donné que 6 décès, dont 4 à domicile et 2 seulement dans les hôpitaux civils. Les hôpitaux militaires n'ont enregistré, sur six jours, qu'un seul décès; les renseignements manquent pour le 22 septembre. Il n'est pas entré un seul cholérique dans les hôpitaux civils le 21, et il n'en est entré que 2 venant du dehors le 23. 5 ont été atteints dans les salles. Pour toute la semaine on remarque que sur les 69 malades entrés en traitement, 41 venaient du dehors, 28 avaient été frappés dans l'hôpital. Ce dernier chiffre a une importance qu'on ne peut méconnaître au point de vue des avantages que présenterait l'isolement absolu des cholériques. Toutefois, des renseignements que je tiens d'un externe de l'hôpital Saint-Louis, M. Renault, il résulte que du 29 août au 10 septembre 17 cholériques y avaient été traités, 6 seulement venant du dehors et 11 développés à l'intérieur, mais préalablement à toute introduction de malades extérieurs, puisque le premier qui fut admis dans ces conditions ne l'avait été que le 9 septembre. On ne peut donc, dans cette circonstance, accuser le contact des cholériques, introduits dans un service hospitalier, d'avoir été l'origine de développement d'une épidémie extérieure.

On avait prétendu que l'influence du sexe avait été très-marquée dans l'épidémie actuelle, et que le nombre des femmes atteintes avait été beaucoup plus élevé que celui des hommes. Sans avoir de chiffres exacts à présenter, je puis dire dès à présent qu'aucune différence importante ne s'est produite dans ce sens.

Les communes suburbaines paraissent, jusqu'à présent, presque indemnes. Deux décès seulement y ont été signalés.

M. LE PRÉSIDENT annonce à l'Académie les pertes qu'elle vient de faire dans les personnes de M. Coste, membre associé libre, et de M. Nélaton.

Sur la proposition de M. le président, l'Académie décide qu'elle suspendra ses travaux.

La séance est levée à quatre heures.

CORRESPONDANCE

Lettre sur le choléra, de M. le docteur Edouard Fournié (1) :

Quelquefois le malade revient peu à peu à la santé, sous l'influence de ces simples moyens; mais le plus souvent il reste abattu; la parole est faible, traînante; les yeux peu animés, la langue sèche, la soif vive, le pouls élevé et fréquent. Dans ces circonstances, vous continuerez les lavements tièdes deux fois par jour, les boissons émollientes, et vous ferez appliquer des cataplasmes sur le ventre. En même temps vous administrerez, toutes les heures, une cuillerée à soupe d'une potion de 120 grammes, renfermant 4 grammes de teinture de quinquina et 40 grammes d'eau de mélisse. Si la prostration est trop grande, si les yeux restent cernés et abattus, vous prescrirez tous les jours 60 centigrammes de sulfate de quinine en trois doses, et chaque dose à un intervalle d'une heure.

Généralement, après quarante-huit heures, la fièvre tombe, le regard s'anime, la voix reprend toute sa force; le malade demande du bouillon, que vous lui accordez aussitôt. Plus rarement il arrive que la fièvre persiste pendant plusieurs jours avec tous les caractères des fièvres continues graves. Dans ce cas difficile, votre qualité d'homme intelligent et éclairé n'est plus suffisante et vous trouverez bon que je recule devant la tâche ingrate de faire de vous un médecin improvisé. Le coup d'œil médical, pas plus que l'expérience, ne peuvent s'enseigner. Ce sera déjà très-beau, et je vous en fais mon compliment d'avance, Monsieur, si vous appliquez avec succès les notions que je viens de vous communiquer. En suivant mes préceptes, vous aurez l'avantage d'avoir toujours la raison pour guide; vous n'agirez pas aveuglément; vous n'administrerez pas de médicament dont vous ne connaissiez l'effet physiologique; vous n'aurez pas à neutraliser un poison inconnu, insaisissable; vous ne vous abaisserez pas enfin au rôle non moins inintelligent que dangereux de l'empirique, qui donne des drogues parce qu'il a entendu dire que ces drogues font du bien. Non, vous ferez de la thérapeutique rationnelle et aussi efficace que possible. Cette thérapeutique consiste, vous le savez, à provoquer, par des moyens connus, des actes physiologiques capables de modifier par eux-mêmes les actes pathologiques qui caractérisent la maladie. Évidemment on s'inspire dans la recherche de ces moyens de la nature présumée de la cause morbide, et surtout de la nature spéciale des désordres qui, par leur gravité, réclament une intervention immédiate, intelligente et vigoureuse.

Après vous avoir parlé du choléra et de son traitement, je dois dire en quelques mots quelles sont les conditions favorables à son développement et les précautions qu'il faut prendre pour se mettre à l'abri, non de son influence, mais de ses effets meurtriers.

Hygiène.

Il semble résulter des recherches poursuivies avec beaucoup de discernement par les membres de la Conférence sanitaire internationale qui se réunit à Constantinople, que le choléra est contagieux. « L'homme atteint du choléra, disent les membres de la Commission, est, par lui-même, le principal agent propagateur de cette maladie, et un seul cholérique peut donner lieu à cette épidémie (1). » J'ai lu très-attentivement le travail de la Commission, édifié avec soin sous les auspices des hommes les plus autorisés; j'y ai admiré surtout la prudente réserve qu'elle sait garder sur beaucoup de points en litige; mais je ne puis m'empêcher de reconnaître que ce travail laisse encore beaucoup de points inconnus à résoudre. Ainsi, par exemple : « En résumé, dit la Commission, dans l'état actuel de la science, on ne peut émettre que des hypothèses sur la nature du principe générateur du choléra; nous savons seulement qu'il est originaire de certaines contrées de l'Inde et qu'il s'y maintient en permanence; que ce principe se régénère dans l'homme et l'accompagne dans ses pérégrinations; qu'il peut ainsi être propagé au loin, de pays en pays, par des régénérations successives, sans jamais alors se reproduire spontanément en dehors de l'homme(2). » Dans ce passage, la Commission déclare d'une manière formelle qu'elle ne peut émettre que des hypothèses sur la nature du principe générateur du choléra. Cet aveu me paraît très-grave, car toutes les assertions émises sur la contagion ou sur la propagation du choléra manquent dès lors de leur criterium le plus précieux. Comment, en effet, affirmer que la cause du choléra se propage de telle ou telle façon si l'on ne peut pas constater sa présence, soit sur le corps, soit sur les vêtements, soit dans les déjections, soit dans l'atmosphère ?

A mon avis, tant qu'on ne pourra pas démontrer l'existence du contagium générateur du choléra; tant qu'on ne pourra pas le rendre appréciable à un de nos sens, la question de la con-

(1) Fin. — Voir le numéro de mardi dernier.

(1) Rapport de la Commission sanitaire internationale, p. 32; Constantinople.

(2). *Loco citato*, p. 75.

tagion fera verser des flots d'encre comme par le passé, et on continuera à donner des raisons pour et contre sans jamais aboutir à une solution satisfaisante.

Quoi qu'il en soit, nous devons prendre en considération les assertions très-sages de la Commission sanitaire et multiplier le plus possible les précautions destinées à empêcher que la cause cholérique soit importée chez nous.

Ces mêmes précautions ne sont plus suffisantes dans l'intérieur des villes où le choléra s'est déclaré, et cela se conçoit : « L'air ambiant, dit la Commission, est le véhicule principal de l'agent générateur du choléra ; mais la transmission de la maladie par l'atmosphère reste, dans l'immense majorité des cas, limitée à une distance très-rapprochée du foyer d'émission. Quant aux faits cités de transport par l'atmosphère à un ou plusieurs milles de distance, ils ne sont pas suffisamment concluants (1). »

Il suit de là que les habitants d'une même ville n'ont pas à se préoccuper de la contagion, puisque étant plongés dans le même air, ils se trouvent sous l'influence de la même cause morbide.

Dès lors, la seule précaution à prendre consiste à observer les règles hygiéniques capables de mettre le corps dans les meilleures conditions de résistance contre le mal.

C'est par l'exposition de ces règles, très-honoré confrère, que que je vais terminer ma lettre :

1° Aux personne qui savent vivre d'une manière intelligente, c'est-à-dire sobre et agréable tout à la fois, je leur dirai : Ne changez pas votre régime alimentaire ; mais soyez attentifs à la manière dont s'accomplissent les fonctions digestives. S'il vient un peu d'anorexie, un peu de malaise stomacal, ayez la sagesse de supprimer de votre alimentation tout ce qui est superflu : fruits et légumes crus. Rétablissez les fonctions en faisant usage, après le repas, de quelque boisson légèrement stimulante (café, thé, camomille, et ajoutez-y accidentellement une cuillerée à café d'une liqueur alcoolique quelconque.

En ce qui concerne les autres fonctions, évitez les fatigues excessives, les veilles prolongées, et tout ce qui, au physique comme au moral, peut déprimer les forces. Mettez-vous à l'abri, autant que possible, des changements brusques de la température, et craignez surtout le froid et l'humidité du soir.

2° Aux personnes moins sages que les précédentes, et qui ne craignent pas d'escompter leur santé dans l'avenir par des dépenses folles dans le présent, je leur dirai : N'oubliez pas qu'un excès, de quelque nature qu'il soit, est une cause dépressive qui laisse le corps sans défense contre l'influence épidémique.

Non-seulement les excès alcooliques troublent les fonctions digestives, mais ils affaiblissent considérablement le système nerveux, de telle sorte, que l'homme qui s'oublie dans ces excès est doublement exposé à subir les atteintes du mal. J'en ai vu des exemples déplorables sur des matelots du *Marengo* qui buvaient les bouteilles d'eau-de-vie camphrée que nous leur donnions pour frictionner les malades.

3° Aux classes ouvrières, les plus intéressantes et les plus intéressées dans cette question, puisque c'est sur elles que le fléau sévit avec le plus de rigueur, je leur dirai : Évitez le cabaret et le fruit de la rue ; que votre ménagère vous prépare une bonne soupe avec un bon morceau de viande ou quelques légumes bien cuits, et méfiez-vous du vin pris en trop grande quantité, dans la crainte qu'il ne soit pas exempt de reproches.

Si le démon du cabaret vous aiguillonne par trop, allez ; mais choisissez pour boisson du café coupé avec de l'eau, ou bien un peu d'eau-de-vie dans un verre d'eau sucrée.

N'oubliez pas surtout que la moindre indisposition exige que vous y remédiiez aussitôt. C'est dans ces circonstances que vous apprécierez les avantages de l'organisation des sociétés de secours mutuels, qui vous fournissent les secours médicaux et pharmaceutiques dont vous pouvez avoir besoin.

4° Enfin, aux peureux de toutes les classes, je leur dirai : Mettez-vous en règle avec votre corps comme vous vous mettriez en règle avec votre conscience. Suivez strictement les règles de l'hygiène ; ne donnez pas à votre corps le plus léger motif de justifier vos craintes, et si vous avez le choléra de la peur, du moins il ne sera pas mortel.

Dr Édouard Fournié.
Médecin à l'Institut des Sourds-Muets.

(1) *Loco citato*, p. 78.

MORT ET OBSÈQUES DE M. NÉLATON

M. Nélaton, dont nous avons annoncé la mort à la dernière heure, dans notre numéro de mardi et au moment de mettre sous presse, a succombé après plusieurs mois de lutte et de souffrances supportées avec une courageuse résignation à la maladie organique du cœur qui le retenait depuis plus d'un an chez lui.

L'immense célébrité qui s'est attachée au nom de M. Nélaton, la grande situation et la grande fortune qu'il s'était acquises, lui ont valu déjà et lui vaudront encore de la part de tous les organes de la presse politique et littéraire comme de la presse scientifique, un concours unanime d'éloges et de regrets. Depuis Dupuytren, dont il était un des derniers élèves survivants et assurément celui dont le maître se fût montré le plus fier, nul chirurgien en France n'avait acquis une pareille célébrité, nul ne s'était élevé à un tel degré de dignités et de fortune ; et en cela même il avait dépassé son maître. Rien ne lui a manqué en fait de succès, et on peut même dire que son ambition a dû être dépassée. Professeur à la Faculté de médecine, membre de l'Académie de médecine et de l'Académie des sciences, président, devenu perpétuel par le fait d'élections successives faites presque toujours à l'unanimité, de l'Association des médecins de la Seine, sénateur et grand officier de la Légion d'honneur, qu'aurait-il pu désirer de plus ? et ajoutez à cela une immense clientèle et une situation de chirurgien consultant unique, et qui lui donnait une autorité incontestée et sans partage. Les biographes futurs de M. Nélaton chercheront probablement un jour à peser ses mérites au taux de ses succès, à discuter ses travaux, à éplucher ses actes, pour y trouver la cause et la raison d'une si grande élévation. Ce n'est pas le moment de se livrer à un pareil travail d'analyse et de dissection. Pour nous, qui avons assisté aux débuts de la carrière d'enseignement de M. Nélaton, qui avons suivi cet enseignement quasi sans interruption jusqu'à sa fin, presque autant pour notre satisfaction personnelle que pour en répandre au loin les échos à la satisfaction générale de nos lecteurs, nous qui l'avons vu à l'œuvre auprès de ses malades de l'hôpital et parfois aussi près de ses malades de la ville, et qui avons pu, par les quelques relations particulières que nous avons eues avec lui, connaître et apprécier, au moins par leurs côtés les plus saillants, son esprit, son caractère et ses habitudes, nous n'irons pas chercher dans des conditions exceptionnelles, dans des mérites ou des qualités scientifiques hors ligne, dans des travaux d'un éclat extraordinaire, les causes d'une élévation et d'un succès toujours croissants, que nous trouvons tout naturellement dans un ensemble, un accord harmonieux et on ne peut plus heureusement pondéré de qualités d'intelligence, d'esprit et de caractère, qui, dirigées toutes vers le même but constamment et invariablement poursuivi, et servies par une rare aptitude au travail et une inébranlable volonté, l'ont conduit à devenir le professeur le plus parfait et le praticien le plus accompli.

Les obsèques de M. Nélaton ont eu lieu mardi à midi, ainsi que nous l'avions annoncé. Avant l'heure fixée, les vastes salons de son

hôtel de l'avenue d'Antin étaient envahis et littéralement combles, si bien que les nouveaux arrivants n'y pouvaient plus trouver de place. Dans cette nombreuse assistance, où dominaient naturellement des médecins en très-grand nombre, dont pas un peut-être n'avait eu à demander à M. Nélaton une consultation ou un conseil, on remarquait des notabilités dans tous les rangs et dans tous les ordres, anciens collègues de M. Nélaton au Sénat, à l'ancienne maison de l'Empereur, à l'Institut, à la Société de secours aux blessés, etc. Nous citerons, entre autres, les généraux Vinoy et de Ladmirault, l'amiral Jurien de la Gravière, MM. Michel Chevalier, Léon Renault, Vandal, Péan de Saint-Gilles, le comte de Beaufort, le comte Sérurier, de Gontaut, Belmontet, de Saint-Albin, etc., etc. Quant aux médecins, il faudrait citer toutes les notabilités présentes en ce moment à Paris.

Le cortége s'est mis en marche à midi précis. Le deuil était conduit par M. Charles Nélaton, fils du défunt, qui, moins sensible à l'attrait des grandes situations qui s'ouvraient devant lui qu'à la gloire acquise par son père dans l'exercice de la chirurgie, paraît désirer marcher sur ses traces. Les cordons du poêle étaient tenus par M. Bouillaud, représentant l'Institut; M. Bouchardat, pour la Faculté de médecine; M. Depaul, président, et M. Béclard, secrétaire perpétuel de l'Académie de médecine. La Société de chirurgie, l'Association des médecins de la Seine y étaient représentées par un grand nombre de leurs membres. La cérémonie religieuse a eu lieu à l'église Saint-Pierre, de Chaillot, trop petite pour contenir toute l'assistance. Les honneurs militaires étaient rendus au grand officier de la Légion d'honneur par un bataillon de ligne. Nous ne parlons pas des amis sans nombre de M. Nélaton dans tous les rangs de la société, et qui s'étaient empressés d'aller lui rendre ce dernier hommage.

D. B.....

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

On mande de New-York, 18 septembre :

On constate une légère diminution dans les ravages de la fièvre jaune à Shreveport et à Memphis.

— On lit dans le *Courrier des États-Unis* :

Depuis trois mois environ, le docteur A.-E. Macdonald, directeur des hôpitaux de Blackwell's Island, fait des efforts dignes d'encouragement pour apporter quelque variété dans la monotonie de la vie d'hôpital. Avec le concours de plusieurs artistes de profession et amateurs bien connus, il a organisé des concerts, le vendredi soir de chaque semaine, pour la distraction des malades confiés à ses soins. Le succès a été immédiat, et la chapelle de l'hôpital de la Charité est remplie chaque vendredi par cinq ou six cents malades.

— M. le docteur Brochard, lauréat de l'Institut, inspecteur des crèches et des bureaux de nourrices de Lyon, auteur de l'*Allaitement maternel* et de la *Mortalité des nourrissons en France*, vient de créer un journal mensuel sous ce titre : *Journal de la Jeune Mère.*

Chaque numéro contiendra : une causerie du docteur, un article sur l'éducation de l'enfant par sa mère, des conseils aux femmes qui ont des enfants en nourrice, des conseils aux femmes qui ont des nourrices chez elles; une chronique des sociétés protectrices de l'enfance, des crèches, des sociétés de charité maternelle, etc., tous les faits enfin propres à intéresser les jeunes mères et les personnes qui affectionnent l'enfance.

Nous souhaitons la bienvenue et tout le succès qu'elle mérite à la nouvelle feuille de notre confrère.

— M. le docteur Ball fera sa deuxième leçon sur le choléra le mardi 30 septembre (au lieu du jeudi 25 septembre), à l'Hôtel-Dieu.

— M. le docteur Martin-Damourette recommencera ses cours de thérapeutique, de chimie et d'histoire naturelle médicales, le mercredi 1er octobre, à une heure, place de l'École-de-Médecine, 17.

— *Erratum.* — Dans le numéro du 20 septembre dernier, on a attribué par erreur l'observation de : *Fièvre intermittente ortiée*, à M. Burq; elle est de M. Berthier.

Des déviations utérines considérées comme obstacles à la fécondation, par le docteur A.-P. Piquantin. — In-8°. Prix: 1 fr. 50. — Paris, Adrien Delahaye.

Thèses soutenues à la Faculté de médecine de Paris. A. Coccoz, libraire, rue de l'École-de-Médecine, n° 30.

Le Directeur : Dr E. Le Sourd.

Paris.— Typographie A. Pougin, quai Voltaire, 13.

N° 112. — SAMEDI 27 SEPTEMBRE 1873. 46e ANNÉE. SAMEDI 27 SEPTEMBRE 1873. — N° 112.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Bureaux : 57, rue des Saints-Pères, 57
PRÈS L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix d'abonnement doit être envoyé en mandats-poste ou traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

On s'abonne hors de Paris dans les bureaux des Messageries et chez les Libraires. Les lettres non affranchies sont refusées.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui n'en peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS : Trois mois. . 8 fr. 50 c. — Six mois. . . 16 — — Un an. . . . 30 —

POUR L'ÉTRANGER le port en sus suivant les derniers tarifs des Postes.

REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE

Le choléra.

Nous n'aurons que peu de chose à dire aujourd'hui du choléra, dont la marche décroissante semble justifier notre pronostic favorable du premier jour. On a vu dans le numéro de jeudi, par la communication de M. Delpech à l'Académie, à quel chiffre minime s'élevaient les admissions dans les hôpitaux pendant les derniers jours. Voici, pour la journée du 25 septembre, le relevé qu'on a bien voulu nous communiquer à l'Assistance :

	Existant au matin	Admissions de l'ext.	Admissions de l'int.	Total	Sorties	Décès	Total des sort. et des décès	Rest. au soir
Hôtel-Dieu. .	12	»	2	14	»	2	2	12
Pitié.	2	»	»	2	»	»	»	2
Charité. . . .	6	»	»	6	»	»	»	6
St.-Antoine.	3	»	»	3	»	»	»	3
Necker. . . .	3	»	»	3	1	1	1	2
Beaujon. . . .	15	1	»	16	1	4	5	11
Lariboisière.	16	1	1	18	1	1	2	16
Enfants mal.	6	»	»	6	2	»	2	4

Comme on le voit, les admissions dans tous les hôpitaux de Paris réunis pour la journée du 25, ont été de 5, dont 2 du dehors et 3 de l'intérieur.

Le total général du 4 au 25 est de 228 malades.

Sorties. 39
Décès. 133
Restant en traitement. 56

Pour ce qui est des moyens de traitement usités dans les divers services des hôpitaux, dont nous nous étions proposé d'entretenir nos lecteurs, ainsi que des mesures prophylactiques proposées ou mises en œuvre, pour ne pas nous exposer à faire double emploi, nous renvoyons aux comptes rendus de la Société médicale des hôpitaux, où ces divers moyens seront discutés.

Nous nous bornerons, pour aujourd'hui, à signaler parmi les diverses communications qui nous ont été adressées, la note suivante de notre confrère le docteur L. Groussin, de Bellevue, sur un moyen auquel beaucoup d'entre nous, sans doute, ont dû déjà songer et que nous nous proposions, pour notre part, de mettre en œuvre à la première occasion. Nous voulons parler des injections hypodermiques de sels de morphine dans les cas où l'emploi des narcotiques, jugé indispensable et rendu impossible par les déjections incessantes ou par le défaut d'absorption des muqueuses, n'a d'autre voie ouverte que le tissu cellulaire.

Voici la note de M. le docteur Groussin, qui a pu mieux que qui que ce soit apprécier par lui-même les effets de ces injections :

« *De l'utilité et de la nécessité des injections hypodermiques de sulfate de morphine dans le choléra.*

« En juillet 1870, je fus pris dans la nuit d'une attaque de choléra, qui peu à peu, en l'espace de six heures, acquit un caractère très-grave (vomissements incessants, selles incessantes riziformes, suppression de la sécrétion urinaire, crampes dans les pieds, les mollets, les mains, les muscles pectoraux, voix éteinte, anxiété extrême, refroidissement général. Les moyens ordinaires, tels que frictions, bouteilles d'eau chaude, glace dans la bouche, ou thé chaud avec rhum, n'amenaient pas d'amélioration, et j'eus un moment le pressentiment d'une fin prochaine. Les succès que j'ai toujours obtenus contre l'élément douleur dans les cas très-nombreux où j'ai employé les injections sous-cutanées de morphine, me décidèrent à en user pour moi-même ; je ne pouvais plus rien garder ni par le rectum ni par l'estomac, et l'absorption sous-cutanée devenait ma ressource dernière. Je me fis donc une injection sous-cutanée de 2 centigrammes en une seule fois de sulfate de morphine au niveau de l'ombilic, un peu au-dessous et à gauche. Un quart d'heure environ après, j'éprouvai un mieux relatif : les crampes étaient moins fréquentes, les vomissements aussi ; comme deux heures après l'injection les symptômes menaçaient de reprendre leur violence, je me fis une seconde injection avec demi-centigramme du même sel ; nouvelle rémission, celle-ci beaucoup plus longue, et vingt-quatre heures après le début de l'attaque, j'étais tout à fait hors de danger de mort. Trois collègues qui me soignèrent ont partagé mes craintes et m'ont avoué par la suite que j'avais été menacé d'une mort prochaine. »

Des actions physiologiques de la propylamine pour servir à l'interprétation de ses résultats thérapeutiques.

Nous avons exposé, dans la précédente Revue, les faits cliniques observés par M. Aïssa Hamdy et consignés dans son travail, relativement à l'action thérapeutique de la propylamine. Nous allons donner aujourd'hui en substance les résultats de ses recherches expérimentales sur l'action physiologique que cette substance exerce sur les divers éléments anatomiques et sur les appareils organiques, expériences entreprises dans le but de servir à l'interprétation et à la discussion de ces résultats thérapeutiques.

Voici les principaux effets constatés :

Action sur les nerfs. — L'activité des nerfs a paru immédiatement accrue ; mais bientôt ils sont parésiés et perdent totalement leur excitabilité. C'est d'abord le nerf sensitif qui est paralysé et ensuite le nerf moteur.

L'action locale de la propylamine est la même sur les racines des nerfs rachidiens que sur les cordons nerveux.

L'altération histologique des nerfs touchés par la propylamine jusqu'à perte complète de leur excitabilité ressemble à celle qui se produit dans les nerfs séparés des centres nerveux. Au microscope, les fibres nerveuses dissociées offrent un aspect louche et opaque ; la myéline y est coagulée en gouttelettes de grosseurs diverses, qui ôtent au nerf sa transparence normale.

Action sur les muscles et le cœur. — Les muscles touchés par la propylamine, soit au voisinage du nerf sciatique, soit par le liquide inséré dans une petite plaie ou injecté dans le tissu cellulaire, ces muscles prennent une couleur rouge foncé, et après de légères contractions fibrillaires perdent totalement leur irritabilité en quelques minutes.

Si on les examine alors au microscope, on constate que leur striation est moins apparente, et que leurs fibres sont finement granuleuses.

Le cœur perd aussi son irritabilité en quelques minutes par les applications de propylamine à sa surface, et un peu plus lentement par imbibition de voisinage.

Action de la propylamine sur le sang. — M. Hamdy a vu constamment se faire un suintement de sang liquide dans les plaies d'insertion de la propylamine. En ajoutant au sang une goutte de propylamine, il a vu les globules pâlir, puis se dissoudre rapidement. Il a constaté, enfin, à la surface des hématies, la présence d'un ou plusieurs petits globes brillants, qui lui donnent un aspect tacheté ou granulé.

Enfin l'auteur a fait de nombreuses expériences pour apprécier les phénomènes généraux produits par la diffusion de la propylamine, son action sur le système nerveux cérébro-spinal et l'appareil locomoteur, et sur la circulation.

Voici le résumé de ces effets :

Les expériences dont nous venons de résumer les résultats principaux, dit-il, montrent qu'il y a dans le propylamisme deux périodes :

Une période d'excitation caractérisée à son plus faible degré par une grande réactivité, et à son plus haut degré par des palpitations musculaires et des secousses convulsives d'abord, puis de véritables convulsions tétaniques avec irrégularité, et parfois suspension de la respiration, contraction des vaisseaux capillaires et ralentissement du cœur. Ces effets sont dus à la surexcitabilité des centres bulbo-spinal et ganglionnaire. Ils sont plus ou moins prompts à apparaître et ont une intensité et une durée qui varient suivant les doses et le mode d'application de la propylamine.

La seconde période du propylamisme est la période de collapsus, de résolution musculaire. Elle est marquée par l'immobilité, qui s'observait déjà, à un certain degré, au début de l'intoxication, où l'animal, comme assoupi, ne faisait que de rares mouvements volontaires, et offrait une respiration faible et ralentie, témoignant d'une certaine paresse du cerveau qu'atteste aussi la diminution de sensibilité à la brûlure et à la piqûre, alors que l'animal est très-excitable au choc. Mais c'est à la suite des convulsions que la période résolutive est bien établie. Alors, si l'intoxication a été poussée assez loin, l'animal est totalement privé de mouvements volontaires, respiratoires et réflexes ; il ne réagit plus à aucune excitation, et est plongé dans la plus complète insensibilité.

L'action la plus immédiate de la propylamine sur l'appareil circulatoire est la contraction des capillaires par excitation des vaso-moteurs. Le second effet est une diminution de la tension artérielle. A une période plus avancée, les ganglions cardiaques se parésient et la force du cœur diminue, en même temps que la parésie des vaso-moteurs produit le relâchement des vaisseaux. C'est alors que la diminution de la tension artérielle atteint son maximum et que les battements du cœur sont à la fois plus lents et plus faibles. Aux limites extrêmes de l'empoisonnement, le cœur s'arrête en diastole un certain temps, après la perte d'excitabilité du centre nerveux cérébro-rachidien.

Voici, en définitive, en quels termes M. Hamdy résume les effets de la propylamine sur l'homme :

1° L'action irritante locale de la propylamine notée par tous les observateurs, est très-marquée sur les muqueuses, tandis qu'elle est presque nulle sur la peau.

Sur le tube digestif, les doses inférieures à 2 grammes, diluées dans une potion et administrées par prises fractionnées, sont généralement bien supportées, et l'irritation qu'elles produisent ne dépasse pas d'ordinaire l'excitation fonctionnelle qui s'accuse par un retour de l'appétit. A 2 grammes et au delà, il n'est pas rare d'observer des phénomènes d'irritation, tels que ardeur dans la gorge et dans l'estomac ou bien de la diarrhée.

Les effets d'absorption les plus remarquables sont : le ralentissement et la dépression du pouls ; l'abaissement de la température et la diminution de l'urée ; enfin la sédation nerveuse que révèle le prompt apaisement des douleurs, souvent dès le deuxième jour du traitement. Ces phénomènes, constatés par tous les observateurs, sont pleinement confirmés par les expériences sur les animaux.

M. Hamdy se fonde sur cette concordance parfaite des faits observés et des résultats des expériences physiologiques pour émettre l'avis que la propylamine peut dès à présent être rangée parmi les substances antipyrétiques.

Ainsi, la dépression de la circulation capillaire expliquerait, suivant lui, la diminution des fluxions articulaires et l'amélioration des phénomènes locaux du rhumatisme, en même temps que l'amoindrissement des combustions détermine la chute rapide de la fièvre. Le calme de la douleur et le retour du sommeil, qui en est la conséquence, s'expliquent suffisamment par la disparition de la fluxion inflammatoire, et d'autre part les expériences sur les animaux ne laissent aucun doute sur un certain degré d'analgésie et de tendance au sommeil provoquée par la propylamine.

Les faibles doses de propylamine administrées à l'homme sont incapables de produire les phénomènes de surexcitabilité motrice qui donnent lieu, chez les animaux, aux palpitations musculaires, aux spasmes et aux convulsions.

La propylamine modifie les sécrétions ; chez l'homme, elle s'est montrée presque constamment diurétique, et, dans quelques cas, sudorifique.

Au point de vue purement clinique, la plupart des observateurs tombent d'accord sur les modifications avantageuses imprimées à la marche du rhumatisme articulaire par la propylamine. Dès les premiers jours du traitement, les douleurs articulaires s'amendent notablement en même temps que la fièvre tombe, et quelques jours plus tard, les douleurs s'éteignent complétement et la tuméfaction disparaît. Quand il survient de nouvelles poussées, elles s'effacent moins rapidement que la première.

Lorsque le traitement propylamique n'influence pas rapidement la marche du rhumatisme, il est à présumer qu'il restera

sans effet. Il a présenté son plus haut degré d'efficacité dans le rhumatisme aigu, à marche rapide, avec tendance à la généralisation; il est moins favorable dans le rhumatisme subaigu et fixe, mais encore dans le rhumatisme nerveux, et probablement dans le rhumatisme blennorrhagique.

Les complications du rhumatisme sont loin de contre-indiquer la propylamine, ainsi que le démontrent un exemple de guérison rapide d'un rhumatisme aigu avec délire, et une amélioration dans un cas grave avec péricardite et épanchement pleurétique.

Bien que les résultats thérapeutiques obtenus par M. Hamdy n'aient pas été aussi favorables que ceux qui ont été annoncés par de précédents observateurs, notre confrère ne pense pas cependant qu'ils soient inférieurs à ceux des autres méthodes de traitement du rhumatisme articulaire.

UN CAS D'EMPHYSÈME

AU POINT DE VUE DE LA MÉDECINE LÉGALE

Par M. le docteur Pancin (de Caveirac).

En 1861, étant chargé du service médical de deux sections très-importantes du chemin de fer, alors en construction, de Limoges à Agen, je reçus un jour, dans mon ambulance, un ouvrier, X..., qui se plaignait d'un gonflement qui lui était subitement venu dans une grande partie du corps. J'examinai le malade, et il me fut facile de reconnaître que la partie supérieure des cuisses, le scrotum, les lombes et toute la partie inférieure de l'abdomen jusqu'un peu au-dessus de l'ombilic, étaient le siége d'un emphysème considérable. Le siége insolite de cette affection, l'intégrité parfaite des voies respiratoires, l'absence de toute plaie apparente et de symptômes généraux étaient bien faits pour attirer mon attention et piquer ma curiosité. Le malade paraissait confus et assez inquiet de son état; pourtant j'eus beau le presser et le questionner de toutes les manières, il me fut impossible pour le moment d'obtenir de lui aucun renseignement sur la cause du phénomène étrange qu'il présentait. J'étais fort intrigué : dans la nuit, préoccupé, non de l'état du malade qui ne me paraissait pas grave, mais du problème étiologique qui s'offrait à mon observation, je me levai et je me rendis auprès du malade. Je le trouvai éveillé et en proie à une assez vive inquiétude. Je le questionnai de nouveau, et il finit par m'avouer qu'il avait été victime d'un attentat (d'une mauvaise farce, disait-il) de la part de trois de ses camarades, qui l'avaient pris en grippe et voulaient l'éloigner de leur chantier, à cause d'un eczéma chronique qu'il portait à la face et qui rendait sa compagnie assez répugnante. La veille, ses trois camarades étant venus le voir dans sa chambre, deux d'entre eux s'étaient emparés de lui, l'avaient couché sur son lit et maintenu fortement, tandis que le troisième lui faisait une légère incision à la face interne du prépuce, introduisait un chalumeau dans cette plaie et insufflait le malheureux patient à la manière dont les bouchers insufflent les bœufs et les moutons pour détacher et enlever plus facilement la peau. Vous pouvez penser de l'empressement que je mis à examiner le prépuce de la pauvre victime de la brutalité de ses grossiers compagnons. J'aperçus, en effet, à la face interne et supérieure du prépuce, une petite plaie linéaire récente, aux lèvres légèrement froissées, pouvant avoir 3 millimètres de longueur. Tout s'expliquait. Je rassurai mon malade, qui fut bientôt guéri de son emphysème et de sa peur.

Ce cas de maladie simulée présentait un problème de médecine légale assez difficile à résoudre. X... s'était-il insufflé lui-même ou fait insuffler volontairement, ou bien avait-il été victime d'un odieux attentat? Ce n'était pas facile à décider, comme on va le voir.

L'aventure de X... fut bientôt connue de tout le monde; elle vint aux oreilles de M. le juge de paix de N..., magistrat d'un très-grand mérite, qui prit la chose au sérieux. « On n'avait pu commettre sur X... une action si coupable qu'en le retenant de force, qu'en paralysant sa volonté et exerçant, à son égard, une espèce de séquestration. »

C'était grave, et bien plus grave que n'avaient pu penser probablement les auteurs de l'attentat. Il s'ensuivit une enquête, dans laquelle X..., soit par esprit de camaraderie, soit par crainte de nouvelles violences de la part de ses compagnons, parvint si bien à égarer la justice, qu'elle finit par croire que X... s'était insufflé lui-même pour se faire admettre à l'ambulance. Je ne pouvais partager cette opinion : l'inquiétude du malade, les aveux qu'il m'avait faits et surtout la grande étendue de l'emphysème me faisaient penser que X... m'avait bien dit toute la vérité et qu'il était réellement victime d'un attentat. Si X... avait voulu simuler un emphysème pour se donner le plaisir de passer quelques jours à l'ambulance, il se serait contenté de s'insuffler légèrement les bourses et peut-être les parties voisines, et non la moitié du tronc, au risque de se rendre dangereusement malade; lorsqu'il aurait vu son corps s'enfler peu à peu et prendre des dimensions trop considérables, la peur l'aurait pris et le chalumeau lui serait tombé des mains.

Lorsqu'un emphysème simulé des bourses et des parties voisines est peu considérable, il y a donc lieu de penser que le malade s'est insufflé lui-même ou s'est fait insuffler volontairement; lorsque, au contraire, l'emphysème est très-considérable, il y a de grandes probabilités pour croire qu'il est la conséquence d'un attentat. Quoi qu'il en soit, l'étiologie d'une pareille affection nous échappe, il est bon de se rappeler qu'elle peut être due à quelque diablerie, c'est-à-dire qu'elle peut être simulée. Les bourses, la verge et surtout la face interne du prépuce qui, étant cachée, peut être choisie de préférence, doivent être alors l'objet d'un examen minutieux et attentif. L'absence de symptômes généraux, l'apparition subite de la maladie, son siége insolite, l'intégrité des voies respiratoires et du tube intestinal, l'existence d'une petite plaie récente aux bourses ou au prépuce, la moralité et l'intérêt du malade, la disparition plus ou moins rapide des symptômes, sont autant d'indices qui doivent élairer le diagnostic.

REVUE DE LA PRESSE

Des applications externes de l'hydrate de chloral et du métachloral. — M. Dujardin-Beaumetz a fait un certain nombre de recherches avec M. Hirne sur les applications externes de l'hydrate de chloral, et tout récemment appelait l'attention sur un corps nouveau en thérapeutique, le métachloral ou chloral insoluble, qui s'obtient en mettant en contact du chloral pur avec de l'acide sulfurique.

L'hydrate de chloral et le métachloral appliqués sur la peau et sur les muqueuses à l'état sain, y déterminent d'abord une action caustique plus ou moins énergique, selon le degré de concentration des solutions chloralées, puis une action modificatrice qui dépend entièrement des propriétés antiputrides et antifermentescibles que MM. Beaumetz et Hirne ont démontrées les premiers; enfin une action anesthésique qui a été signalée dès le début de la découverte

de l'application thérapeutique du chloral, et que MM. Florant et Peuch ont mise surtout en lumière.

M. Dujardin Beaumetz se sert soit du chloral en nature sous forme de crayons enduits de paraffine, au lieu de solutions chloralées à titres variables. Celles dont il se sert le plus souvent ont la formule suivante :

1° Hydrate de chloral.........	10	grammes
Eau........................	1.000	—
2° Hydrate de chloral.........	10	—
Eau........................	500	—

Il use aussi du mélange suivant :

Hydrate de chloral...............	10	grammes
Glycérine........................	50	—

Quant au métachloral. on l'applique en poudre sur les plaies, et si l'action caustique est trop vive on peut mélanger, comme l'a fait le docteur Féréol, le métachloral à la poudre de lycopode dans la proportion suivante :

Métachloral en poudre............	1	gramme
Poudre de lycopode...............	9	—

Cette substance paraît devoir remplacer très-avantageusement l'iodoforme, puisqu'il possède une action modificatrice plus énergique, sans l'odeur si repoussante de ce dernier.

Les solutions chloralées s'appliquent soit en injections, soit en lotions, soit en applications permanentes.

C'est en usant de ces moyens que M. Dujardin-Beaumetz a obtenu de très-rapides guérisons dans les cas de gangrène et d'eschares, suite des fièvres graves; les résultats ont été tout aussi avantageux dans les cas de chancres phagédéniques. M. Verneuil a même guéri par ce moyen un ulcère phagédénique.

Dans les maladies de la peau, M. Dujardin-Beaumetz a observé de promptes guérisons dans les cas d'eczéma chronique des membres inférieurs, et l'on trouve, à l'appui de cette médication, deux observations intéressantes : l'une de M. Féréol, du pemphigus ulcéro-membraneux, guéri par l'usage du métachloral en poudre; l'autre de M. Créquy, où il s'agit d'un lupus scrofuleux du nez, guéri par le même moyen.

Dans les cavités closes suppurantes, M. Dujardin-Beaumetz emploie en injections les solutions chloralées au centième, il cite même une observation de métrite interne guérie par les injections intra-utérines de chloral au cinquantième, et il termine son travail en rappelant le parti que l'on peut tirer dans les maladies de la vessie des solutions chloralées, puisque ces dernières ont la propriété d'empêcher les altérations ultérieures de l'urine.

Ces faits montrent tous les avantages que peut présenter cette nouvelle application thérapeutique du chloral et de ses dérivés. (*Bulletin de thérapeutique.*)

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 16 juillet 1873. — Présidence de M. Maurice Perrin.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

CORRESPONDANCE

La correspondance comprend :

La *Gazette hebdomadaire*; — l'*Union médicale*; — la *Gazette des Hôpitaux*; — la *Tribune médicale*; — le *Progrès médical*; — le *Bordeaux médical*; — le *Bulletin général de thérapeutique*; — le *Journal de médecine et de chirurgie pratiques*; — *Bulletins des travaux de la Société médico-pratique* de 1818 à 1872. — *Mémoires et Bulletins de la Société de médecine et de chirurgie de Bordeaux*, t. VI, 1er fascicule. 1872 : 1er et 2e fascicules. — *Des différentes formes de l'ostéite aiguë*, par M. le docteur Spillmann. Broch. in-8°. Paris, 1873. — *Diseases of the urinary organs*, par M. le docteur John Gouley, 1 vol. in-8°. New-York, 1873.

Polypes naso-pharyngiens — M. Chassaignac. Les méthodes opératoires qui aspirent à se généraliser dans le traitement des polypes naso-pharyngiens doivent se constituer, non-seulement au point de vue de l'implantation originelle du polype, mais aussi et très-expressément au point de vue des embranchements possibles de celui-ci.

Plusieurs des méthodes proposées pour l'ablation de ces polypes sont tout à fait incapables de les poursuivre dans toutes leurs dépendances.

L'expérience suivante, facile à répéter sur le cadavre, met à même de reconnaître la valeur d'un procédé, qui est à la fois le plus rapide et le moins dangereux. Elle consiste à tailler un lambeau comprenant les parties ostéo-cartilagineuses du nez avec les téguments auxquels on les laisse adhérer, à rejeter ce lambeau sur l'un des côtés de la face, et à se frayer une voie qui laisse pénétrer le doigt indicateur jusqu'au travers de l'ouverture postérieure des fosses nasales.

La cautérisation et la ligature, applicables avec succès à la cure de certains polypes, sont définitivement jugées aujourd'hui comme procédés fondamentaux pour la destruction des polypes naso-pharyngiens.

Le procédé de Manne n'a qu'une utilité très-restreinte.

L'ablation totale du maxillaire supérieur pour faciliter l'extirpation d'un polype naso-pharyngien doit être rejetée de la pratique, à raison de ce qu'en matière d'ablations préparatoires, tout ce qu'on fait de trop est mauvais et doit être absolument condamné.

Du moment qu'une ablation partielle du maxillaire supérieur est tout à fait suffisante pour la bonne exécution du procédé opératoire, il n'est pas raisonnable de ne pas se contenter de cette ablation partielle.

Dans mon *Traité des opérations*, t. II, p. 442, j'ai démontré que la destruction du plancher de l'orbite est une chose tout à fait superflue et dès lors condamnable quand il s'agit d'extraire les polypes naso-pharyngiens, car le procédé d'extirpation, qui est énormément facilité par le sacrifice de la voûte palatine, ne tire absolument aucun avantage de la destruction du plancher de l'orbite.

J'ai démontré qu'on peut obtenir toute l'étendue d'action nécessaire pour les opérations les plus délicates et les plus compliquées dans le pharynx, par le seul sacrifice du demi-plateau, constitué par une moitié de la voûte palatine.

La preuve de cette assertion, qui remonte à 1849, est tout entière contenue dans l'exposé d'une observation qui est textuellement rapportée, p. 442, 443 et 444 du tome II des *Opérations chirurgicales*. Voyez aussi tome I du même traité, à l'article Résection partielle du maxillaire supérieur, tome I, *Opérations*.

Le procédé du lambeau nasal réappliqué, que j'ai conçu et exécuté pour la première fois en 1854, a eu pour objet l'application de la chaîne à l'ablation des polypes naso-pharyngiens.

L'emploi de l'écrasement linéaire me paraît impérieusement justifié, dans l'extirpation des polypes naso-pharyngiens, par ce fait d'observation : que des hémorrhagies immédiatement mortelles ont été maintes fois observées, et que dans certains cas où ces hémorrhagies n'ont pas causé la mort sur-le-champ, elles ont eu pouvoir d'arrêter court le chirurgien effrayé au milieu de son opération et n'osant pas la continuer.

Ce qui rend l'hémorrhagie si redoutable au moment de l'opération, c'est l'état anémique, la profonde misère physiologique des opérés. Pas un chirurgien qui n'ait été frappé de cette face décolorée, de cet état cachectique qui fait ressembler les malades atteints de polypes naso-pharyngiens aux individus arrivés à la période consomptive du cancer. Ce sont des sujets qui n'ont plus que bien peu de sang à perdre, et là se trouve l'indication suprême.

Aussi quand, dans une des dernières séances de la Société, j'entendais notre honorable collègue M. Després dire que le chirurgien ne doit pas avoir peur du sang, je faisais un triste retour sur ces terribles hémorrhagies qui, dans l'ablation des polypes de la gorge, font tomber l'instrument des mains de l'opérateur et l'obligent à recourir précipitamment au tampon, sous peine de voir périr son opéré, ainsi qu'on en a récemment rapporté dans cette enceinte trois exemples. Et ainsi que la suite de cette communication vous

le prouvera, on possède encore de nombreuses observations qui montrent que, sans avoir été mortelle au moment même, l'hémorrhagie a forcé une retraite hâtive des opérateurs de premier ordre, obligés de remettre l'opération définitive jusqu'au douzième et au vingt et unième jour.

Les deux premières opérations qui ont été faites par le procédé du lambeau nasal réappliqué datent, l'une du 29 janvier 1854, la seconde du 19 mars 1855. Elles ont été consignées, avec les dessins, dans le *Traité de l'écrasement linéaire*, publié en 1856, et dans le *Traité des opérations*, publié en 1861; bien des années, par conséquent, avant que M. Bœckel, qui a eu le courage de s'approprier ce procédé, en eût fait mention, pas autrement, que comme d'un projet resté sans exécution, car il n'a même encore aujourd'hui aucune opération, que je sache, sur le vivant. Il avait consigné son opération en perspective dans une note des résections de Heyfelder.

Il ne l'a donc ni conçu ni pratiqué, et il se prétend l'inventeur du procédé dont il ose revendiquer hautement la propriété (*Gazette de Strasbourg*, n° de juin 1872).

A ce sujet, il s'est engagé entre M. Bœckel d'une part, et de l'autre M. Paul Bruns, fils du professeur Bruns, de Tubingue, une polémique très-curieuse dont le bruit est arrivé jusqu'ici.

C'est dans les récriminations respectives des deux adversaires, que nous allons trouver la preuve de ce que j'avance.

Commençons par les prétentions étranges de M. Bœckel. Elles sont vivement remises à leur place par M. Paul Bruns. M. Paul Bruns a beau lui dire dans son article de la *Berliner Wochenschrift*, n[os] 12 et 13 de 1872, que M. Chassaignac a publié ce procédé en 1856, dans le *Traité de l'écrasement linéaire*; en 1861, dans son *Traité d'opérations* (M. P. Bruns met par erreur, en 1862, je ne sais par pourquoi), M. Bœckel n'en persiste pas moins à soutenir, en 1872, *Gazette de Strasbourg* n° de juin 1872, pages 2 et 3, qu'il est l'inventeur quand même d'un procédé décrit, dessiné en toutes ses parties, exécuté deux fois cliniquement, c'est-à-dire sur le malade et en public en 1854 et en 1855, plus de quinze ans avant lui; il n'en veut pas démordre, il y tient. C'est à lui que revient l'invention, et il la revendique hautement, dans sa polémique contre M. Paul Bruns, *Gazette de Strasbourg*, juin 1872, page 3.

Je ne puis pourtant pas, pour faire plaisir à M. Bœckel, rester sous le coup d'une accusation de plagiat qui, du moment que M. Bœckel revendique des droits qu'il n'a pas, se retournerait contre celui qui est le légitime possesseur de l'objet en litige. Il est certain, en effet, que lui et moi affirmant tous deux notre droit de propriété, si c'est lui qui a raison, c'est moi qui suis le plagiaire.

Je suis donc obligé de recourir à l'argument irrésistible et sans réplique de la confrontation des textes et des dates.

Les voici fidèlement reproduits en regard l'un de l'autre :

Texte de M. Bœckel, page 3 de la *Gazette de Strasbourg*, numéro de juin 1872, et page 294 du *Traité des résections* de Heyfelder. Note de M. Bœckel.	*Texte de l'Écrasement linéaire*, page 427, publié en 1856, et *Traité des opérations chirurgicales*, t. II, page 448, publié en 1861.
1° On fait une incision transversale sur le dos du nez, allant d'un sac lacrymal à l'autre; une seconde incision part de l'extrémité de la première, descend jusqu'à l'aile du nez, qu'elle détache; une troisième incision divise la sous-cloison à son union avec la lèvre.	1° L'opérateur placé en face du malade pratique une incision transversale d'une orbite à l'autre, fait tomber sur cette première incision, du côté gauche, une section verticale descendant un peu oblique, puis arrivé au niveau de la partie inférieure des narines, change brusquement de direction et pratique une incision transversale, qui s'étend de gauche à droite dans toute la largeur de la partie inférieure du nez. De cette manière, le nez se trouve inscrit dans un lambeau rectangulaire, qui ne tient plus que par un seul côté au reste de la face.
2° A l'aide d'un trocart on perce le nez d'un sac lacrymal à l'autre, immédiatement au-dessous du tendon de l'orbiculaire, et on divise les os dans le sens de la première incision avec *une scie à chaîne*; un second trait donné avec une scie à guichet divise les os dans le sens de l'incision verticale.	2° Au moyen du trépan perforatif, on pratique une ouverture, qui conduit de l'une des orbites dans celle du côté opposé. *La scie à chaîne* introduite à travers ce conduit, permet de sectionner en une seule fois et d'arrière en avant les puissantes attaches qui unissent au frontal la base des os du nez, ainsi que le sommet des apophyses montantes du maxillaire supérieur. Il s'agit alors, pour enlever l'espèce d'auvent que représente la voûte osseuse externe du nez, de faire partir de chacune des deux extrémités du conduit interorbitaire qui vient d'être pratiqué, une section oblique qui va de chaque côté rejoindre le bord de l'orifice cordiforme des fosses nasales, et de cette manière on ouvre une voie spacieuse, surtout lorsqu'on la complète par la section de quelques-unes des lamelles qui, sous le nom de cornets ou de cloison pourraient encore exister dans les fosses nasales. Cette voie large et sûre permet d'atteindre, avec le dernier degré de précision, tous les points de la voûte nasale et de la voûte pharyngienne. Dans les opérations que j'ai pratiquées depuis les deux premières, celle de 1854, et l'autre de 1855, dans les opérations de 1861 et 1862, afin de laisser adhérer le fragment osseux nasal à la face interne du lambeau, j'ai sectionné avec la scie à chaîne la portion osseuse du côté gauche avant de détacher le lambeau, et à droite j'ai fait éclater la portion osseuse restante avec une cisaille dont la branche supérieure était introduite sous le tégument, entre l'os et la peau, tandis que l'inférieure pénétrait par l'orifice nasal, et cela afin de laisser adhérer la portion osseuse à la face interne du lambeau, avant de renverser celui-ci sur la partie droite de la face.

Ainsi, rien n'y manque : l'incision rectangulaire, inscrivant dans un vaste lambeau, le nez, ne tenant plus que par une de ses parties latérales; la perforation interorbitaire par le poinçon ou le trépan; la scie à chaîne; la section des apophyses montantes, le lambeau rectangulaire renversé sur la partie latérale de la face avec ses dépendances osseuses et cartilagineuses, la section des cornets et de la cloison, le mode de fixation du nez après l'extirpation du polype.

Tout cela, messieurs, est copié textuellement et mot pour mot d'un bout à l'autre.

Lorsque après deux ouvrages publiés à Paris, à six années de distance l'un de l'autre, en 1856 et en 1861, renfermant tous deux la description complète et tous les dessins iconographiques relatifs à chacun des temps de ce programme, on vient proposer, en 1863, comme étant de son cru, la reproduction servile et textuellement littérale de ce procédé, puis par aggravation, la revendiquer avec aussi peu de vergogne, dix ans après (*en 1863, fausse invention; en 1873, fausse revendication*); de quel nom faut-il qualifier un acte qui, dans sa teneur première et dans sa revendication, ne peut pas être mis sur le compte d'une surprise, d'un hasard, d'une étourderie ou d'une ignorance de la chirurgie contemporaine.

Voilà du linge qu'il n'était pas facile de démarquer.

Nous avons été, les uns dupes d'une mystification, et moi victime d'une spoliation scientifique, ou plutôt très peu scientifique, bien rare dans les annales de la science.

Mais ce n'est pas le tout que d'emporter les pendules, il s'agit de se les partager, et savez-vous à quoi l'on s'occupe dans la Prusse chirurgicale actuelle : on se dispute le mérite d'une invention, dont cette même Prusse a dérobé les textes et les dessins, copiés non moins servilement d'une part que de l'autre.

Et ceci, messieurs, me conduit à parler de l'emprunt iconographique forcé, que M. Paul Bruns, fils du professeur si distingué de

Tubingue, n'a pas craint de commettre pour en dépouiller un auteur français.

Je vais donc faire passer sous vos yeux une preuve qui porte son commentaire avec elle, car à moins d'une mauvaise foi insigne, on ne peut méconnaître la saisissante similitude des planches publiées en 1856, dans le *Traité de l'écrasement*, et de celles de la *Berliner Wochenschrift* de 1872.

Veuillez comparer les planches I, III et II, page 138 de la *Berliner Woschenchrift*, 1872, et les planches XXXVII, XXXVIII et XXXIX, p. 431, 432 et 433 du *Traité de l'écrasement*, publiées seize ans avant, et vous verrez qu'il y a de bons moyens de confirmer le vieil adage *multa renascentur*. Car c'est en 1872 la représentation identique de ce qui a été fait en 1856.

Eh bien, nous n'imiterons pas la conduite des chirurgiens prussiens, et nous apprécierons avec la plus entière impartialité les travaux de ces chirurgiens, réserve faite de la question de propriété, au sujet de la méthode toute française qui leur a servi de point de départ.

Voilà donc les points qu'il nous a paru utile de relever dans le travail de M. Paul Bruns, nos 12 et 13 de la *Berliner Klinik Wochenschrift*, 1872.

L'opération attribuée, il est vrai que c'est par son fils, à M. Bruns père, consiste dans les différents temps suivants, que nous allons, comme nous l'avons fait pour la prétendue invention de M. Bœckel, comparer article par article, aux divers temps de notre procédé, copié par ces messieurs, ainsi que les planches, qui n'ont eu qu'un tort, celui d'être publiées en 1872, pour reproduire textuellement celles que nous avions fait connaître en 1856 et 1861.

Voici donc les divers temps de procédé de la réclinaison totale du nez, telle que l'exécute M. Bruns père, et mis en regard avec ceux que nous avons fait connaître *seize ans* avant le chirurgien que nous venons de citer :

3° On replie le vaste lambeau, comprenant presque toute la saillie du nez vers le côté droit, en brisant l'apophyse montante de ce côté à sa base; on la saisit entre les branches d'une forte pince garnie d'amadou. Si elle offre trop de résistance, on peut la diviser par l'intérieur du nez avec un ciseau.	3° Le vaste lambeau rectangulaire avec ses dépendances *osseuses* et *car il gineuses adhérentes*, est renversé sur le côté de la face après la triple section inter-orbitaire nasale gauche et nasale droite faite sous la peau. M. Bœckel brise l'apophyse montante avec une pince garnie d'amadou, et je la sectionne avec une cisaille.
4° Pour achever de dégager l'accès du pharynx, il faut encore extraire les cornets et le reste de la cloison.	4° Veuillez lire à l'article 2 ci-dessus la prescription formelle de détruire les cornets et la cloison.
5° Le polype enlevé, on refixe le nez en place avec des points de suture. La portion de cloison qui a été conservée, repliée avec le nez, empêcherait l'affaissement de cet organe, et les cicatrices seraient certainement peu visibles.	5° Le mode de fixation du nez après l'extirpation du polype, est décrit en détail dans les observations de 1854 et 1855, et ce qu'en dit M. Bœckel est textuellement identique à la description donnée dans ces deux observations.
6° Ce procédé n'a encore été essayé que sur le cadavre (page 295, traduction de Hey Felder, 1863).	6° Ce procédé a été l'objet d'une opération sur le vivant en 1854 et 1855, 1861 et 1862 (*Traité des opérations*, t. II p 448).
7° Pas un mot des moyens à l'aide desquels est extrait le polype, et c'est le temps le plus important de l'opération au point de vue capital des hémorrhagies.	7° Le mode d'extirpation du polype est décrit en détail avec la description de l'emboîtement des algalies pour passer autour du pédicule ou une ligature ou une chaîne.
1° L'incision cutanée commence au-dessous de l'aile du nez du côté droit et va en direction horizontale à travers la lèvre supérieure, vers le côté gauche, jusqu'aux environs de la première dent molaire. La seconde incision porte transversalement sur la racine du nez, et correspond à la suture fronto-nasale. La troisième incision réunit les extrémités des deux incisions transversales, et va de l'angle interne de l'œil, le long de la partie latérale gauche du nez, dans la direction de la première petite molaire. Un trait de scie est alors dirigé de bas en haut contre l'orifice nasal pour sectionner l'apophyse montante du maxillaire jusqu'à la suture naso-frontale. Pendant ce temps de l'opération, la pointe de la scie se trouve dans la cavité nasale. On sectionne la base des deux os propres du nez avec une scie pointue ou une scie à main ordinaire. La cloison est attaquée par deux sections faisant un angle en avant. Pour terminer, on fait sauter avec un levier l'apophyse montante du maxillaire du côté opposé, en introduisant le levier dans la section faite par la scie, et l'on rabat sur la joue droite tout l'appareil nasal ainsi mobilisé. Dans les cas favorables, l'opération préliminaire et l'ablation du polype se font dans la même séance, et l'on replace et réunit les parties mobilisées.	Les trois incisions décrites isolément l'une de l'autre par M. Paul Bruns, et réunies bout à bout, sont-elles autre chose que l'incision rectangulaire décrite dans mon *Traité de l'écrasement linéaire*. Il faudrait singulièrement compter sur la simplicité du lecteur pour le croire incapable d'éventer ce léger artifice, qui consiste à prendre pour un procédé distinct de celui que j'ai décrit, mon incision rectangulaire divisée, pour le besoin de la cause, en trois parties, deux transversales et une verticale. Je sectionne avec la scie à chaîne dans le trajet de l'incision transversale interorbitaire après la perforation, au moyen du poinçon ou du trépan, de l'espace osseux interorbitaire; avec la même scie à chaîne et sur le trajet de l'incision cutanée verticale, sans décoller ni à droite ni à gauche l'os d'avec les téguments, je divise le côté gauche de l'apophyse nasale jusqu'à l'ouverture cordiforme du nez; reprenant le bistouri, je divise la cloison, et ne trouvant plus qu'un seul côté non divisé de l'éminence nasale, je la sectionne avec une cisaille fine, dont une branche est introduite dans la fosse nasale droite, tandis que l'autre glissée sous la peau, s'applique sur la face externe de l'os.

Dans les cas où, au cours de l'opération, le chirurgien est arrêté court, comme cela est arrivé une fois à M. Giraldès (*Bull. de la Soc. de chirurgie* et t. II, p. 446 du *Traité des opérations*), et trois fois à M. Bruns père, car il n'est pas un seul des cas cités par son fils ou pareille chose ne soit advenue; dans ces cas, dis-je, où il fallut laisser l'opération inachevée par suite de l'abondance de l'hémorrhagie, M. Bruns père a été forcé de recourir au tamponnement de la cavité nasale, et a maintenu récliné le lambeau nasal au moyen d'un bourrelet de charpie placé entre les bords de la plaie, jusqu'à ce qu'il lui fût possible de procéder à une nouvelle extirpation.

C'est ainsi que, dans la première des trois opérations, la réunion du lambeau nasal ne put être faite que le second jour.

Dans la seconde opération, l'extirpation ne fut pas achevée à cause de l'hémorrhagie, et ne fut complétée que dans la troisième séance, en sorte que les fosses nasales restèrent à découvert pendant vingt et un jours.

Il en fut de même dans le troisième cas, où la suture de réunion n'eut lieu qu'au douzième jour.

On voit le rôle considérable que joue l'hémorrhagie dans toutes ces opérations d'ablation de polypes naso-pharyngiens, quand on n'a pas recours au seul moyen de les conjurer, à l'écrasement linéaire, qui m'a toujours permis de réappliquer, séance tenante, le lambeau nasal osseux et cartilagineux.

M. Bruns, dans ces trois opérations, dont une seule a été totale, les deux autres n'étant que des demi-opérations, a pratiqué l'extirpation avec les ciseaux, le bistouri, l'anse galvanique, et malgré l'emploi de ce dernier moyen tant vanté, il n'a pu, dans aucun cas, s'affranchir de la nécessité du tamponnement et de l'interruption forcée d'une opération en pleine voie d'exécution. Il n'a pas eu recours à l'onglet d'acier que j'ai employé (*Traité des opérations*, t. II, p. 456).

Ainsi, tous les moyens d'extraction auxquels il a eu recours appartiennent à la classe des procédés hémorrhagiques, qui sont dangereux au premier chef, à ce point que dans trois opérations dont la publicité est due à cette Société ils ont causé la mort immédiate ou presque foudroyante.

Que dans l'intention d'établir un système de cautérisations graduellement destructives des derniers vestiges d'un polype naso-pharyngien, on laisse à l'état de réclinaison le nez rejeté dans la joue pendant des douze, des vingt et un jours, je le conçois: mais qu'avec les moyens de dompter l'hémorrhagie, qui permettent d'écarter cette terrible complication, on laisse le lambeau nasal détaché aussi longtemps, uniquement faute de s'être mis en mesure contre l'hémorrhagie, voilà ce que je ne comprends pas et ce que je repousse.

Toujours est-il, et les opérations de M. Bruns ont du moins ce

mérite de le démontrer, qu'il y a possibilité de maintenir le déplacement du nez pendant plusieurs semaines, et c'est là un grand avantage, puisque, suivant les paroles de M. Bruns (les chirurgiens français le prétendent), la cautérisation répétée de la base d'implantation mettrait à l'abri des récidives.

Ce déplacement prolongé, sauf une cicatrice un peu plus apparente, n'a aucun inconvénient. (Je ne partage nullement cette manière de voir.)

La nutrition se fait par les anastomoses nombreuses des parties saines et il n'y a même, au dire de l'auteur allemand, aucun changement appréciable dans la température et la coloration des téguments du lambeau nasal.

Quand on opère la réunion peu de temps après l'opération, il suffit de quelques points de suture seulement, dans le cas où la réunion osseuse se fait d'une manière insuffisante, il y a tendance de la pièce osseuse à se déplacer, et il est nécessaire de la maintenir au moyen d'une cuirasse de sparadrap (1) jusqu'à ce que la cicatrisation soit complète.

Si l'on ne réapplique le lambeau qu'après un temps quelque peu prolongé, il faut rafraîchir les lèvres de la plaie et enlever, avec la cisaille, les bords nécrosés de la pièce osseuse. On n'a point observé d'élimination de séquestre.

La cicatrice, dans les réunions par première intention, est linéaire et peu apparente. Dans les réunions qui ne sont pas primitives, elle est plus large et ne se rétrécit que lentement.

Si nous suivons M. Bruns fils, historiographe de la méthode qu'il attribue induement à son père, il ne peut s'empêcher de dire ces propres paroles : Je ferai, dit-il, une exception en faveur d'une seule opération, celle qui jusqu'à un certain point (jusqu'à quel point?) a donné l'idée de toutes les autres, et qui, dans la question de priorité, se place en première ligne. C'est le procédé de Chassaignac, *Traité de l'écrasement linéaire*, 1856, et *Traité clinique des opérations chirurgicales*, 1861. M. Bruns fils dit 1862, mais c'est sans aucun doute par une erreur involontaire.

Je dois être reconnaissant à M. Bruns d'avoir fait cet aveu qui juge la question; mais il sait fort bien lui, qui comme beaucoup de ses compatriotes, a suivi mes cliniques du lundi à Lariboisière, que quand je pratiquais la résection nasale en 1862, je détachais le lambeau en laissant en manière d'aposkeparnismos, c'est mon expression textuelle, la pièce osseuse nasale adhérente à la face interne du lambeau avec les cartilages (t. II, p. 456, § 1er); seulement il m'adresse le reproche de n'avoir pas reséqué la voûte du nez dans mes opérations de 1854 et 1856, mais il aurait dû voir que, dans ces deux opérations, si je n'ai pas fait la résection de la voûte nasale, c'est pour la meilleure de toutes les raisons, elle n'existait pas; le polype l'avait détruite. C'est bien là une véritable querelle d'Allemands. *(A suivre.)*

(1) C'est le pansement que j'ai décrit et recommandé pour tous les cas. *Loco cit.*, p. 438, *Écras. linéaire.*

THÈSES
SOUTENUES A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS
PENDANT L'ANNÉE 1873.

345. Taulier. De l'alimentation du marin.
346. Cuilhé. Des fractures du fémur par armes à feu.
347. Caudron. Des adénomes de l'utérus et de leur traitement.
348. Baud. Des amblyopies sans lésion à l'ophthalmoscope.
349. Thierry. Du rhumatisme blennorrhagique.
350. Villiès. Essai sur le cancroïde de la verge.
351. Lauza. Des corps étrangers organiques des articulations.
352. Larché. Fractures transversales simples de la rotule ; leur traitement.
353. Lapeyronie. Essai sur les néphrites consécutives au cathétérisme de l'urèthre.
354. Bezian. Pathogénie de l'emphysème sous-cutané.
355. Tirant. De la fluorescence.
356. Geneuil. Étude sur l'empoisonnement par l'ammoniaque.
357. Gambus. De l'alcoolisme chronique terminé par paralysie générale.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Des moyens de prévenir et de traiter le choléra. Étude fondée sur une connaissance des causes et du mode de propagation de cette maladie, par le docteur H. Blanc, chirurgien-major de l'armée de S. M. Britannique, etc. — In-8° de 36 pages. Prix : 1 franc. — Paris, 1873, Germer Baillière.

Du traitement des rétrécissements de l'urèthre par la dilatation progressive, par T. B. Curtis, docteur en médecine. Travail couronné par la commission du prix Civiale pour l'année 1872. — Paris, 1873. In-8° de 112 pages. Prix : 2 fr. 50. — J.-B. Baillière.

Nouveau Dictionnaire de thérapeutique, comprenant l'exposé des diverses méthodes de traitement employées par les plus célèbres praticiens pour chaque maladie, par le docteur J.-C. Gloner. — Paris, 1873. 1 vol. in-12 de VIII-805 pages. Prix : 7 francs. — J.-B. Baillière et fils.

Origine de la syphilis, par E. Bassereau, docteur en médecine. — Paris, 1873. In-8° de 50 pages. Prix : 1 fr. 50. — Paris, J.-B. Baillière.

Thèses soutenues à la Faculté de médecine de Paris. A. Coccoz, libraire, rue de l'École-de-Médecine, n° 30.

Le Directeur : Dr E. Le Sourd.

Paris.— Typographie A. Pougin, quai Voltaire, 13.

N° 113. — MARDI 30 SEPTEMBRE 1873. 46e ANNÉE. MARDI 30 SEPTEMBRE 1873. — N° 113

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Bureaux : 57, rue des Saints-Pères, 57
PRÈS L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix d'abonnement
doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

On s'abonne hors de Paris
dans les bureaux des Messageries et chez les Libraires
Les lettres non affranchies sont refusées.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui n'en peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS { Trois mois. . 8 fr. 50 c. Six mois. . . 15 — Un an. . . . 30 —

POUR L'ÉTRANGER le port en sus suivant les derniers tarifs des Postes.

Paris, le 29 septembre 1873.

SÉANCE DE L'ACADÉMIE DES SCIENCES

Sous le titre de : *Nouvelles recherches sur l'analyse et la théorie du pouls à l'état normal*, M. Bouillaud communique à l'Académie les résultats d'un travail dont voici les conclusions :

« 1° L'action ou le *travail* des artères se compose de deux mouvements séparés l'un de l'autre par un même nombre de repos. Pendant le premier, les artères sont dilatées, distendues, ou en état de *diastole*. Pendant le second, elles sont contractées, rétrécies, ou en état de systole. Les artères constituent donc un instrument ou un organe d'hydraulique *vivante*, à quatre temps, et non à deux, comme on l'avait cru jusqu'ici ;

« 2° Le premier *choc*, connu sous le nom de *pouls*, est produit par la systole ventriculaire du cœur. Le second choc, on pourrait dire le second pouls, résulte de la systole des artères. Celles-ci sont donc *passives* dans le premier et *actives* dans le second ;

« 3° Ces deux chocs alternatifs des artères constituent un *dicrotisme normal*, dont le *dicrotisme* prétendu *anormal* n'est que le renforcement, soit *simple*, soit *double*, c'est-à-dire, soit qu'il porte seulement sur le second choc, ou *systolique*, soit qu'il porte à la fois sur celui-ci et sur le premier choc, ou *diastolique ;*

« 4° Contrairement à la doctrine de Harvey et à celle de certains physiologistes modernes, les artères possèdent, comme le cœur, une *force* impulsive, sans le concours de laquelle le premier acte de la circulation du sang (transport du liquide dans toutes les parties du corps), ne saurait s'accomplir ;

« 5° Les mouvements coordonnés des artères et du cœur sont régis par l'innervation ganglionnaire ; mais le siége *précis* du centre nerveux qui *coordonne* ces mouvements, d'une régularité vraiment admirable, reste encore à découvrir. »

Cette communication, émanant d'un professeur illustre, justement renommé par ses travaux, nous a péniblement affecté. La physiologie française serait singulièrement compromise si les ouvrages classiques les plus élémentaires n'étaient pas là pour protester et pour prouver que nous sommes un peu plus avancés que ne le ferait supposer la communication de M. Bouillaud.

Non-seulement l'éminent professeur paraît ignorer les progrès accomplis dans ces derniers temps, mais encore il semble avoir oublié les travaux de ses prédécesseurs. Sénac, dont l'immortel ouvrage sur *la Structure et les maladies du cœur* ne peut pas être inconnu à M. Bouillaud, disait déjà en l'an 1749 : « Les artères, qui sont si actives, sont de vrais cœurs sous une autre forme ; elles ont les mêmes fonctions, les mêmes mouvements... Ces mouvements sont des dilatations et des contractions alternatives qui se succèdent sans cesse... La force attachée au tissu des artères est dépendante des fibres musculaires sur la réalité desquelles on a voulu jeter quelque soupçon. » Et pour ne rien laisser dire de neuf à M. Bouillaud, Sénac continue ainsi à la page suivante : « Des nerfs sans nombre se distribuent à toutes ces fibres (fibres musculaires des artères) : Voyez les *plexus mésentériques*, ils embrassent de grandes artères, se divisent comme elles, et leur envoient des filets qui les accompagnent jusqu'aux dernières ramifications; or, que nous annonce tout cet appareil? *Une puissance qui domine les autres.* » (*Traité de la Structure du cœur, de son action et de ses maladies*, 2e édit. Paris, 1777, pages 193. et 194.) Voilà qui est établi, bien que depuis longtemps on considérait les artères comme un *instrument d'hydraulique vivante dont les mouvements sont régis par l'innervation ganglionnaire*.

Quant à la démonstration scientifique de l'action des nerfs sur l'activité propre des artères, elle constitue un des progrès les plus intéressants de la physiologie moderne. Qu'il nous suffise de citer sur ce sujet le nom de Stilling qui, dès 1840, appliquait le nom de *vaso-moteurs* aux nerfs ganglionnaires des vaisseaux, celui de Schiff qui, en 1847, démontrait que *la paralysie des nerfs vaso-moteurs détermine, en même temps que la dilatation des vaisseaux, l'élévation de la température comme effet consécutif ;* celui de Poiseuille et enfin celui de Cl. Bernard. Grâce aux travaux de ce dernier, nous savons aujourd'hui, d'une manière positive, le rôle qu'il faut attribuer au système nerveux ganglionnaire et au système nerveux cérébro-spinal dans le mouvement fonctionnel des vaisseaux sanguins ; nous savons aussi que s'il y a des nerfs constricteurs de ces vaisseaux, il y a aussi des nerfs dilatateurs.

La connaissance de tous ces faits courants, auxquels nous devons ajouter les belles expériences de M. Marey sur le pouls avec l'aide du sphygmographe, réduisent la communication de M. Bouillaud à bien peu de chose. Nous n'y relevons qu'un fait entièrement neuf, c'est l'idée qu'a eue l'éminent professeur d'attribuer la seconde pulsation qui caractérise le *dicrotisme* à la systole ou à la contraction des artères. Nous ne comprenons pas que la contraction vermiculaire d'une artère puisse donner au doigt l'impression d'un choc. Un choc ne peut être produit que par un corps en mouvement et non par un corps qui se resserre et fuit la pression du doigt. D'ailleurs, sur ce sujet en-

core, M. Bouillaud aurait pu consulter les ingénieuses expériences de M. Marey qui est parvenu à produire le *dicrotisme* dans un appareil circulatoire artificiel. M. Marey attribue le dicrotisme à une sorte de choc en retour de l'ondée sanguine. D'après les tracés sphygmographiques, ce choc en retour existe dans l'état normal, mais trop peu prononcé pour donner naissance au pouls dicrote. Pour que ce dernier se montre, il faut certaines conditions dans la tension artérielle.

Nous ne parlerons pas de la forme sous laquelle M. Bouillaud a présenté sa communication; nous ne dirons rien de *ce dilettantisme*, digne d'une autre cause, qui lui a fait comparer la *révolution artérielle, composée de quatre temps, à une danse, à une musique;* nous nous bornerons à dire que cette révolution artérielle, que l'éminent professeur attribue à la *vie organique*, appartient à la *vie fonctionnelle*. Nous savons bien qu'il est difficile de se défaire d'un langage qui a cours depuis Bichat; mais ce langage serait opposé à tout progrès ultérieur sans l'interprétation des phénomènes de la vie, si on ne le réformait pas.

ÉCOLE PRATIQUE. — M. Legrand du Saulle.

De la folie héréditaire (1).

On attribue généralement à Pinel l'honneur d'avoir découvert la folie raisonnante. Pinel avait fait la remarque très-exacte, du reste, que certains aliénés présentaient, avec une intégrité relative du raisonnement, une perversion profonde des facultés affectives et morales, et il avait très-bien vu que certains fous étaient poussés à commettre des actes de violence qui n'étaient motivés par aucune perception délirante ni par aucune illusion des sens. Ces malades étaient très-connus dans les hospices, où le nom de fous raisonnants leur était appliqué par les infirmiers et les surveillants avant d'avoir été scientifiquement consacré par Pinel. Malheureusement Pinel interpréta mal ces faits. Il les réunit tous dans son groupe des *manies sans délire*. Ainsi constitué, ce groupe était tout à fait artificiel. Les auteurs qui ont suivi Pinel ont rendu son étude encore plus difficile et encore plus obscure. Chacun a donné un nom spécial aux cas que Pinel avait étudiés sous le nom de manie sans délire.

Foderé critique l'expression de manie sans délire et préfère celle de fureur maniaque.

Esquirol admet trois formes de monomanie : 1° la monomanie intellectuelle dans laquelle le désordre de l'intelligence est concentré sur un seul objet ou sur un petit nombre d'objets circonscrits hors desquels la raison est saine; 2° la monomanie affective, dans laquelle le caractère et les affections sont pervertis; 3° la monomanie instinctive, dans laquelle le malade commet des actions involontaires, instinctives, irrésistibles, que la raison et le sentiment ne déterminent pas et que la volonté ne peut pas empêcher. Ces deux derniers groupes répondent à la manie sans délire de Pinel.

Marc préfère l'expression de monomanie impulsive ou instinctive.

Pritchard celui de *moral insanity*, c'est-à-dire folie morale.

Brierre de Boismont celui de délire des actes ou folie d'action.

Scipion Pinel celui de : lypémanie raisonneuse.

Certains cas décrits par M. Trélat, dans son livre si instructif sur la folie lucide sont des cas de folie raisonnante.

L'esthésiomanie de Berthier, les pseudo-monomanies de Delasiauve, rentrent dans la folie raisonnante.

Ce n'était pas assez d'avoir une si riche synonymie : la confusion a été encore augmentée par ce fait que certains auteurs ont cru devoir détourner les expressions existantes de leur signification primitive. Ainsi Marc appelle monomanes raisonnants les malades qui, ayant un délire systématisé, agissent en vertu d'une association d'idées. Un aliéné, par exemple, qui désire la mort et n'a pas le courage de se la donner, tue une personne afin de se faire condamner : c'est un monomane raisonnant, parce qu'il raisonne l'acte qu'il commet. De sorte que la monomanie raisonnante de Marc ne correspond pas du tout à ce que Pinel et Esquirol ont appelé folie raisonnante.

Enfin la confusion devient encore plus grande lorsqu'on analyse avec soin les cas de monomanie. On avait admis un groupe artificiel basé uniquement sur la production d'actes involontaires: c'était le genre. Dans ce genre, on isola autant d'espèces qu'il y avait d'actes ayant une certaine importance médico-légale. L'aliéné pouvant voler, tuer, incendier; on créa aussitôt une kleptomanie, une tigridomanie et une pyromanie.

Une fois lancés dans cette voie, rien ne devait arrêter les auteurs de classifications. Chacune de ces espèces aurait pu être divisée en un nombre considérable de variétés; on aurait pu distinguer les tigridomanes qui tuent avec un couteau, de ceux qui tuent avec un pistolet, et créer ainsi une série de néologismes dont l'étude eût été curieuse !...

On était parti de ce principe doctrinal que l'acte malfaisant constituait à lui seul toute la maladie et qu'il était le résultat de l'exagération maladive d'un seul penchant; il était alors naturel et logique que l'on prît cet acte pour base de la classification.

La réaction contre la doctrine des monomanies commença en France en 1819. Falret, dans sa thèse inaugurale sur la manie raisonnante, s'exprime ainsi : « soit que j'examine les caractères généraux que Pinel assigne à la manie sans délire, soit que je pèse les diverses circonstances des faits rapportés à l'appui de cette opinion, je demeure convaincu qu'une lésion de l'entendement coïncide dans tous les cas avec une perversion des facultés affectives. »

Marcé refuse à la folie morale la valeur qu'on lui a attribuée. Tous les cas décrits sous ce nom sont pour lui ou bien des états congénitaux ou des états antérieurs à la folie. En d'autres termes, la folie morale est toujours héréditaire ou symptomatique d'une maladie mentale.

Griesinger est très-catégorique et voudrait qu'on laissât tomber en désuétude cette dénomination vague et obscure, et il pense que la création du groupe des manies sans délire a été un malheur pour la science.

Aujourd'hui, presque tous les médecins aliénistes considèrent la folie raisonnante comme un syndrome pouvant appartenir à plusieurs maladies. Elle n'est pas le résultat d'une maladie spéciale frappant uniquement l'une des facultés de l'esprit et laissant les autres intactes; elle est, au contraire, le résultat de troubles complexes des diverses facultés. Le plus souvent, la folie raisonnante prend sa source chez les ascendants; mais elle peut prendre naissance dans d'autres circonstances, et particulièrement au début de la paralysie générale et dans l'hystérie.

Marche de la folie héréditaire. — Le mode d'évolution des signes qui caractérisent la folie héréditaire, occupe une place importante parmi les éléments qui peuvent servir à fixer le diagnostic de cette affection. Les héréditaires sont des êtres essentiellement périodiques; leur maladie se compose d'une série continuelle de périodes de calme et de périodes d'excita-

---

(1) Suite. — Voir les numéros des 15, 17, 24, 31 juillet, 5, 14, 16-19, 26 août, 2, 9, 16 et 23 septembre 1873.

tion se succédant d'une façon régulière à intervalles plus ou moins éloignés.

Contents, joyeux, pleins d'initiative, pendant une de ces périodes, ils sont, pendant la suivante, tristes, moroses, mélancoliques, apathiques. Tantôt ils voient tout en beau et éprouvent un bien-être remarquable ; tantôt, au contraire, ils voient tout en noir et éprouvent une anxiété indéfinissable qui paralyse toutes les forces de leur être. Un malade de Baillarger exprimait la différence qui sépare ces deux états en disant qu'il avait sa crise rose et sa crise noire : je ne connais pas de description plus significative que celle-là.

La durée de chacune de ces périodes est extrêmement variable. Chez quelques malades, le changement d'une période à l'autre ne s'opère qu'après une ou plusieurs années ; chez d'autres, il a lieu tous les deux ou trois jours et même plus souvent encore. Mais chez un même malade, la durée des périodes est toujours à peu près la même. Il est assez ordinaire aussi que chez un même malade les deux périodes aient une durée à peu près égale. Il n'en est pas toujours ainsi : le plus souvent, alors, c'est la période d'excitation qui est la plus courte.

Le passage d'une période à l'autre s'accompagne de symptômes qu'il est important de noter.

Beaucoup de malades sont avertis de l'arrivée prochaine de leur période d'excitation par un état de malaise extrême, par des migraines, par des névralgies, des troubles de la digestion ; le sommeil est agité par des rêves effrayants, il est difficile à obtenir et de courte durée ; il y a un besoin extrême de locomotion. Quelquefois, c'est un sentiment de bien-être extrême qui annonce l'approche de la période d'excitation.

Morel rapporte l'observation d'une femme qu'il a eu l'occasion d'observer pendant douze ou treize ans. Cette femme jouissait d'une grande lucidité de l'intelligence. Au milieu d'un état de calme complet, elle éprouvait un bien-être plus grand qu'à l'ordinaire. Elle s'endormait, et son sommeil était agité par des rêves fatigants et par des cauchemars sinistres. Lorsqu'elle s'éveillait, elle était dans sa période d'excitation, elle se précipitait en bas de son lit, poussait des cris de terreur, cherchait à se briser la tête contre les murs, refusait de manger, et mordait ou déchirait avec fureur tout ce qu'elle pouvait saisir. Cet état durait invariablement vingt-cinq ou vingt-six jours, puis il s'apaisait progressivement. Au bout de quelques jours, la période d'excitation ramenait la même agitation, la même fureur instinctive, qui se calmait progressivement et ainsi de suite.

D'autres fois, le début de l'excitation est subit.

La périodicité des symptômes peut se manifester aussi bien par la manifestation à époques fixes d'idées bizarres, excentriques, extravagantes, que par l'accomplissement d'actes immoraux ou dangereux.

Chaque période amène chez un même malade une série de phénomènes semblables à ceux qui avaient caractérisé la précédente période correspondante. Mais il arrive souvent aussi qu'il n'y a aucune similitude. Cela est très-important au point de vue de la doctrine des monomanies. Comment peut-on traiter de monomane un malade qui, tous les mois par exemple dans le cours de sa période d'excitation, obéit à des idées, à des penchants et à des impulsions qui varient d'une façon aussi imprévue ?

Bien plus, il n'est pas rare d'observer à la fois, et à un même moment, une série de troubles psychiques et moraux extrêmement complexes : les mêmes malades sont à la fois dipsomanes et kleptomanes, ou bien ils ont à la fois des idées de suicide et des idées d'homicide. Ce ne sont pas des monomanes, ce sont des polymanes.

Un phénomène aussi curieux et aussi apparent que le retour périodique de signes d'excitation et de dépression, ne pouvait échapper aux observateurs. Pinel avait noté le passage de la manie à la mélancolie, Jacquelin Dubuisson emploie l'expression de manie périodique, Esquirol parle de la régularité des alternances, mais jusque-là on s'était contenté de noter le phénomène, sans chercher à lui donner une importance suffisante pour caractériser une espèce morbide.

En 1845, Griesinger dit que la transition de la mélancolie à la manie et l'alternance de ces deux formes sont très-ordinaires, et que de plus il n'est pas rare de voir toute la maladie consister dans un cycle régulier de ces deux formes, qui alternent souvent très-régulièrement. En 1853, Falret père prononce le mot de folie circulaire, parce que, dit-il, l'existence de ce genre de folie roule dans un même cercle d'états maladifs, qui se reproduisent sans cesse comme fatalement. Et, précisément au même moment, Baillarger en fait une entité morbide nouvelle, une espèce spéciale de folie, qu'il appelle folie à double forme. Beaucoup d'auteurs ont accepté cette interprétation. Marcé, Foville, considèrent la folie circulaire comme une forme spéciale de vésanie, et j'ai pris pour ma part l'habitude de la désigner sous le nom de *délire à formes alternes*.

D'après Morel, il ne faut pas considérer la folie à double forme comme une entité nouvelle : c'est une variété de la folie héréditaire, rien de plus. Elle est caractérisée uniquement par la succession alternante de périodes d'excitation et de dépression. Or, c'est là un phénomène commun à presque tous les cas de folie héréditaire. Il est plus où moins marqué, plus ou moins apparent ; mais l'intensité plus grande d'un symptôme ne suffit pas pour caractériser une espèce morbide, tout au plus peut-elle servir à désigner une variété.

Du reste, l'observation scrupuleuse des faits donne raison à Morel. Elle montre, d'une part, que cette périodicité existe dans presque tous les cas de folie héréditaire, avec plus ou moins de régularité, et, d'autre part, elle apprend que dans l'immense majorité des cas de folie circulaire on peut retrouver, chez les ascendants, les conditions qui créent les dégénérescences héréditaires. Tous les auteurs s'accordent sur ce point.

Falret père et Baillarger disent que la folie à double forme est, de toutes les variétés d'aliénation mentale, celle qui doit le plus souvent son origine au développement de prédispositions héréditaires, et Foville, l'auteur du travail le plus récent sur ce sujet, ajoute de nombreux faits à l'appui de cette opinion. Les faits contraires à cette manière de voir manquent complétement.

(*A suivre.*)

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 16 juillet 1873 (1). — Présidence de M. MAURICE PERRIN.

Le procédé que j'ai mis en pratique en 1862 et que je conserve aujourd'hui est décrit ainsi qu'il suit :

Après l'incision cutanée et la section transversale interorbitaire par la scie à chaîne, avant de disséquer le lambeau et dans l'incision juxta-nasale longitudinale, je sépare la pièce osseuse, sur le côté gauche, par un trait de scie à chaîne ; puis, pour le côté droit, je sectionne avec une cisaille la portion encore restante de l'apophyse montante et de l'os propre du nez, ce qui est facile en introduisant une des branches de la cisaille par la narine, et l'autre sous-cutanément, conservant ainsi la parfaite adhérence de la face interne du lambeau.

(1) Suite. — Voir le numéro de samedi dernier.

Il a été dit par M. Verneuil : les procédés de déplacement appartiennent incontestablement à la Société de chirurgie dans la personne de MM. Chassaignac et Huguier. Langenbeck et les Allemands en ont revendiqué l'invention, mais c'est tout à fait à tort. Leur prétention à cet égard ne peut être justifiée, Langenbeck écrivait en 1859, au sujet d'une opération faite par lui :

« Incision du milieu du bout du nez, à droite, par-dessus le processus nasalis jusqu'à l'aile du nez; les bords cutanés sont disséqués assez loin pour que toute l'apophyse nasale du maxillaire et tout l'os propre du nez, du côté droit, soit mis à découvert. Séparation de la portion cartilagineuse de la moitié du nez d'avec le rebord osseux avec une cisaille à résection. L'os propre du nez, du côté droit, est sectionné par les fosses nasales, tout près de la cloison. »

L'opération de Huguier (résection temporaire de toute la moitié inférieure du maxillaire supérieur avec déplacement au dedans et en bas) date de l'année 1860. Tandis qu'en 1857 et 1858, j'avais exécuté la résection rhinoplastique, et que la première résection ostéoplastique de Langenbeck date de 1859.

Il reséquait l'apophyse nasale de l'os frontal, et par une seconde section, la base du processus nasalis est coupée jusque dans le sinus, *Deutche Klinike*, 1859, nº 48.

Ce premier procédé étant abandonné, Langenbeck adopta le suivant :

Incision de la racine du nez jusqu'à la pointe de l'organe ; puis deuxième incision verticale de la partie extérieure de l'aile du nez, jusqu'aux environs de l'angle interne de l'os. Section avec la scie des os sur lesquels tombe l'incision et renversement en haut du lambeau renfermant l'os propre et l'apophyse montante du maxillaire supérieur. (*Arch. fur Kl.* xiij, p. 43.)

Lawrence (*Med. Times*, 1862, II, 491) a décrit un procédé qui consiste à relever temporairement le nez sur le front. Section cutanée des deux côtés du nez, depuis les environs du sac lacrymal jusqu'à la réunion des ailes du nez avec la lèvre supérieure. Section des os propres et des apophyses montantes avec une cisaille de Liston ; séparation de la cloison nasale, après quoi on relève la totalité du nez sur le front.

Procédé de M. Gosselin (*Gaz. des hôp.*, 1865, nº 12). Section verticale de la racine du nez jusqu'à l'angle interne de l'œil. Séparation verticale de l'os propre avec les cisailles de Liston. On rejette ces os avec une partie de l'apophyse montante en les brisant.

Billroth (*Arch. fur Klinick*, ch. X, 106) a pratiqué deux fois l'opération suivante : section verticale depuis la racine du nez, par dessus le dos du nez jusqu'à l'orifice nasal. Section transversale de la racine du nez, le long du rebord sous-orbitaire, jusqu'à l'extrémité extérieure de ce rebord éventuellement. Seconde incision transversale de l'origine de l'aile du nez, à un centimètre et demi en dehors. La même section à travers l'os propre et le maxillaire supérieur avec la scie à main. On fracture en dehors.

Linhart (*Opér.* 3, *Huf.* 491). A partir de l'orifice nasal, il fend la partie cartilagineuse de la moitié droite du nez, il met à nu, avec la rugine, la base et le sommet seul de l'apophyse montante du maxillaire supérieur, et il scie ces deux parties osseuses; puis, avec un fort ciseau, il sépare les deux os propres sur le milieu. Il sectionne en haut et en bas la muqueuse et récline en dehors, du côté de l'orbite, les parties ainsi mobilisées avec les cartilages qui ne sont séparés qu'à la base de l'apophyse montante.

M. Ollier (*Bull. Soc. chir.* 1866) a proposé un procédé d'ostéotomie verticale et bilatérale du nez :

Incision en fer à cheval du point le plus reculé d'une aile du nez, par-dessus la partie supérieure de l'aile du nez, jusqu'au même point de l'aile du nez, du côté opposé. Section avec la scie des parties osseuses du nez au travers des incisions cutanées. Le nez est renversé de haut en bas après la section des parties cartilagineuses de la cloison et de l'aile du nez.

Enfin, en 1871 et 1872, d'après le procédé de M. Bruns père, que j'ai démontré n'être qu'une copie de celui que j'ai publié dans mes leçons cliniques de Lariboisière en 1854, 1855, 1861, 1862, on n'enlevait pas la voûte nasale quand elle n'avait pas été détruite; on ne la détachait qu'à l'état de pièce adhérente.

Un coup d'œil d'ensemble sur toutes ces opérations prouve que mes imitateurs dans l'emploi de cette méthode se sont proposé de renverser temporairement l'appareil nasal extérieur tout entier; comme je l'ai fait, ou seulement en partie.

Ma méthode, dont le procédé de Bruns père se rapproche le plus, puisqu'il n'en est que le calque servile, a pour objet la mobilisation de la totalité de l'appareil nasal antérieur, téguments, os et cartilage, a sur les procédés analogues de Lawrence, 1862 et d'Ollier 1866, ce très-important avantage, qu'au lieu de se rattacher au reste de la face par une sorte de pédicule, il se relie aux téguments communs par la base d'un lambeau qui a toute la hauteur verticale du nez et présente par conséquent de sérieux avantages au point de vue d'une nutrition plus riche par l'abondance relative de sa vascularisation.

En outre, dans le procédé de Lawrence (relèvement de la totalité du nez) on éprouve beaucoup plus de difficulté dans l'*extirpation du polype*, qui est le point capital et culminant de l'opération.

Quant au procédé d'Ollier, il laisse à sa suite une véritable difformité.

La principale cause de cette difformité, que M. Ollier a omis de faire connaître, tient à une particularité qu'il est utile de signaler à l'attention des chirurgiens. Le procédé en lui-même ne cause pas plus de dégâts que n'en font les autres. Non ce n'est pas à cela que tient l'aspect désagréable du nez racoutré. C'est à la similitude saisissante que prend le lambeau nasal réappliqué avec un nez de carton. Parce que la forme et le tracé de la cicatrice revêtent à s'y méprendre le tracé irrégulièrement circulaire de la ligne de juxtaposition d'une pièce artificielle.

Dans mon procédé, l'intégrité parfaite de la totalité en hauteur de toute une partie naturelle du nez exclut toute idée aussi bien d'une pièce artificielle que d'une réapplication par greffe d'un nez coupé en totalité et réappliqué immédiatement après.

Ce qui rend si choquante la difformité à la suite du procédé de M. Ollier, ce n'est pas la déformation du nez ; elle n'est pas plus marquée dans son ensemble qu'elle ne l'est à la suite des autres procédés. C'est tout simplement cet effet de similitude qui rappelle invinciblement à l'esprit une *greffe* ou une *prothèse*.

Mais le reproche bien autrement grave et sérieux qui éloignera tous les chirurgiens de recourir au procédé de M. Ollier, c'est qu'il a causé la mort de deux opérés par l'effet d'une méningite suppurative aiguë survenue à la suite de l'opération. Cela tient de toute évidence à l'emploi de l'arrachement, procédé brutal et sans discernement, condamné depuis longtemps dans la pratique de tous les bons chirurgiens.

Ce qui a fait dire à M. Ollier que l'écrasement linéaire ne s'applique pas à l'éradication des polypes naso-pharyngiens, c'est qu'il ignore sans aucun doute ce procédé si simple et si commode de l'*emboîtement des algalies* sous la forme directe ou sous la forme de la sonde de Gensoul qui permet de placer autour des polypes de l'utérus, du rectum et du nez la chaîne de l'écraseur ou toute espèce de ligature quelconque.

(*A suivre.*)

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 12 septembre 1873. — Présidence de M. Lailler.

La Société médicale des Hôpitaux a repris ses séances avant l'époque fixée, dans le but de discuter les mesures à prendre contre l'épidémie actuelle.

Discussion sur le choléra.

M. BESNIER donne lecture d'un rapport très-circonstancié sur les faits observés dans les hôpitaux depuis le début de l'épidémie.

Il fait remarquer tout d'abord que le choléra circule depuis longtemps déjà en Europe, qu'il a fait son apparition au Havre vers

la fin de juillet, puis à Rouen un peu plus tard et enfin à Paris dans les premiers jours de septembre.

Avant de donner la statistique des faits observés dans les hôpitaux de Paris depuis le début de l'épidémie, M. Besnier rappelle, avec quelques détails, les principaux traits de l'épidémie de 1866, et en particulier ce fait que le début de cette épidémie n'a été précédé par aucun phénomène précurseur, et que, contrairement à ce qu'on observe aujourd'hui, les troubles intestinaux étaient fort rares. En effet, dans le rapport qu'il a fait à cette époque, sur les maladies régnantes, il constatait l'excellence de l'état sanitaire. En 1871, au contraire, les diarrhées étaient très-fréquentes, et le choléra, qu'on attendait, ne parut pas. Cette année, il faut bien reconnaître que l'épidémie cholérique coïncide avec une extrême fréquence des diarrhées; mais M. Besnier croit qu'on ne doit nullement en conclure à l'identité de ces diarrhées avec le choléra.

Quant à la diarrhée prodromique, un grand nombre de faits observés par M. Besnier et par beaucoup d'autres médecins des hôpitaux prouvent surabondamment qu'elle était bien loin d'être constante, lors de l'épidémie de 1866. Il ne pense pas qu'au point de vue thérapeutique, on doive attacher au traitement de cette diarrhée prémonitoire l'importance qu'y attachent certains médecins; il ne croit pas qu'on puisse si facilement juguler le choléra.

En terminant ce qui a trait à l'épidémie de 1866, M. Besnier rappelle que deux pratiques, à cette époque, ont paru donner quelques résultats favorables : l'enveloppement dans un drap mouillé et une couverture de laine et les injections d'eau simple ou salée dans les veines.

Voici maintenant les renseignements fournis à la Société par M. Besnier sur l'épidémie actuelle :

Le choléra paraît le 4 septembre à l'Hôtel-Dieu et à Saint-Louis, le 5 à la Pitié, la Charité, Lariboisière, la Salpêtrière; le 6 à Beaujon, le 7 à Necker. (Voir, pour la statistique des cas observés, le numéro de la *Gazette des Hôpitaux* du 20 septembre.)

M. MOISSENET fait observer que le nombre des diarrhées était très-considérable dans les mois de juillet et d'août, et qu'il est devenu moindre depuis le début de l'épidémie cholérique.

M. BROUARDEL a fait la même observation au bureau central et à l'hôpital Cochin; il fait exception, toutefois, pour les enfants; un grand nombre sont encore atteints de diarrhées graves.

M. FERRAND, pendant le mois de juillet, a vu, dans un établissement habité par 500 personnes, 300 personnes atteintes de diarrhée, dont un grand nombre furent même très-graves, mais sans présenter jamais aucun phénomène cholérique. Il n'y avait là qu'une influence saisonnière. Depuis, les cas de diarrhée sont très-rares dans cet établissement.

M. MARTINEAU, au bureau central, à la Pitié et en ville, constate un grand nombre de diarrhées, d'embarras gastriques et de fièvres typhoïdes.

M. BEAUMETZ a fait la même remarque pour la fièvre typhoïde : il en a vu 8 cas en cinq jours à la Maison de santé.

M. BROUARDEL fait observer que les vétérinaires prétendent qu'ils avaient prédit l'épidémie de choléra en raison de ce qu'ils observent dans les basses-cours, où les poules sont atteintes de diarrhées cholériques mortelles.

M. MOISSENET, malgré la gravité de la plupart des cas observés, dit n'avoir eu dans son service, à l'Hôtel Dieu, presque que des cas légers. Un ipéca au début des accidents cholériques et les moyens propres à ramener la chaleur paraissent lui avoir donné de très-bons résultats. C'est ainsi que sur 6 malades, 4 ont guéri et 2 seulement sont morts. En ville, M. Moissenet a observé un cas rapidement mortel dans une famille arrivée le 27 août de Hambourg.

M. RAYNAUD, à Lariboisière, sur 17 malades a eu 14 décès, presque tous sont morts dans la période de réaction.

M. GUIBOUT rappelle qu'à Saint-Louis il y a eu 10 décès sur 14 cas

M. BEAUMETZ dit qu'à Beaujon les cas ont été fort graves. Il y en a même eu de foudroyants, sans aucune diarrhée prémonitoire.

M. DUMONTPALLIER a remarqué qu'à Saint-Antoine les femmes paraissaient plus souvent atteintes que les hommes.

M. BESNIER répond que la statistique prouve que les hommes et les femmes sont atteints en égale proportion.

Plusieurs membres de la Société ont remarqué qu'il paraît y avoir eu quelques foyers très-limités. Une même maison de la rue Cotte a fourni plusieurs cas à Saint-Antoine, et une maison du faubourg Saint-Martin à Lariboisière.

M. COLIN signale la caserne Napoléon comme un foyer, d'où ont été portés plusieurs malades au Val-de-Grâce.

M. MOISSENET, au point de vue des circonstances pouvant favoriser l'éclosion de la maladie, signale l'usage intempestif d'un purgatif uni à l'impression du froid : il a observé plusieurs cas de ce genre.

Dans la plupart des hôpitaux, on a procédé à l'isolement des cholériques.

M. FOURNIER dit que l'isolement, tel qu'il est pratiqué, est tout à fait insuffisant, et que ce ne sont pas des salles dans les hôpitaux, mais des hôpitaux entiers qui devraient être affectés exclusivement aux cholériques, comme cela se pratique à Berlin.

M. RAYNAUD pense qu'il serait bon de faire sortir les habitants des maisons envahies par le choléra, et de brûler les linges ayant servi dans ces maisons au traitement des cholériques.

M. BROUARDEL appuie la proposition émise par MM. Fournier et Raynaud. Ces mesures ont donné de très-bons résultats à Saint-Pétersbourg, à Munich, etc. Il ne croit pas, d'autre part, qu'on doive concevoir les moindres craintes d'infection produite par un hôpital spécial, et rappelle à ce sujet ce qui a été observé lors de l'épidémie de variole en 1870.

M. CORNIL rappelle qu'il serait bon d'avoir recours aux désinfectants, à la décomposition chimique des déjections, à la combustion des linges des cholériques; de bien surveiller l'alimentation, le choix des eaux, de conseiller l'usage des eaux minérales comme eaux de table, enfin de bien surveiller l'exécution des instructions administratives.

M. MOISSENET dit que l'administration étudie les meilleurs procédés d'isolement; il ajoute que ses instructions sont très-complètes; il serait bon, suivant lui, que les médecins de chaque hôpital pussent se réunir pour s'entendre sur les mesures à prendre. L'administration est toute disposée à faire ce que demanderont les médecins, même en ce qui regarde les hôpitaux spéciaux.

La séance est levée à cinq heures.

Séance du 19 septembre 1873. — Présidence de M. LAILLER.

Suite de la discussion sur le choléra.

M. BESNIER communique une nouvelle note sur la marche de l'épidémie. Il résulte de son observation personnelle et des documents que lui ont fait parvenir un certain nombre de ses collègues des hôpitaux militaires et des départements, que cette épidémie suit son cours sans s'étendre beaucoup, mais en se montrant toujours très-meurtrière.

Le choléra, signalé le 29 août à l'hôpital Saint-Louis, apparaissait le 4 septembre à la Charité, à l'Hôtel-Dieu; le 5 à la Pitié, Lariboisière, la Salpêtrière; le 6 à Beaujon; le 7 à Necker, puis le 13 à la Maison de santé, et le 16 aux Enfants-Malades. Tous les autres établissements hospitaliers restent encore indemnes.

Dans sa dernière note (11 septembre), M. Besnier avait compté, dans les hôpitaux civils, 81 cas, sur lesquels 49 décès, 3 sorties, 29 restant en traitement. Dans cette semaine, du 11 au 18, il compte 86 cas, 48 décès, 3 sorties et 64 malades en traitement. On a donc, du 4 au 18 septembre : 167 cholériques, 97 décès, 6 sorties, 64 malades restant en traitement. Dans la journée du 18, il y a eu 8 cas du dehors, 7 intérieurs; pas de sorties, 14 décès.

M. Besnier étudie ensuite la marche du choléra dans chacun des hôpitaux où il s'est manifesté.

A *l'hôpital Saint-Louis*, 18 cas ont été observés. L'épidémie a débuté dans l'hôpital par des cas intérieurs. Une femme attteinte d'un eczéma fut la première atteinte, le 29 août, et mourut le 5 septembre. Une femme, le 1er septembre et 2 hommes le 4 furent de même at-

teints à l'hôpital et moururent en quelques heures. Ce fut le même jour qu'entra le premier cas du dehors, un jeune homme ayant la diarrhée depuis deux jours, et qui mourut le lendemain. Sur les 18 cholériques observés à l'hôpital Saint-Louis, 6 seulement sont venus du dehors; les autres se développèrent à l'hôpital même.

A *l'hôpital de la Charité*, le premier cas observé se manifesta le 4 septembre, chez une femme atteinte de pneumonie dans le service de M. Bernutz. Elle avait eu la diarrhée pendant sa convalescence; elle mourut le 5 septembre. Ce même jour, sa voisine fut prise et mourut le 8. Une troisième, prise le 6, a guéri. Dans le service de M. Bourdon, deux femmes voisines furent atteintes aussi, dont l'une mourut et l'autre guérit.

A *l'Hôtel-Dieu*, 14 malades, dont 3 cas intérieurs; 7 morts, 2 guéris, 5 restant en traitement. La plupart, gravement atteints, ont succombé pendant la période algide. L'un d'eux est mort en quelques heures.

A *l'hôpital militaire Saint-Martin*, le premier malade contaminé, caserné à la Villette, a été envoyé le 6 septembre: excès alcooliques antérieurs; diarrhée depuis quarante-huit heures; symptômes graves; choléra asiatique confirmé; mort quarante-huit heures après son entrée.

Le même jour, un second, moins gravement atteint, est amené de la même caserne. Le 7, en vient un nouveau de la caserne du Château-d'Eau; le 9, 2; le 10, 2, dont l'un n'avait eu la diarrhée prémonitoire que quelques heures avant; le 11, 2; le 14, 2; le 15, 2; le 16, 1; le 17, 1. Les 4 premiers atteints avaient monté la garde aux abattoirs de la Villette.

Tous ces malades ont été placés dans un pavillon spécial très-bien disposé, parfaitement aéré. Du chlorure de chaux, de l'acide phénique et des piles de Bunsen à l'acide nitrique et sulfurique au dixième, sont destinés à assainir l'atmosphère des salles. Les vases des malades sont constamment lavés avec une solution d'azotate de zinc. Les convalescents sont placés dans une salle à part à une grande distance des cholériques. Le traitement pour les cas graves consiste en massages, frictions à l'aide de gants de crin, enveloppement dans des chemises de flanelle chaudes, sinapismes, tisanes excitantes additonnées de rhum, de café noir, de glace en cas de vomissements rejetés et de vins généreux; et pour les cas de moyenne gravité, en frictions vinaigrées, chemises de flanelle, boissons chaudes, l'ipéca, et le bismuth opiacé si la diarrhée persiste après le retour de la chaleur.

A l'*Hôpital militaire de Vincennes* se trouvait un très grand nombre de diarrhées et de dysentéries. Il n'y a été amené qu'un seul cholérique de la caserne de Reuilly; il a guéri.

A l'*Hôpital du Gros-Caillou*, 7 cas de cholérine pendant le mois d'août, le 5 septembre 1 cas de choléra confirmé sur un soldat amené de l'École militaire, mort en douze heures. Son voisin est atteint et meurt le lendemain; le 10, 3 nouveaux cas, dont 1 décès; le 11, 2, dont 1 décès; le 13, nouveau cas, guérison; le 14, 2 cas, dont 1 décès.

Dans cet hôpital, les plus grandes précautions ont été prises pour isoler complétement les cholériques, les diarrhéiques, les typhiques et les convalescents fiévreux.

En terminant, M. Besnier donne les renseignements les plus circonstanciés sur l'épidémie de Rouen, renseignements qu'il doit à M. Leudet, et d'où il résulte que le fléau, comme en 1862, a surtout atteint les classes pauvres; que le premier cas a été signalé chez une femme n'ayant pas quitté la ville; que les quartiers atteints sont les mêmes qu'en 1866; que les malades ont toujours été atteints de diarrhée avant de présenter le choléra confirmé; que l'épidémie est très-grave, quoique les cas aient été peu nombreux, enfin que la propagation par contagion n'a pas eu lieu à l'Hôtel-Dieu.

M. COLIN lit une note sur l'*influence de l'air et de l'eau sur la propagation du choléra.*

M. Colin ne voit qu'une simple coïncidence entre l'apparition de l'épidémie actuelle et le grand nombre de troubles intestinaux observés depuis quelque temps, et croit que, cette fois encore, le fléau a pénétré par voie d'importation.

Quant aux conditions d'immunité ou de réceptivité de certains milieux pour le contage cholérique, il est extrêmement difficile de les déterminer. Ni l'altitude, ni la structure du sol ne paraissent jouer ici aucun rôle. Les prédispositions de tels ou tels quartiers d'une grande ville varient durant l'évolution d'une même épidémie, et ce n'est que dans une armée en campagne qu'on peut trouver un milieu identique.

M. Colin se contente de signaler ces questions sans les approfondir; il a seulement pour but d'étudier l'influence de l'usage interne de l'eau altérée par les déjections cholériques et les influences atmosphériques.

D'après beaucoup de médecins, et particulièrement en Angleterre, la propagation des épidémies cholériques dépendrait presque exclusivement de l'ingestion d'eaux souillées de déjections cholériques. Un grand nombre de faits semblent plaider en faveur de cette opinion. M. Colin ne croit pas qu'elle soit admissible pour l'épidémie actuelle. Bien des faits d'ailleurs prouvent d'une façon générale l'inanité de cette théorie, tels, par exemple, que ces paquebots d'émigrants indiens, ayant le choléra, se trouvant dans de déplorables conditions, qui descendent le Gange chaque année, et sur lesquels on voit l'épidémie disparaître dès qu'ils ont gagné la pleine mer. Par contre, on voit de graves explosions se manifester sur des bâtiments se trouvant dans d'excellentes conditions d'hygiène. L'usage alimentaire d'eaux altérées a été aussi invoqué pour la propagation de la dysentérie et de la fièvre typhoïde. Ces deux maladies, ajoute M. Colin, offrent, avec le choléra, ce caractère commun : 1° d'entraîner la surabondance et l'altération des évacuations intestinales; 2° de présenter leurs principales lésions sur le trajet du tube digestif. M. Colin admet l'influence de l'eau contaminée par les sécrétions morbides dans l'étiologie de chacune de ces affections, mais il ne considère pas cette influence comme spécifique. Il regarde, en outre, comme très-redoutable, la diffusion dans l'atmosphère des déjections cholériques, et il pense qu'on doit prendre les mesures les plus rigoureuses pour anéantir, auprès de chaque malade, les matières excrémentitielles.

M. Colin étudie ensuite les influences atmosphériques; il rappelle les faits qui ont été donnés pour faire admettre l'influence des troubles atmosphériques sur la marche du choléra. Il ne voit pas qu'on puisse encore émettre aucune conclusion précise sur l'action de ces troubles, et pense qu'il y a là bien des questions à l'étude.

Il aborde ensuite la question de prophylaxie. Tout en reconnaissant la valeur des mesures qui consistent dans l'évacuation du foyer cholérique, aujourd'hui pratiquée dans la médecine des armées, il fait remarquer les difficultés de leur application dans les grandes villes. Il serait d'avis qu'on expérimentât la création d'hôpitaux spéciaux.

D'abord, il ne pense pas que ces établissements soient dangereux pour les malades eux-mêmes. Le danger qu'il y a à réunir des typhiques, des dysentériques, ou même des blessés n'existe plus pour des cholériques. Ensuite, l'avantage de ces installations pour l'ensemble de la population est tout à fait incontestable, et M. Colin n'en veut pour preuve que l'immunité, en 1866, de la ville de Copenhague, immunité due à l'installation immédiate d'un hôpital général.

M. DUJARDIN-BEAUMETZ propose de mettre à l'ordre du jour de la prochaine séance la question des injections veineuses chez les cholériques. (Adopté.)

M. HAYEM donne quelques renseignements sur les lésions que l'on trouve chez les cholériques. Il a fait l'examen du sang et des selles; il a examiné le sang de cholériques morts après avoir été réchauffés, et celui de cholériques morts pendant la période algide, il a trouvé des altérations variables dans ces deux cas :

Chez les premiers il a seulement constaté une augmentation notable des globules blancs; les globules rouges étaient normaux; il n'y avait pas de traces d'éléments étrangers. Le sang des cholériques morts dans la période algide présentait une plus grande quantité encore de globules blancs, les globules rouges étaient visqueux, glutineux, avaient perdu leur densité normale et étaient allongés;

mais il lui a été impossible de découvrir des granulations morbides ou non dans ce sang, et il ne croit pas qu'on doive admettre la présence d'organismes inférieurs dans le sang des cholériques.

Quant aux selles, il y a trouvé, au contraire, un nombre considérable d'organismes inférieurs; il en a compté douze variétés; on observe particulièrement des bactérides et des vibrioniens; on recontre tous les vibrioniens que l'on trouve dans les liquides en putréfaction. Il y a vu, en outre, des rangées de sporules ressemblant à des fibres striées, mais ces derniers ne sont pas constants. Il rattache donc les manifestations que l'on constate du côté du tube digestif à la présence de ces vibrioniens dans l'intestin.

Les lésions cadavériques sont les suivantes : le tube digestif depuis l'œsophage jusqu'au rectum présente un état particulier. C'est d'abord une distension considérable de tout l'intestin due à la présence de gaz en grande quantité; en second lieu, il y a paralysie de l'intestin, et, dans bien des cas, les malades ne rendent des matières que par regorgement; la muqueuse intestinale est rouge, violacée; cette coloration est due à la distension des veines. Au-dessous des liquides se trouve une couche épaisse de mucus.

L'examen de l'intestin au microscope révèle une stase veineuse dans le tissu sous-muqueux et une dégénérescence granulo-graisseuse. Il y a aussi un trouble des vaso-moteurs dans toute l'étendue du tube digestif. Au résumé, il n'y a pas de lésions véritablement spécifiques du choléra, ce sont celles du catarrhe intestinal aigu très-intense.

Au point de vue du traitement, M. Hayem s'est bien trouvé de l'ipéca au début et de l'administration de sulfure de mercure (1 gramme toutes les deux heures).

M. RAYNAUD, de son côté, a fait l'examen du sang et des selles au microscope, il ne fait que confirmer ce que vient de dire M. Hayem; toutefois, il dit avoir été frappé par la présence dans les selles de bactérides beaucoup plus grandes que celles que l'on trouve habituellement dans les liquides en putréfaction, et il lui a semblé que c'était surtout dans les cas graves qu'on observait ces bactérides. Il a, comme M. Hayem, constaté la présence d'infusoires en très-grand nombre.

M. BESNIER demande si l'on n'a pas constaté de lésions du système nerveux.

M. HAYEM répond qu'il n'a pas constaté de lésions du système nerveux spéciales au choléra.

M. DAMASCHINO, dont l'attention, en 1866, a été spécialement portée sur ce point, dit n'avoir pas observé d'altération appréciable du système nerveux chez les cholériques.

M. LABBÉ demande qu'on discute le plus tôt possible la question de l'installation d'un hôpital spécial de cholériques.

M. MOISSENET fait part des renseignements qu'il a puisés auprès de M. le directeur de l'Assistance publique. Celle-ci est toute prête à faire ce que demanderont les médecins, mais la marche croissante de l'épidémie ne paraît pas exiger des mesures bien urgentes et, d'autre part, M. Blondel a fait observer à M. Moissenet, que tous les médecins des hôpitaux n'étaient pas d'accord sur ce point et que quelques-uns d'entre eux ne voyaient même aucun inconvénient à laisser les cholériques dans les salles communes.

M. BROUARDEL invite les médecins qui professent une semblable opinion à venir le déclarer publiquement dans le sein de la Société.

Il pense, en outre, qu'il ne faut pas attendre pour agir que l'épidémie augmente d'intensité?

M. LABBÉ formule la proposition suivante : y a-t-il utilité ou non à établir un hôpital spécial pour les cholériques.

La Société décide que cette question sera discutée dans la prochaine séance.

La séance est levée à cinq heures.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Nous avons le regret d'avoir à annoncer la mort de M. Joseph Vulfranc-Gerdy, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris, ancien inspecteur des Eaux minérales d'Uriage, décédé à la suite d'une longue maladie, à Paris, le 16 septembre dernier.

M. Vulfranc-Gerdy, frère de l'ancien professeur P.-N. Gerdy, s'était créé, par son propre mérite et par quelques travaux estimés, une situation justement considérée.

— M. Bouisson, doyen de la Faculté de médecine de Montpellier, est chargé, à titre de mission temporaire, de l'administration de l'Académie de Montpellier, en remplacement de M. Donné, admis à faire valoir ses droits à une pension de retraite, par application du décret du 17 septembre 1873, et nommé recteur honoraire.

— On demande à prendre la suite d'une clientèle aux environs de Paris, dans un rayon de cinq lieues.

— A céder, à des conditions avantageuses, à un docteur en médecine, une clientèle, dans une commune de l'arrondissement de Meaux (Seine-et-Marne). — Rapport : 6 à 7,000 francs. — S'adresser, à Paris, chez M. Dublin, place Vendôme, 17.

Le Directeur : Dr E. LE SOURD.

Paris.— Typographie A. POUGIN, quai Voltaire, 13.

N° 114. — JEUDI 2 OCTOBRE 1873. 46e ANNÉE. JEUDI 2 OCTOBRE 1873. — N° 114

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Bureaux : 57, rue des Saints-Pères, 57
PRÈS L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le ... d'abonnement doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

On s'abonne hors de Paris dans les bureaux des Messageries et chez les Libraires. Les lettres non affranchies sont refusées.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui n'en peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS — Trois mois. . 8 fr. 50 c. — Six mois. . . 16 — — Un an. . . . 30 —

POUR L'ÉTRANGER le port en sus suivant les derniers tarifs des Postes.

Paris, le 1er octobre 1873.

SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

M. Fauvel a pris la parole hier sur la question du choléra, pour donner des explications sur l'épidémie du Havre qui a donné lieu, comme on le sait, à des interprétations équivoques, et pour relever le gant jeté par M. J. Guérin dans le camp des importationistes exclusifs (pardon pour cet affreux néologisme.)

M. Fauvel ne monte jamais à la tribune sans y provoquer aussitôt une respectueuse attention. Il s'y présente, en effet, avec le prestige de son talent, de son esprit grave et réfléchi, de la vaste expérience des sujets qu'il y traite et de sa haute situation qui le met mieux à même que qui que ce soit d'être exactement et promptement renseigné sur tout ce qui concerne la marche des épidémies cholériques. Ajoutons que M. Fauvel n'apparaît dans ces circonstances que comme doublé en quelque sorte et garanti par la conférence internationale dont il a été un des représentants les plus actifs et les plus écoutés. Eh bien ! nous devons le dire avec sincérité, malgré ce double prestige, malgré l'esprit semé çà et là dans l'argumentation de notre savant confrère, nous n'y avons pas trouvé ce caractère de certitude et de démonstration que nous attendions et qui pouvait seul justifier la hauteur avec laquelle il a traité la doctrine contradictoire, exposée dans les précédentes séances, par son collègue M. J. Guérin.

S'agit-il des explications données par M. Fauvel sur l'épidémie du Havre, que résulte-t-il de ces explications ? que c'est par une sorte d'euphémisme convenu et dicté par la prudence et les ménagements dus à l'opinion publique et aux intérêts commerciaux, qu'on a d'abord considéré les premiers cas de cette épidémie comme des cas de choléra nostras, mais qu'en réalité il s'agit bien du choléra asiatique, c'est-à-dire du choléra importé. Mais importé d'où et comment? Il est clair qu'il y a les plus grandes probabilités pour que cette importation vienne des relations presque constantes du Hâvre avec Hambourg. Mais où est la preuve de cette importation ? M. Fauvel se déclare lui-même dans l'impossibilité de la donner. C'est donc par une simple induction et par analogie avec les faits précédents qu'il l'admet dans cette circonstance. A-t-on le droit d'être aussi affirmatif quand on est si pauvre de preuves ?

Arrivant ensuite à l'argumentation de M. Guérin, M. Fauvel lui oppose les points fondamentaux de l'étiologie du choléra aujourd'hui acquis à la science. Assurément, nous ne contesterons pas les faits généraux relatifs à l'importation, si bien établis par les travaux de la conférence et par le savant rapport de M. Briquet. Mais M. Fauvel est-il aussi sûr de lui lorsqu'il affirme que jamais la maladie bénigne désignée sous le nom de choléra nostras ne prend le caractère envahissant du choléra indien, et qu'après cette affirmation il se voit obligé d'ajouter « qu'on ne saurait affirmer qu'un jour le choléra ne deviendra pas endémique en Europe, comme il paraît l'être déjà dans certaines parties de la Russie. » Eh bien ! c'est là qu'est toute la question. Si le choléra est devenu endémique en Russie, quelle raison scientifique sérieuse s'opposerait à admettre qu'il pût aussi devenir endémique chez nous? Qui nous dit qu'il ne l'est pas déjà ? Pourquoi ne pas chercher dès lors à étudier cette question de l'endémicité possible, parallèlement à la question de l'importation, le fait de l'endémicité, s'il venait à être démontré, étant loin d'exclure d'ailleurs l'idée d'importation première, qui n'en restera pas moins toujours le grand fait initial de l'histoire de nos épidémies cholériques ?

Il y a entre ces deux points de vue étiologiques, un fait considérable auquel on semble ne pas accorder toute l'attention qu'il mérite, c'est le fait de ces cas isolés de véritables cas de choléra qui n'ont presque jamais complétement cessé de se produire de loin en loin, dans l'intervalle des grandes épidémies et ces petites endémies annuelles de choléra nostras qui ressemblent si peu à ce que les anciens auteurs ont décrit sous ce nom, tandis qu'elles ressemblent si bien, au contraire, au degré et à l'intensité près, au choléra épidémique.

Quoi qu'en puissent penser M. Fauvel et avec lui un grand nombre de ses collègues de l'Académie, qui ne manqueront pas d'opiner, qui du bonnet, qui de la parole, en faveur de sa doctrine, nous croyons qu'il y a là un sujet d'étude sérieux et digne d'un autre accueil que celui qui lui a été fait par notre savant confrère.

Dr BROCHIN.

HOTEL-DIEU DE LYON. — Service de M. Ollier.

Des larges débridements periostiques dans les ostéo-périostites douloureuses non suppurées (ostéo-périostite à forme névralgique).

Par M. A. Poncet, interne des hôpitaux.

Telles qu'on les pratique habituellement, les incisions pour les affections inflammatoires spontanées du tissu osseux ont habituellement pour but de donner issue au pus d'un abcès ou de favoriser l'élimination d'un séquestre.

Dans certaines formes d'ostéo-périostite, ce mode d'intervention chirurgicale peut avoir une autre utilité, soit en prévenant le développement de la suppuration, et par suite de la nécrose, ainsi que l'avait indiqué Meovey Smith (1), soit en mettant fin à ces douleurs parfois atroces, qui ne laissent au malade aucun moment de repos et que toute la série des antiphlogistiques ordinairement employés ne pourrait alléger.

Le seul moyen, non pas simplement de calmer la souffrance, mais bien de supprimer toute douleur, est une large incision comprenant toute l'épaisseur des tissus enflammés, c'est le traitement que M. Ollier exige en règle générale, et que nous lui avons vu mettre plusieurs fois en pratique. Il nous a paru si simple, si facilement applicable et d'une efficacité telle, que nous croyons utile d'en faire connaître les heureux effets chez deux malades entre autres, opérés par ce chirurgien, et que nous avons pu suivre jusqu'à leur complète guérison.

L'ostéo-périostite douloureuse débute sans prodromes, sans élévation de température et sans le cortége des symptômes généraux que la fièvre entraîne avec elle, par une douleur vive, lancinante, occupant un point quelconque de la diaphyse d'un os long, du tibia le plus souvent. On peut l'observer à tous les âges, mais elle est plus fréquente chez l'adolescent et chez l'adulte.

L'étiologie en est parfois obscure, cependant, dans la plupart des cas, le froid paraît en être la cause efficiente, et M. Ollier la considère comme étant de nature rhumatismale.

En pleine santé, au milieu de son travail, pendant la nuit, le malade est pris, en un point limité du tibia, par exemple, d'une douleur subite, qui s'irradie bientôt dans toute la jambe; variable dans son intensité, cette douleur est continue, pulsative, avec exacerbations nocturnes. L'acuité de la douleur, son intensité pendant la nuit, ont fait désigner par M. Ollier cette forme d'ostéo-périostite sous le nom *d'ostéo-périostite névralgique*. Le patient ne peut souvent rester dans son lit, il semble que les mouvements, l'exercice du membre apportent quelque soulagement. La pression exaspère la souffrance et provoque parfois des cris. Rien cependant jusqu'alors n'indique une lésion inflammatoire, on ne trouve pas le moindre changement de coloration à la peau, le toucher ne révèle ni empâtement, ni tuméfaction profonde. Ces signes locaux peuvent manquer pendant quelques jours et même pendant deux ou trois semaines; dans cette forme d'ostéo-périostite, il n'y a d'aigu que la douleur. Après un temps variable, on constate un léger empâtement faisant corps avec l'os sous jacent; à ce moment, le diagnostic n'est pas douteux, et l'on doit se hâter d'intervenir. On ne saurait toutefois attendre jusqu'à cette époque pour opérer, les renseignements fournis par le malade, la persistance et l'acuité des douleurs, malgré un traitement antiphlogistique énergique, leurs exacerbations nocturnes, sont autant de signes précieux qui éclairent le diagnostic, et dans de pareilles circonstances, M. Ollier n'hésite pas à porter le bistouri sur toute l'étendue de la région douloureuse; en agissant ainsi, il a retiré de grands avantages de l'incision prématurée.

Du même coup il incise la peau, les tissus sous-cutanés et le périoste épaissi. La pointe du scalpel doit aller jusqu'à l'os, qu'elle met à nu. On complète cette incision profonde, longue suivant les cas, de 8 à 12 centimètres, par d'autres petites incisions transversales perpendiculaires à la première. On enlève ainsi tout obstacle au développement de l'inflammation, l'exsudat plastique n'est plus emprisonné entre l'os et le périoste; les bords de la plaie périostique s'écartent, en effet, l'un de l'autre comme les bords d'une incision aponévrotique sur un membre étranglé. Ce retrait du périoste est dû aux modifications d'épaisseur qu'a subies la couche ostéogène enflammée, il est le fait de l'exsudat qui, plus ou moins liquide, rend facile la séparation du périoste de l'os.

L'indication d'intervenir rapidement n'est pas aussi pressante que dans certains panaris, mais dans l'un et l'autre cas, le but que l'on se propose est à peu près le même. Après un coup de bistouri donné hardiment, on voit cesser tous les accidents inflammatoires, et comme résultat immédiat, on obtient la cessation complète de toute douleur. Quant à la plaie, elle se comporte comme une plaie simple et doit être pansée comme telle. Des bourgeons charnus recouvrent bientôt l'os dénudé, et si, dans un milieu hospitalier, aucune complication ne survient, la cicatrisation a lieu au bout de quelques semaines. Après ces larges débridements périostiques, M. Ollier n'a jamais observé de nécrose.

Il peut arriver que de tels débridements ne soient pas suffisants, la douleur que les incisions libératrices avaient d'abord calmée, reparaît avec la même intensité; elle est sourde, profonde; on n'a pas alors affaire simplement à une ostéo-périostite, mais bien à une ostéo-myélite.

Le débridement périostique n'a été, dans ce cas, qu'un premier temps de l'opération, et nous avons vu M. Ollier, en présence de faits de ce genre, appliquer avec plein succès une couronne de trépan.

L'incision des tissus malades n'est point toujours nécessaire; dans quelques circonstances, le calomel pris à l'intérieur, de larges frictions avec l'onguent napolitain, des émissions sanguines locales, une application de sangsues, par exemple, sur la région douloureuse, ont pu triompher de l'ostéo-périostique à son début. M. Ollier recommande beaucoup les vésicatoires, non-seulement *loco dolenti*, mais recouvrant toute la surface de l'os malade. Chez un jeune homme atteint d'ostéo-périostite du tibia, qui avait résisté au sulfate de quinine et à l'iodure de potassium, il recouvrait toute la face interne du tibia d'une large bandelette vésicante; il obtint ainsi la cessation immédiate de toute douleur.

Les deux observations que nous publions sont un exemple frappant de ces ostéo-périostites plastiques dont la douleur est le symptôme principal; elles nous montrent l'efficacité d'un débridement périostique hâtif et indiquent la marche à suivre dans des cas semblables.

Obs. I. — *Ostéo-périostite douloureuse non suppurée du tibia droit, avec exacerbations nocturnes, sans fièvre et sans symptômes généraux. Large débridement périostique.*

Joseph M..., âgé de vingt-six ans, est entré à l'hôtel-dieu de Lyon le 14 avril 1873 (salle Saint-Charles, service de M. R. Tripier).

(1) *Archives générales de médecine*, 1839.

Ce malade est déjà venu à l'hôpital à différentes époques, pour des troubles de la sensibilité avec atrophie du membre inférieur droit, survenus à la suite d'une chute d'un lieu élevé à la bataille de Sedan, et probablement consécutive à une luxation de la hanche. Son état général est resté bon; il n'est ni syphilitique ni rhumatisant, et rien dans les antécédents ne permet de supposer l'existence de l'une ou l'autre de ces diathèses.

Sa santé était bonne, dit-il, lorsque, deux jours avant son entrée, il ressentit, sans cause appréciable, une douleur très-vive dans la jambe droite. Le maximum de la douleur correspondait au tiers inférieur du tibia. La souffrance était continue, avec exacerbations nocturnes.

Au moment de son entrée, quoique le début des douleurs remontât à deux jours, aucun signe n'appelait l'attention sur la région douloureuse, la peau avait une coloration normale, et le doigt promené sur la face interne du tibia, ne sentait ni saillie ni tuméfaction. En un point cependant et sur une étendue de 5 à 6 centimètres, la pression était tellement douloureuse que le malade, non prévenu, ne pouvait s'empêcher de pousser un cri.

Pendant les premiers jours, on fit sur le membre de larges frictions avec l'onguent mercuriel belladoné, et l'on maintint jour et nuit des cataplasmes. Le malade prit, en outre, à l'intérieur, *deux et quatre grammes* d'iodure de potassium par jour.

Ce traitement ne produisit aucune amélioration; les douleurs augmentaient d'intensité, les nuits étaient sans sommeil; le malade, trouvant dans l'exercice du membre un léger soulagement, ne pouvait plus garder le repos. Rien cependant n'indiquait une lésion inflammatoire.

Le traitement ioduré fut continué jusqu'au 16 avril; on faisait de plus, deux fois par jour, au voisinage de la partie douloureuse, une injection sous-cutanée de 2 à 3 centigrammes de chlorhydrate de morphine.

21 avril. — La peau paraissait un peu rouge, et le doigt, appuyé sur le point douloureux, sentait un léger gonflement dur, solide et se confondant avec la surface de l'os.

M. Ollier fut, à cette époque, prié d'examiner le malade. En présence de ces douleurs que rien ne pouvait calmer, il n'hésita pas à débrider largement. A l'aide d'un large bistouri, il fit, sur la face interne du tibia, une large incision de 9 à 10 centimètres, comprenant non-seulement dans toute son étendue la peau et les tissus sous-cutanés, mais le périoste, de telle sorte que l'os fut à nu. Il compléta le débridement par une autre incision transversale, comprenant comme longueur toute la largeur de la face interne du tibia. On laissa la plaie donner une certaine quantité de sang, puis on appliqua un pansement simple; on favorisa même l'écoulement sanguin en faisant prendre au malade un bain de pieds chaud.

Dès les premiers jours après l'opération, le malade n'éprouve plus aucune souffrance, et la nuit suivante, il dormit tout à son aise.

22 avril. — Toute douleur a disparu; le malade a recouvré la gaieté et l'appétit.

Au bout de quelques jours, la plaie devenait granuleuse, et le malade qui n'avait alors plus de douleur que le souvenir, quittait l'hôpital pour l'hospice des Convalescents.

Après quelques jours seulement de séjour à Long-Chêne, il revenait à l'hôtel-dieu (salle Saint-Sacerdos, service de M. Ollier), où on put le suivre jusqu'à sa complète guérison.

Les douleurs n'avaient pas reparu, la plaie était en voie de cicatrisation, et lorsqu'il sortit de l'hôpital, au bout de trois semaines, la cicatrisation était à peu près terminée.

Quelques jours après, le malade qui avait repris sa vie de vagabond, de coureur de grande route et qui s'était exposé au froid, rentra à l'hôpital avec des douleurs dans la malléole du même côté, qui disparurent avec le repos. Ce retour des douleurs confirme la nature rhumatismale de la maladie.

Obs. II. — *Ostéo-périostite douloureuse du tibia* (1).

Édouard S..., né à Wasselonne (Bas-Rhin), âgé de vingt-neuf ans, exerçant la profession de voiturier, est entré le 28 décembre 1871 (salle Saint-Sacerdos, service de M. Ollier).

Le malade n'a pas d'antécédents diathésiques; sa santé a toujours été bonne. Militaire pendant plusieurs années, il a été libéré en 1868. Il prétend n'avoir jamais eu de maladie vénérienne; ajoutons que rien ne permet d'affirmer la syphilis.

A l'âge de vingt-deux ans, il reçut sur le tibia droit un coup de pied de cheval, qu'atteste encore une cicatrice située sur la face interne de cet os et distante de 10 à 12 centimètres de l'articulation du genou. La peau, dit-il, avait été simplement enlevée; il se rappelle cependant que l'os était à nu. Il entra alors à l'hôpital, où il ne resta que quinze jours; en moins de trois semaines, la cicatrisation était complète, et il pouvait reprendre ses occupations. Pas de séquestre.

Depuis lors, jusqu'à la fin de septembre 1871, il n'a jamais ressenti de douleurs vives dans la jambe droite; la gauche fut, après l'accident, comme elle était auparavant. Rien n'attire son attention. Il y a un mois, sans savoir ni pourquoi ni comment, le malade fut pris pendant la nuit de douleurs très-vives dans le tibia droit, s'irradiant dans toute la jambe. Les premiers jours, il put encore vaquer à ses occupations, les mouvements diminuaient, du reste, notablement la souffrance, et pendant la nuit, où les douleurs étaient lancinantes, pulsatives, le malade ne pouvait rester au lit, il était obligé de se lever et de marcher.

Au dire du malade, ce fut lentement, quinze jours après le début des accidents, que la peau, au niveau de la région douloureuse, commença à rougir et que la tuméfaction de la partie malade appela son attention.

Les douleurs étaient toujours excessivement vives; il les compare à celles que produirait la morsure d'un chien.

Lorsqu'il entra à l'hôpital, le malade souffrait depuis trois semaines. On constatait à ce moment une rougeur diffuse occupant les deux tiers de la jambe droite, en même temps qu'une tuméfaction périodique des plus nettes. En aucun point on ne percevait de fluctuation.

Le 29 décembre 1871, la douleur ayant les mêmes caractères, M. Ollier débrida largement le périoste par une incision cruciale mesurant 10 à 12 centimètres de longueur. Il porta la pointe du bistouri jusqu'à l'os, qu'il trouva déjà dépoli, rugueux. La suppuration ne s'était pos produite, la périostite était encore à l'état de périostite congestive et plastique.

La nuit qui suivit, les souffrances ne furent pas comparables à celles que le malade ressentait auparavant; il dormit d'un sommeil qu'il ne connaissait plus depuis un mois.

Jusqu'au 9 janvier 1873, si ce n'eût été la plaie produite par l'incision, le malade eût pu se croire guéri; la plaie était granuleuse, l'appétit et le sommeil avaient reparu.

Le 9 janvier dans la soirée, le malade accusait de nouveau des douleurs dans la partie inférieure de la jambe; les bourgeons charnus avaient une coloration pâle, grisâtre; les bords de la plaie étaient tuméfiés.

10 janvier. — On reconnaît un érysipèle. La peau est d'un rouge foncé, disparaissant sous la pression du doigt; la plaie a un aspect jaunâtre, elle ne fournit pas de pus, mais un exsudat séreux abondant. T. R. 39°.

11 janvier. — Les douleurs sont très-vives, mais cependant plus supportables qu'avant l'incision.

Catasplasmes de fécule. Potion avec 5 centigrammes d'extrait thébaïque.

(1) La première partie de cette observation a été publiée dans un travail sur l'*Ostéite au point de vue de l'accroissement des os* (*Gazette hebdomadaire*, 1872, Obs. IX). Nous laissons ici de côté les lésions de croissance produites par l'ostéis, et qui nous avaient fait intituler cette observation : *Allongement du tibia de 2 centimètres à la fin de la période de croissance, consécutif à un coup de pied de cheval.*

14 janvier. — Le malade souffre horriblement. Même traitement. Injection sous-cutanée matin et soir de 2 et 3 centigrammes de chlorhydrate de morphine au voisinage des points douloureux. L'érysipèle ne s'est pas étendu.

16 janvier. — Ces injections donnent au malade quelques moments de repos. La rougeur érysipélateuse tend à disparaître; état général meilleur.

21 janvier. — La tuméfaction des bords de la plaie a disparu; elle redevient granuleuse. Plus de douleurs.

1er février. — Les douleurs n'ont pas reparu; la plaie est en voie de cicatrisation.

17 février. — La plaie est complétement fermée; il reste toutefois un petit trajet fistulaire, par où s'écoule un liquide séro-purulent en mince quantité.

1er mars. Le malade *part guéri*. Aucune douleur.

Bien que ces ostéo-périostites paraissent être de nature rhumatismale, et que les antiphlogistiques habituels, les larges vésicatoires surtout puissent, dans certains cas, en triompher, on ne saurait, en thèse générale, laisser longtemps son malade en proie à des douleurs parfois si atroces; il faut, comme le veut M. Ollier, se hâter de débrider.

Cette opération ne présente les caractères de simplicité dont nous avons parlé que pour les os superficiels, et on doit alors la pratiquer sans crainte. Le tibia, la clavicule, le cubitus, une partie du péroné, sont par leur siége très-facilement accessibles, et dans les inflammations périostiques douloureuses, le débridement, tel que nous l'avons indiqué, sera toujours applicable; il supprime la douleur comme par enchantement et en prévenant la formation du pus, assure une prompte guérison.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 30 septembre 1873. — Présidence de M. Depaul.

CORRESPONDANCE OFFICIELLE

M. le ministre de l'instruction publique transmet l'ampliation du décret par lequel est approuvée l'élection de M. le docteur Hirtz comme membre titulaire dans la section de pathologie médicale, en remplacement de M. Vigla, décédé.

Sur l'invitation de M. le président, M. Hirtz prend place parmi ses collègues.

CORRESPONDANCE MANUSCRITE

La correspondance manuscrite comprend :

1° Une lettre de M. le docteur Netter sur le danger des inhumations hâtives des cholériques et sur une certaine précaution à prendre en ces circonstances;

2° Un mémoire de M. le docteur Tamin-Despalles sur diverses questions relatives au choléra.

M. HERVIEUX, à l'occasion du procès-verbal, fait remarquer que l'auteur au nom duquel il a présenté, dans la dernière séance, une sonde utérine à double courant, est M. Blain, et non Belin, comme on l'a imprimé par erreur.

M. DEMARQUAY offre en hommage à l'Académie un volume qu'il vient de publier sous le titre : *De la régénération des organes et des tissus en physiologie et en chirurgie.*

M. PIORRY présente, au nom de M. le docteur Edward Liveing, médecin du collége Royal de Londres, un ouvrage anglais sur la migraine.

M. LARREY présente : 1° Une brochure de M. le docteur Armand, intitulée : *Du choléra observé en Cochinchine et de son traitement;*

2° Une brochure de M. le docteur Widal, médecin-major à l'hôpital militaire, du Gros-Caillou, intitulée : *Expériences thérapeutiques sur la digitaline cristallisée.*

M. DELPECH communique le relevé statistique suivant du choléra pour la période du 23 au 29 septembre.

Statistique du 23 au 29 septembre :

	Hôpit. civils. Entrées.		Hôpit. civils. Décès.	Hôpit. milit. Décès.	A domicile. Décès.	Totaux par jour.
23 sept.	17	(13 int.)	6	0	6	12
24 —	12	(6 int.)	6	0	6	12
25 —	5	(3 int)	7	2	3	12
26 —	8	(4 int.)	3	»	5	8
27 —	7	(3 int.)	4	»	2	6
28 —	4		3	»	2	5
29 —	10	(5 int.)	5	»	6	11
	63	34	34	2	30	66

LECTURE

De la parotidite consécutive des maladies aiguës graves. — M. CROCQ, correspondant de l'Académie, lit un travail sous ce titre. — Les considérations dans lesquelles entre M. Crocq sur la nature et l'origine des parotides, prouvent, suivant lui, que la cause réelle de cette complication a échappé, jusqu'à présent, aux auteurs.

Voici quelle est pour lui la véritable genèse de ce phénomène morbide :

La parotidite, dit-il, est toujours accompagnée d'une stomatite bien prononcée, caractérisée par la rougeur, la turgescence et l'hypersécrétion de la muqueuse de la bouche. Cette stomatite est parfaitement caractérisée dans la fièvre typhoïde et le typhus exanthématique. Elle devient surtout marquée à une période avancée de la maladie.

Ces considérations l'ont conduit à formuler une méthode prophylactique et curative rationnelle de la parotidite consécutive aux maladies aiguës graves. La muqueuse buccale étant son point de départ, il faut la surveiller; il faut la nettoyer, en enlevant au besoin, par des injections, les croûtes et les enduits qu'elle présente. Il faut empêcher sa dessiccation, en engageant souvent les malades à se rincer la bouche avec des liquides mucilagineux émollients ou légèrement astringents, ou en appliquant ces liquides au moyen d'un pinceau. Dès que les premiers symptômes se manifestent, qu'ils soient constitués par de la douleur ou par du gonflement, il faut, par une pression exercée sur la glande et sur son conduit, expulser de celui-ci le produit de sécrétion irritant qu'il contient, et insister sur les conseils que je viens de donner.

En même temps on fera sur la tumeur une application de sangsues, qu'on renouvellera au besoin; on y pratiquera, toutes les trois heures, une friction d'onguent mercuriel et on la couvrira de cataplasmes de farine de lin. J'ai vu souvent la résolution de ces tumeurs s'opérer sous l'influence de ces moyens.

Il est à peine besoin d'ajouter que les excitants souvent employés par les anciens dans le but d'attirer les humeurs et de faire suppurer la glande, afin d'éviter les répercussions et les métastases, sont aussi nuisibles qu'est absurde la théorie qui les a fait recommander.

Il ressort clairement de tout ce qui précède, que la parotidite étant une phlegmasie survenue accidentellement par extension, la résolution est le seul but que le médecin doive s'efforcer d'atteindre.

L'ordre du jour appelle la suite de la discussion sur le choléra.

La parole est à M. Fauvel.

Suite de la discussion sur le choléra.

M. FAUVEL déclare que son intention était tout d'abord de ne pas prendre la parole au sujet de l'épidémie actuelle, pensant qu'il valait mieux agir que discuter. Mais d'une part, la communication de M. Lecadre, et d'autre part, le discours de M. J. Guérin ne lui permettent plus de se taire.

L'orateur commence par rappeler les principaux traits de l'épidémie du Havre. On sait que cette ville a compté, dans le mois

d'août, 110 décès cholériques. Dès le 29 juilet, deux pêcheurs étaient atteints, dont un mourut le 30 juillet. M. Fauvel se rendit au Havre le 16 au soir, et le 17 au matin visitait l'hôpital, où se trouvaient un certain nombre de cholériques. Le soir même, il entrait en conférence avec M. Lecadre, avec son neveu, chargé de visiter les décès, et M. Launay, directeur de la Santé, dans le but de s'entendre sur la question de savoir si l'on avait affaire au choléra asiatique ou au choléra nostras, et sur les mesures à prendre. En raison des troubles qu'auraient amenés dans les opérations commerciales des mesures trop rigoureuses, et vu la moyenne intensité de l'épidémie, nous décidâmes qu'il n'y avait pas lieu de déclarer l'existence du choléra asiatiquo, d'autant mieux que l'importation n'a pu être établie d'une manière précise. Mais, suivant M. Fauvel, il ne s'agit pas moins là d'une importation. En effet, le Havre se trouve en rapports constants avec les pays où règne le choléra. Depuis plus d'un mois, il était entré dans le port du Havre un grand nombre de paquebots venant de Hambourg, où régnait le choléra, et d'où, malgré cela, par fraude, on leur avait délivré des patentes nettes. M. Fauvel est donc assuré que l'origine de l'épidémie du Havre a été un fait d'importation.

Il répond ensuite aux critiques qui ont été faites au sujet des mesures préventives adoptées, et particulièrement des quarantaines.

On a surtout accusé ces mesures de causer de grands troubles dans les opérations commerciales; mais, outre qu'il s'agit d'intérêts sociaux non moins importants que ceux qui regardent le commerce, les mesures adoptées ne sont pas tellement sévères qu'elles puissent justifier les plaintes amères de certains négociants, entre autres de ceux du Havre. On a, d'autre part, cherché à démontrer l'inutilité des quarantaines maritimes alors qo'on laissait subsister les communications par terre. Il est vrai que la quarantaine maritime, alors que la voie de terre est ouverte, n'est pas une garantie absolue; mais elle diminue, dans une forte proportion, les chances d'extension de la maladie. L'interruption complète de toute communication avec les pays infectés pourrait seule donner quelque chose d'approchant d'une garantie absolue; mais il est inutile d'ajouter qu'une pareille mesure serait tout à fait inapplicable. Dans le midi de l'Europe, les quarantaines sont de dix à quarante jours; mais il y a peu de commerce dans ces pays, et la fraude est encouragée par la sévérité même des mesures. Chez nous, les quarantaines varient de trois à sept jours, mais nous y ajoutons des mesures de désinfections.

Dans les ports de la Manche et de l'Océan, les navires restent en observation pendant trois jours, et dans la Méditerranée pendant cinq jours. On porte à sept ce nombre de jours dans les cas où il a été constaté à bord des accidents cholériques. On dira que c'est tout à fait insuffisant; mais il ne faut pas oublier que nous devons compter sur les exigences commerciales. Ajoutons aussi qu'on a recours en même temps à des moyens de désinfection.

Ce ne sont pas là des mesures absolues, pas plus que l'isolement que les médecins demandent actuellement dans les hôpitaux; mais il est incontestable qu'on diminue ainsi le danger. On ne peut pas fermer toutes les portes; on ferme celle sur laquelle on a prise.

De longues quarantaines sont impossibles en France. Les lazarets deviendraient bien vite insuffisants. Le commerce du Havre s'est déjà plaint de ces mesures.

Il n'y a pas de qurantaines en Angleterre, mais toutes provenances des ports contaminés sont l'objet d'une visite rigoureuse. S'il y a des malades, ils sont séquestrés, et on a recours toujours à des moyens d désinfection.

Ces mesures sont plus insuffisantes que les nôtres, mais les exigences commerciales passent par-dessus tout en Angleterre. Quant aux colonies anglaises, chacune d'elles a ses mesures particulières.

M. FAUVEL répond ensuite à M. J. Guérin.

M. Guérin n'a fait que reproduire la doctrine conçue par lui il y a quarante ans, doctrine souvent débattue, souvent réfutée et aujourd'hui universellement rejetée. Il n'apporte pas de nouveaux faits à l'appui; ce sont les mêmes arguments reproduits avec la même ténacité et le même talent. M. Guérin ne tient aucun compte des travaux des autres; c'est ainsi qu'il a négligé les documents de la Conférence sanitaire de Constantinople, les travaux de MM. Briquet, Barth, Besnier; il laisse de côté les faits qui ne lui sont pas favorables ou n'en prend que ce qui peut lui être favorable. C'est ainsi qu'il cite deux faits bien connus dans la science, et qui prouvent surabondamment l'importation, mais que M. Guérin invoque pour prouver la contagion de la diarrhée qui précède le choléra. De même quand il veut prouver que toute épidémie de choléra est précédée d'une constitution médicale diarrhéique prémonitoire, il cite des faits que personne ne conteste et qui sont favorable à cette opinion, il laisse les autres dans l'ombre.

M. Fauvel reconnaît que M. Guérin a rendu un grand service en signalant le premier ou l'un des premiers la diarrhée prémonitoire, c'est-à-dire celle qui précède les attaques durant les épidémies; mais ce n'est pas, comme il le prétend, un phénomène absolument constant.

M. Fauvel analyse ensuite l'opinion de M. Guérin, relativement à l'évolution du choléra, et cherche à démontrer qu'elle est bien loin de la vérité et qu'elle n'est qu'une conception de son esprit, élaborée dans le cabinet et nullement en rapport avec les faits, mais il défend ss cause en très-habile avocat.

Les points fondamentaux de l'étiologie du choléra aujourd'hui acquis à la science sont les suivants :

Maladie exotique, contagieuse, d'origine indienne, ayant fait à plusieurs reprises invasion en Europe, importable d'un point à un autre, uniquement par les pérégrinations humaines et déterminant des épidémies plus ou moins longues et plus ou moins meurtrières qui, une fois éteintes dans un pays, ne s'y reproduisent plus à moins d'une importation nouvelle.

Le fait de l'importation est confirmé par la proposition suivante :

Jamais le choléra à marche envahissante n'a pris naissance sur un point quelconque de l'Europe qui n'avait pas eu de communication avec un autre point où régnait la maladie.

En outre, cette importation n'a lieu que par l'homme, et, ce qui le prouve, c'est que jamais une épidémie de choléra ne s'est propagée d'un point à un autre dans un temps plus court que celui nécessaire à l'homme pour s'y transporter. Enfin, jamais la maladie bénigne désignée sous le nom de choléra nostras, ne prend le caractère envahissant du choléra indien. Toutefois, on ne saurait affirmer qu'un jour le choléra ne deviendra pas endémique en Europe, comme il paraît l'être aujourd'hui dans certaines partiesde la Russie.

M. Fauvel admet le fait de la transmission du choléra par les déjections cholériques, mais il conserve encore des doutes sur la genèse du germe cholérique, et écrit qu'il y a là encore matière à de nouvelles recherches. Quant à l'immunité apparente de certaines localités, il règne encore, sur ce point, bien des obscurités. La science n'a pas dit non plus son dernier mot sur le rôle de l'eau et de l'air comme véhicules du principe morbifique; il en est de même des influences du sol sur les épidémies, étudiées surtout par le docteur Pettenkofer. Mais il y a encore des études bien importantes à faire sur ce sujet.

En terminant, M. Fauvel cherche à démontrer à M. Guérin que les mesures prophylactiques préconisées par les partisans de l'importation, ne sont pas aussi stériles qu'il veut bien le dire, et que celle qu'il recommande avec tant d'insistance, le traitement de la diarrhée prémonitoire, est, depuis longtemps, mise en pratique par ces même partisans de l'importation. A ce sujet, l'auteur dépose sur le bureau l'instruction pour le choléra rédigée en 1871 par le Comité d'hygiène.

Outre les documents si importants qui prouvent la transmission du choléra et qu'il a cités plus haut, M. Fauvel signale à l'attention de M. Guérin un travail récent ayant pour titre : *le Choléra dans les îles*, par le docteur Swart, inspecteur général du service de santé de la marine anglaise. Dans ce travail sont réunis un grand nombre

de faits irréfutables en faveur de la transmission. C'est sur des faits de ce genre qu'il faut établir une doctrine, et non pas sur une pure création de l'imagination. Que M. Guérin examine et discute ces documents; mais il n'y a aucun avantage à discuter, comme il le demande, des arguments et des allégations qui ne reposent que sur des théories de cabinet. La science a mieux à faire qu'à s'attaquer à des fantômes.

M. J. GUÉRIN s'attendait, de la part de M. Fauvel, à un examen sérieux de la doctrine qu'il soutient. Il est tout prêt, pour sa part, à entrer en discussion avec quiconque de ses confrères voudra bien se donner la peine d'examiner les faits qu'il a produits et les arguments qu'il a fait valoir. Mais il ne voit aucun intérêt pour l'Académie à ce qu'il soit répondu à des plaisanteries, quelque spirituelles qu'elles soient d'ailleurs. M. Fauvel se trompe, quand il prétend que, depuis quarante ans, M. Guérin est le seul partisan de la doctrine en question, il oublie que pendant fort longtemps l'Europe tout entière a été d'une opinion toute différente de celle que professe aujourd'hui M. Fauvel, et qu'il prétend être universellement partagée.

Il y a donc là des faits et des opinions qui méritent d'être sérieusement examinés, et pour se convaincre qu'il ne s'agit pas seulement d'un pur produit de l'imagination, M. Fauvel n'a qu'à consulter les nombreux articles publiés par M. Guérin, dans la *Gazette médicale*, dès 1832, alors que, jour et nuit, il consacrait tout son temps à l'étude du choléra, non pas seulement dans son cabinet, mais aussi, et surtout, avec l'aide de l'observation clinique la plus rigoureuse.

La séance est levée à cinq heures.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 16 juillet 1873 (1). — Présidence de M. MAURICE PERRIN.

Les procédés de renversement partiel du nez sont mauvais, parce qu'ils perdent presque tous les avantages d'un large accès vers la base du polype. Ils sont insuffisants, et quand on peut s'en contenter ils ne sont pas nécessaires. Comme beaucoup de demi-moyens, ils font trop ou trop peu.

La méthode que j'ai imaginée a servi de base à tous les procédés exposés depuis 1854, où je l'ai mise en pratique pour la première fois à l'hôpital Lariboisière; ces procédés, par ordre de dates, sont les suivants :

Langenbeck, 1859; Lawrence, 1862; Gosselin, 1865; et après Gosselin, Billroth, Linhart, Ollier, 1866, et enfin Bruns père, 1871 et 1872.

Cette méthode a les avantages que voici : 1° Accès large et facile vers la base d'insertion du polype, en quelque point qu'il prenne son origine; 2° Absence d'hémorrhagie par l'emploi de la chaine à écrasement linéaire; 3° Possibilité de maintenir béante l'ouverture nasale, même pendant plusieurs semaines, pour les besoins de la cautérisation successive si elle était jugée nécessaire; 4° Exécution facile et rapide de l'opération; 5° Cicatrisation linéaire et sans aucune perturbation fonctionnelle; 6° Applicabilité tellement générale à toutes les insertions, implantations connues et possibles du polype, que, dans notre opinion, cette méthode peut dispenser de toutes les autres.

Voici un résumé des opérations faites par M. Bruns père :

OBS. I. — M. S..., 21 ans, s'est aperçu, depuis 1861, que sa narine gauche se bouchait : en 1869 elle était complétement obturée.

Epistaxis répétées ayant amené une anémie très-grave. La narine droite se prend en 1869; la respiration devient difficile; l'audition se trouble, etc., etc.

État du malade : grande pâleur, dilatation du côté gauche du nez par exophthalmie. Point de saillie jugale ni temporale.

La narine gauche est remplie par la tumeur; la droite est oblitérée par le refoulement de la cloison. Le voile du palais fait saillie en avant.

Avec le doigt on peut toucher la tumeur, qui remplit toute la partie gauche de la voûte pharyngienne. Après des essais infructueux faits pour enlever le polype par les voies naturelles, on procède à l'opération. Tout l'appareil nasal est récliné sur le côté, d'après le procédé faussement attribué à M. Bruns père, et qui est le procédé de M. Chassaignac.

Mais voilà qui n'est pas le procédé de M. Chassaignac, c'est avec le *bistouri* et les *ciseaux* que sont excisées les attaches du polype. Aussitôt survient une *violente hémorrhagie*, combattue par le *tamponnement* et la *glace*. Le nez reste récliné sur la face.

Le lendemain seulement on enlève le tamponnement, sans retour de l'hémorrhagie, et l'on a recours (après 24 heures) à la suture du nez remis sur place. Les sutures sont enlevées le quatrième jour.

Au huitième jour la cicatrisation était achevée, et un mois après l'état général du malade était on ne peut plus satisfaisant.

Six mois après (c'est un laps de temps bien court) il n'y avait pas encore de récidive.

OBS. II. — 16 ans. Garçon opéré déjà trois fois par arrachements partiels.

La tumeur, au moment de l'opération, remplissait la narine gauche seule; un peu d'exophthalmie avec épiphora.

L'arrière-cavité est occupée tout entière par la tumeur qui semble avoir son origine au côté gauche de la voûte.

Respiration troublée, anémie, somnolenee, difficultés de la paole et de l'audition.

Résection de la moitié gauche du nez. Petits polypes isolés sur la voûte nasale et la paroi externe; on les enlève avec des ciseaux, puis on essaye d'embrasser la base du polype avec le constricteur (de Charrière), que l'opérateur casse, ce qui l'oblige à recourir aux ciseaux et à la pince de Museux, ce qui le conduit, comme dans le cas précédent, à une *violente hémorrhagie*, qui force à l'emploi du *tamponnement*. Le nez reste relevé au moyen d'un tampon mis entre les bords de la plaie.

Dans les premiers jours l'enfant était faible et déprimé, fièvre peu intense. Le quatrième jour on enlève le tamponnement, et l'on s'aperçoit qu'il était *resté* des *parties* de la tumeur.

Quinze jours après la première opération, le malade était assez remis pour qu'on pût enlever, avec le *galvano-cautère*, un grand nombre de portions du polype de la grosseur d'un haricot, qui se trouvaient insérées sur la voûte du nez et du pharynx.

Une syncope obligea de remettre encore la fin de l'opération, qui eut lieu huit jours plus tard. Cette fois on a enlevé tout ce qui restait sur la base d'implantation, et on la cautérise vigoureusement. Bords de la plaie ravivés, résection d'un liséré d'os nécrosé, et réunion par deux points de suture, vingt et un jours après la première opération.

Après trois jours enlèvement des sutures. La réunion était faite à l'exception d'une longueur de un centimètre et demi, placée sous l'angle interne de l'œil, et qui ne se cicatrisa qu'au bout de quelques semaines. 4 août 1871. Ce polype était purement nasal, il n'avait rien de pharyngien, il est donc classé induement parmi les naso-pharyngiens.

OBS. III. — Garçon de quatorze ans. Tumeur datant de deux ans. Opérations premières par arrachements partiels et par cautérisation après incision du voile du palais.

La tumeur, au moment de l'opération, occupait la narine gauche. Exophthalmie légère à gauche. Fosses temporale et canine un peu soulevées. Saillie du polype, en arrière, au travers du voile du palais fendu. Il y avait des *hémorrhagies abondantes*.

Essai d'électrolyse. Après trente séances de dix minutes chacune, voyant que la tumeur envahissait de plus en plus la cavité, on a recours, le 5 août 1871, à la résection temporaire de la moitié gauche du nez.

---

(1) Suite. — Voir les numéros de 27 et 30 septembre.

Adhérence du polype avec toute la surface interne de la cavité nasale. Séparation des adhérences sur le plancher de la cavité. Introduction d'une *anse de galvano-cautère* sur le plancher et jusque dans l'arrière-cavité, autour du polype, et section par cautérisation des parties étreintes. *Hémorrhagie* assez violente pour obliger *d'arrêter l'opération* et de recourir au *tamponnement* des fosses nasales.

Le 13 août, deuxième opération. Seconde section d'une partie de la tumeur par le couteau galvanique.

Le 15, on enlève le rebord osseux nécrosé. On replace alors la moitié du nez au moyen de trois points de suture, et la réunion a lieu au bout de quelques jours. (*Berliner Klinisch Wochenschrift*, n° 13, mars 1872.)

Ainsi, messieurs, voilà un tableau peint par l'opérateur lui-même, comme donnant le spécimen du point où en est encore la chirurgie allemande sur cette question.

Pour trois malades, huit opérations, tous les sujets, sans exception, atteints d'hémorrhagies obligeant à tamponner et à interrompre l'opération en laissant l'appareil nasal hors de place pendant un jour, douze jours, enfin vingt et un jours, syncope arrêtant court l'opérateur et l'obligeant à une nouvelle remise, anse galvanique donnant lieu à une hémorrhagie abondante ; bris d'un instrument, le constricteur de Charrière, au cours même d'une opération. S'il est possible d'accumuler plus de déceptions, de mécomptes, de situations perplexes et dangereuses, je ne le crois pas. Et voilà comment on perfectionne, en Allemagne, les procédés qu'on enlève aux chirurgiens français.

Avant de terminer cet exposé et de soumettre à la Société les conclusions que je crois devoir en tirer, je la prie de vouloir bien prendre en considération la remarque que voici :

J'ai dit que le reproche de n'avoir pas enlevé la voûte des os propres du nez, dans les deux premières opérations de 1854 et 1855, était un reproche aussi injuste qu'absurde, puisque dans ces deux opérations qui ont précédé celles de tous les chirurgiens qui ont adopté le principe du lambeau nasal cartilagineux et osseux, il m'avait été impossible de reséquer une éminence osseuse que le polype lui-même avait détruite.

Je rappellerai encore que quatre modes différents existent pour exécuter cette partie de l'opération qui consiste à enlever ce que j'ai appelé l'auvent nasal osseux en le laissant à la face interne du lambeau chondro-cutané.

J'exécute ou plutôt je complète ce temps de l'opération par un trait de cisaille sur la portion d'apophyse nasale encore sur place, après la section, au moyen de la scie à chaîne, de la portion osseuse inter-orbitaire et la section maxillaire oblique de l'un des côtés de la voûte osseuse. Maintenant, qu'on fracture la portion restante en la saisissant au moyen d'une pince garnie d'amadou ; qu'on la fasse éclater par un levier inséré dans les sections osseuses transversale et oblique ; qu'on scie ce dernier côté, du dedans au dehors, comme le fait M. Bruns père ; ou du dehors au dedans, et qu'ensuite, pour avoir adopté tel de ces quatre modes d'exécution dans une partie aussi minime de la méthode, on vienne dire : c'est moi qui suis l'inventeur de la réclinaison du nez pour l'ablation des polypes naso-pharyngiens, c'est là une prétention bien ridicule et bien étrange.

D'autant plus étrange que, dans le premier article qui ait été publié sur cette méthode (*Traité des opérations*, t. II, p. , je donne la prescription formelle de laisser *adhérer en manière d'aposkeparnismos*, la voûte nasale maintenue contre la face interne du lambeau ostéo-plastique. (P. 448, § 3 du t. II des *Traité des opérations* et *Traité de l'écrasement*, p. 430.)

(*A suivre.*)

La Société des médecins des bureaux de bienfaisance reprendra ses séances mercredi 8 octobre, à huit heures précises du soir, à la mairie du Louvre, place Saint-Germain-l'Auxerrois.

Ordre du jour : 1° Du service des médecins des bureaux de bienfaisance durant l'épidémie cholérique ; — 2° Rapports sur les maladies régnantes (3e trimestre 1873).

Genèse et étiologie des hémorrhagies utérines, par le docteur Georges Bougon. — In-8°. Prix : 2 fr. 50. — Paris, Adrien Delahaye.

Histoire de la Fève de Calabar, par le docteur Édouard Tison. In-8°. Prix : 2 francs. — Paris, Adrien Delahaye.

Le Directeur : Dr E. Le Sourd.

Paris. — Typographie A. Pougin, quai Voltaire, 13.

N° 115. — SAMEDI 4 OCTOBRE 1873. 46e ANNÉE. SAMEDI 4 OCTOBRE 1873. — N° 115

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Bureaux : 57, rue des Saints-Pères, 57
PRÈS L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix d'abonnement
doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

On s'abonne hors de Paris
dans les bureaux des Messageries et chez les Libraires
Les lettres non affranchies sont refusées.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui n'en peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS
Trois mois. . 8 fr. 50 c.
Six mois. . . 16 —
Un an. . . . 30 —

POUR L'ÉTRANGER le port en sus suivant les derniers tarifs des Postes.

Paris, le 4 octobre 1873.

REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE

Le choléra.

L'épidémie de choléra, toujours circonscrite dans d'étroites limites et semblant, dans ses oscillations, tendre plutôt à diminuer qu'à augmenter comme nombre, continue toutefois à présenter ce caractère particulier qui ne laisse pas que de mériter toute notre sollicitude, c'est la persistance dans la gravité des cas qui maintient la proportion de la mortalité à un chiffre toujours très-élevé, comme on peut le voir par les relevés suivants :

Voici l'état par établissement des malades cholériques admis, sortis et décédés dans les hôpitaux et hospices de Paris pendant la période du 4 au 30 septembre 1873 :

	Admissions de l'ext.	Admissions de l'int.	Total	Sorties	Décès	Total des sort. et des décès	Rest. au soir
Hôtel-Dieu.....	28	34	62	13	36	49	13
Pitié	5	4	9	1	4	5	4
Charité........	12	11	23	2	14	16	7
St.-Antoine....	17	1	18	9	5	14	4
Necker........	12	1	13	4	7	11	2
Beaujon.......	20	20	40	7	29	36	4
Lariboisière...	40	22	62	11	39	50	12
Saint-Louis....	10	10	20	4	15	19	1
Enfants-Mal....	9	»	9	4	1	5	4
Maison de santé.	3	»	3	»	3	3	»
Salpêtrière....	2	»	2	»	3	2	»
Totaux...	158	103	261	55	155	210	51

La situation générale au 1er octobre est la suivante :

Entrés.	Sortis.	Décédés.	Total des décès.	Rest. en trait.
267	57	159	216	51

Le 1er octobre il est entré 4 nouveaux malades du dehors, 2 déclarés à l'intérieur. Sorties 2, décédés 4.

La préoccupation des médecins des hôpitaux, comme on a pu le voir par les comptes rendus de la Société médicale, est moins de rechercher des moyens nouveaux de traitement que de s'attacher, par l'isolement des malades et par divers moyens prophylactiques appropriés, à prévenir le développement et la propagation de la maladie à l'intérieur. Cette préoccupation est justifiée par cette circonstance, déjà signalée dans nos précédentes Revues, que, depuis quelque temps, le plus grand nombre des cas nouveaux provient de l'intérieur. Ainsi, on peut voir par les relevés donnés ci-dessus que sur 261 admissions dans l'ensemble des hôpitaux de Paris, 158 viennent du dehors, et 103 se sont développés dans les salles. La proportion dans les cas intérieurs a surtout augmenté dans la dernière semaine.

Dans la visite que nous avons faite hier à l'Hôtel-Dieu, nous avons vu trois malades nouveaux dans le service des hommes, venant tous trois des services voisins, deux déjà atteints de dothinentérie et le troisième pneumo-phymique. Trois femmes avaient été admises la veille dans le service de M. Moissenet, toutes trois venant également de l'intérieur de l'établissement.

Si l'on ne jugeait de la gravité de la maladie, contrastant en quelque sorte avec le petit nombre de sujets atteints, que par les cas observés dans les hôpitaux, on serait naturellement porté à l'attribuer à cette circonstance que l'influence épidémique s'est appesantie sur des sujets malades, déjà plus ou moins gravement atteints et dénués de toute force de résistance. Cette circonstance contribue à élever la proportion de la mortalité, cela n'est pas douteux ; mais ce n'est pas à elle seule qu'il faut s'en prendre. Les malades venant du dehors et pris en pleine santé d'ailleurs, pour la plupart, payent un tribut presque égal à cette mortalité élevée. Il en est de même pour les malades de la ville où les cas, très-peu nombreux d'ailleurs, donnent une proportion de mortalité plus difficile à apprécier que dans les hôpitaux, sans doute, mais assez élevée encore, si nous en jugeons par la gravité de ceux qu'il nous a été possible de connaître (1).

(1) Chargé d'une enquête sur les cas de décès par le choléra dans deux des plus grands arrondissements de Paris, pendant tout le mois de septembre, j'ai eu l'occasion de constater plusieurs cas très-graves, non pas seulement à en juger par leur issue, mais par la rapidité de leur marche. Ainsi dans une maison j'ai vu le mari et la femme bien portants la veille, enlevés presque à la même heure l'un après dix-huit heures environ et l'autre après douze heures seulement de maladie. Dans une autre maison, trois personnes, la grand'mère, la mère et la fille, ont été atteintes successivement, la grand'mère, femme de quatre-vingts ans, a été enlevée en six heures, la fille, âgée de cinquante-sept ans, prise deux jours après, au retour de l'enterrement de sa mère, est morte en dix-huit heures, et la petite-fille, jeune femme robuste et d'une belle santé qui était venue d'un quartier de Paris très-éloigné, pour soigner sa mère, a été prise également deux jours après ; nous l'avons vue en voie de convalescence. Enfin, dans une troisième maison, une petite-fille de près de huit ans, s'étant couchée bien portant, prise à minuit, est morte le lendemain à midi. Dans aucun de ces cas, sauf chez la grand'mère qui était sujette à des dérangements intestinaux, on n'a pu constater les moindres prodromes.

B...

Quoi qu'il en soit, il y a dans le fait que nous venons de signaler, de quoi expliquer suffisamment cette préférence que les médecins semblent accorder aujourd'hui à l'étude des moyens préventifs.

Déjà dans plusieurs publications récentes, notamment dans le travail si justement remarqué de M. le Dr Blanc, dont nous n'avons encore parlé qu'incidemment et sur lequel nous aurons plus d'une fois l'occasion de revenir (1), cette question a été examinée et on y trouve des exemples nombreux et concluants des bons effets du désencombrement et du déplacement en masse, quand ce déplacement est possible, comme pour les corps de troupes, par exemple, les stations militaires.

Un de nos confrères qui a longtemps exercé dans les hôpitaux militaires d'Afrique, M. le docteur Philippe, de Saint-Mandé, nous écrit à ce sujet la lettre suivante qui nous a paru renfermer des renseignements utiles, à cet égard, en même temps qu'elle montre que cette idée des déplacements en masse et du désencombrement des salles d'hôpitaux n'est pas une idée tout à fait nouvelle.

Voici la lettre que nous écrit M. le docteur Philippe :

« Monsieur le rédacteur en chef,

« Je viens vous prier de vouloir bien recevoir, dans les colonnes de votre estimable journal, quelques réflexions pratiques que m'a suggérées l'épidémie actuelle de choléra.

« Je m'occuperai particulièrement de la prophylaxie, considérée à un point de vue qu'on n'a pas encore abordé dans les travaux récemment publiés.

« Les diverses statistiques qui ont été publiées sur l'épidémie actuelle ont fait la part très-large aux attaques de la maladie dans l'intérieur même des établissements hospitaliers. Ainsi, M. le docteur Besnier (séance du 19 septembre de la Société médicale des hôpitaux), cite l'hôpital Saint-Louis comme ayant présenté, le 29 août, le premier cas de choléra : c'était une femme atteinte d'eczéma, frappée à l'hôpital même.

« Sur 18 personnes affectées dans cet hospice, 6 seulement venaient du dehors.

« A la Charité, on a pu constater les mêmes faits.

« On peut évaluer au quart environ des malades des hôpitaux, la proportion de ceux frappés sur place (2).

« De pareils faits fournissent matière à méditation. Il serait urgent de prendre des mesures pour atténuer au moins, si l'on ne peut faire cesser des résultats aussi fâcheux.

« On insiste, avec raison certainement, sur l'isolement des cholériques comme moyen puissant de prophylaxie; mais il est une autre cause morbifique qu'on néglige : l'encombrement dont les effets sont éminemment nuisibles, comme tout le monde en convient.

« Je crois devoir rappeler ici quelques faits que j'ai observés dans les hôpitaux militaires. Ainsi, pendant l'épidémie de choléra que j'eus à traiter à Batna (province de Constantine), en 1854, en qualité de médecin en chef de l'hôpital, j'avais fait évacuer immédiatement les casernes dans lesquelles on n'avait laissé que le nombre d'hommes strictement nécessaire pour l'exécution du service; les militaires furent transportés à Lambèse.

« Aussitôt que cette mesure eut été prise, la maladie, qui commençait à sévir d'une manière inquiétante, s'atténua immédiatement : les cas d'invasion devinrent rares.

« La forme de l'épidémie était extrêmement grave, l'élément pernicieux étant combiné avec l'élément cholérique.

« Ces mesures répondaient aux exigences de l'isolement; mais voici celles auxquelles j'eus recours pour combattre l'encombrement.

« Il y avait une remarque que j'avais faite et qui fixa l'attention du personnel de l'hôpital, c'est que toutes les fois que dans les divers services, les salles étaient remplies de malades, des cas de choléra se déclaraient immédiatement, même lorsque ces salles ne contenaient aucun cholérique, dans les salles de blessés par exemple. Aussitôt qu'on laissait un certain nombre de lits vacants, les cas de choléra ne se présentaient plus. Cette particularité se reproduisit constamment et à plusieurs reprises, de manière à ce qu'on ne pût pas mettre en doute ce phénomène remarquable.

« Je n'hésitai pas à faire ouvrir de nouvelles salles et à disséminer les malades le plus possible dans les locaux de l'hôpital.

« Cette pratique me réussit parfaitement : les cas développés dans l'intérieur de l'établissement devinrent très-rares.

« Je crois, en conséquence, qu'il serait d'une grande utilité d'appliquer dans les hôpitaux de Paris les mesures hygiéniques que je viens de signaler.

« On pourra objecter que les besoins du service, que le nombreux concours de malades qui se présentent dans les hôpitaux se refusent à ce qu'on élague les salles qu'ils occupent; mais il serait facile de surmonter ces obstacles, en établissant des baraques dans les cours des hospices où on placerait les malades atteints d'affections peu graves.

« On pourrait d'ailleurs donner une grande extension au baraquement, suivant les nécessités. Dans le cas où l'épidémie prendrait un certain développement, il serait utile de créer des baraques-hôpitaux le plus éloignés possibles des centres de population. M. le docteur Fournier a proposé ce dernier système à la Société médicale des hôpitaux ; il me paraît très-rationnel.

« Il concourrait à remédier à l'encombrement dont les effets sont si pernicieux en temps ordinaire, à plus forte raison en temps d'épidémie.

« Puissent les circonstances exceptionnelles dans lesquelles nous nous trouvons, servir d'enseignement pour l'application *permanente* de mesures hygiéniques, qui rendraient le séjour des hôpitaux beaucoup plus utile, en prévenant les conséquences fâcheuses de l'entassement des malades dans les salles !

« Agréez, monsieur le rédacteur en chef, etc.

« Philippe. »

Nous ne pouvons, pour notre part, d'accord avec notre confrère, qu'appuyer la proposition qui a été faite à la Société médicale des hôpitaux d'isoler les services de cholériques d'une manière beaucoup moins illusoire qu'on ne l'a fait jusqu'ici, et d'assigner désormais, pour les soins à donner aux malades atteints par l'épidémie, des locaux spéciaux, ce qui aurait le double avantage de prévenir le développement et la propagation de la maladie dans les services communs et de faciliter l'exécution des mesures hygiéniques et préventives reconnues généralement utiles aujourd'hui, notamment celles qui sont relatives à la désinfection immédiate sur place et à l'enfouissement des produits des déjections cholériques.

Rien de nouveau ne nous est signalé jusqu'à présent comme moyen de traitement. Nous ne pouvons considérer comme nouveau ni l'usage du sulfure préconisé par M. Hayem, qui a été largement expérimenté dans le temps par M. Serres et ses élèves à l'hôpital de la Pitié, ni les injections veineuses qui datent de l'épidémie de 1866, et dont M. Beaumetz a repris l'expérimentation. — Nous n'en tiendrons pas moins nos lecteurs au courant des résultats qui seront obtenus.

— Une réclamation nous est adressée à propos de la note de M. le docteur Groussin (de Bellevue), relative à l'emploi des injections hypodermiques dans le traitement du choléra. On nous écrit que le conseil est bon, mais qu'il n'est pas nouveau et

(1) *Des moyens de prévenir et de traiter le choléra, etc.*, par M. le docteur H. Blanc, chirurgien-major de l'armée de S. M. Britannique. Brochure in-8°. — Paris, 1874, chez Germer Baillière.

(2) Cette évaluation est au-dessous de la vérité, comme on a pu le voir plus haut.

qu'il est décrit tout au long dans le *Traité de pathologie interne* de M. le docteur Jaccoud (t. II, p. 118, 2e édit.). Nous n'aurons garde d'y contredire, mais nous n'avons eu nullement la prétention de donner comme nouvelle la méthode des injections hypodermiques, que M. Groussin, pas plus que M. Jaccoud, n'a le droit de revendiquer. Nous avons voulu seulement faire connaître une application heureuse qui prouve que le conseil est bon, en effet. C'est tout.

Les développements qu'ont pris aujourd'hui nos informations sur le choléra nous obligent à renvoyer pour une autre Revue plusieurs communications sur d'autres sujets, et entre autres une lettre au sujet des deux articles que nous avons consacrés à l'exposé de M. Hamdy sur les effets physiologiques et thérapeutiques de la propylamine.

Dr B...

A PROPOS DE LA SYPHILIS HÉRÉDITAIRE

par le docteur GINGEOT,
ancien interne des Hôpitaux de Paris.

Qu'un fœtus puisse être atteint d'emblée de la syphilis constitutionnelle quand sa mère est infectée, c'est là un fait malheureusement fréquent, et qui n'est douteux pour personne. Qu'un père syphilitique puisse être la cause de l'infection congénitale de son enfant, nul ne s'avisera de le nier. Mais les divergences commencent dès qu'il s'agit d'expliquer l'influence nocive du père ; celui-ci peut-il engendrer directement un produit syphilitique sans que la mère ait part à la contagion, ou bien n'agit-il jamais que d'une façon médiate, par voie d'infection de la femme qu'il a fécondée ? A lire certains auteurs, on croirait la question pleinement résolue ; mais il suffit de poursuivre ses recherches pour trouver la thèse contraire défendue par des hommes non moins compétents que leurs antagonistes. Je n'entreprendrai pas d'énumérer tous ceux qui ont soutenu l'une ou l'autre opinion ; qu'il me suffise de rappeler que Bertin, Trousseau, Diday, Cazenave, Bassereau, Depaul, Emile Vidal, Rollet, ont cru que l'influence du père peut s'exercer immédiatement sur le fœtus, tandis que Vassal, Cullerier, Bouchut, Notta, Follin, Charrier, considèrent l'injection maternelle comme intermédiaire probablement indispensable. La question a été soulevée dernièrement à la Société de médecine de Paris, dans le cours d'un débat sur la syphilis vaccinale (voir la *Gazette des Hôpitaux* des 9 et 23 août) ; M. Aimé Martin s'est fait l'avocat de l'influence paternelle immédiate, et M. Delpeuch l'a soutenu en racontant un fait tiré de sa pratique ; M. Charrier, comme on devait s'y attendre, a parlé en sens opposé ; M. Guibout a mis en relief la difficulté du problème ; et, somme toute, le résultat de cette petite discussion a été de montrer l'incertitude qui règne encore dans les esprits sur la matière. Des faits nouveaux pouvant seuls ébranler les convictions et favoriser l'accord, il est, sans doute, opportun que ceux qui en possèdent d'inédits les fassent connaître, et, pour ma part, je me permettrai de publier le suivant, que j'ai recueilli en 1865 :

J'étais allé passer quelque temps à Londres, et j'assistais, le 27 juin, à la consultation du docteur Routh, au Samaritan Free Hospital. Parmi les malades qui défilèrent sous nos yeux figurait une petite fille de quatre mois, dont le mal avait débuté un mois après sa naissance. Une éruption s'était développée au pourtour de la vulve et de l'anus, au pénil, et à la partie interne et supérieure des cuisses. Le docteur Routh, consulté alors, reconnut les plaques muqueuses les mieux caractérisées ; il prescrivit des frictions mercurielles sur les membres inférieurs de l'enfant, et fit prendre de l'iodure de potassium à la mère, qui la nourrissait. Grâce à ce traitement mixte, les accidents ne tardèrent pas à s'amender, et, le jour où je vis la petite malade à l'hôpital, elle n'offrait plus, sur les points précités, que quelques taches rougeâtres, derniers vestiges des plaques muqueuses guéries ; l'état général était fort bon et la mine excellente.

Voilà pour la fille. J'arrive maintenant à la mère.

Celle-ci, âgée de vingt-cinq ans, mariée, sans profession, présentait les apparences d'une constitution robuste. Ordinairement bien réglée, ne connaissant les flueurs blanches que de nom, elle avait été deux fois enceinte, et son premier enfant, âgé de deux ans et deux mois, du même sexe que le deuxième, s'était toujours bien porté. Ayant questionné cette femme sur ses antécédents, elle m'assura n'avoir jamais été sérieusement indisposée de sa vie. Je me livrai alors, avec son assentiment et celui du chef de service, à une enquête minutieuse, qui ne me révéla, ni dans l'état actuel, ni dans les commémoratifs, aucun signe, aucune circonstance, d'où je pusse conclure qu'elle eût contracté la syphilis. Parties génitales saines, jamais d'érosion, jamais d'écoulement ; point d'éruption cutanée, cuir chevelu intact, chevelure abondante ; pas d'angine ; pas d'engorgement ganglionnaire. Vainement j'examine, vainement j'insiste pour obtenir l'aveu d'un commémoratif suspect, il m'est impossible de rien découvrir qui puisse faire croire à une vérole passée ou présente. Je demande alors des renseignements sur le mari, et tout ce que je puis apprendre, c'est que cet homme, dont la conduite est peu régulière, a présenté une éruption étendue de taches rouges qui auraient, paraît-il, disparu spontanément ; ceci se passait en 1864, vers le début de l'été, c'est-à-dire à l'époque où dut commencer la dernière grossesse.

Malgré le vague de ce dernier renseignement, les différentes parties de l'observation me semblent se compléter assez l'une l'autre pour qu'il en sorte une lumière suffisante. Trois points essentiels sont à considérer : 1° la syphilis congénitale de l'enfant ; 2° l'intégrité de la mère ; 3° l'état syphilitique du père.

Le premier de ces trois points me paraît incontestable. En est-il de même du second ; Dans la discussion mentionnée plus haut, M. Guibout a rappelé fort justement combien il est parfois difficile de constater la vérole chez une femme ; outre que les manifestations caractéristiques sont souvent très-légères, elles peuvent avoir disparu à l'époque où l'examen est pratiqué. Aussi, en dépit du soin que j'y apportai, je me défierais de la valeur de mon enquête si elle n'était corroborée par la circonstance que voici : Le docteur Routh connaît et soigne depuis de longues années la femme en question, qu'il regarde comme honnête et digne de confiance ; il n'a pas été moins frappé que moi par la coïncidence d'une bonne santé chez la mère avec une affection syphilitique chez l'enfant ; si mes investigations n'ont pu durer que quelques minutes, les siennes ont été faites à loisir ; or le résultat des unes et des autres a été le même.

Quant au troisième point, je me trompe fort si l'authenticité des deux premiers ne le rend pas authentique à son tour. La vérole congénitale étant admise chez l'enfant, la santé de la mère n'ayant jamais été entamée, comment ne pas voir dans l'éruption présentée par le père, juste à l'époque de la dernière fécondation, le signe révélateur d'une syphilis dont celle du fœtus a été la conséquence directe ?

Notons incidemment que la mère n'a pas été infectée par son fruit, circonstance favorable à l'opinion de ceux qui, avec Maisonneuve, Montanier, Follin, doutent que pareille infection ait jamais eu lieu. Comme, d'autre part, des cas positifs ont été

rapportés par des auteurs dignes de foi, tout ce qu'on peut dire, c'est que la production du phénomène n'est pas constante.

En résumé, si l'observation qui précède ne détruit pas les faits en apparence contraires, et que je crois seulement différents, il me semble qu'elle tend néanmoins à confirmer la doctrine suivant laquelle un enfant né d'un père syphilitique peut être atteint de syphilis congénitale, bien que sa mère ait échappé à la contamination. Raisonnant *à priori*, je ne vois aucun obstacle à ce que l'influence paternelle s'exerce tantôt médiatement, tantôt directement, selon les sujets, et l'expérience me porte à penser que ce dernier mode est plus qu'une simple hypothèse.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 16 juillet 1873 (1). — Présidence de M. MAURICE PERRIN.

Mais, messieurs, j'en rougis pour cette sainte ignorance qui, en pleine Académie des sciences, a été si énergiquement signalée par M. Sainte-Claire Deville comme l'une des causes de nos désastres. Serai-je obligé d'expliquer à des chirurgiens ce que veut dire ce mot *Aposkeparnismos*, tout hérissé de grec, j'en suis fâché; mais enfin, si je m'en suis servi pour peindre, par une seule expression, l'idée saisissante et fondamentale de la résection dite *temporaire*, toujours est-il que le fait important et capital de laisser la pièce osseuse dont le lambeau est formulé d'une manière absolue par cette expression que je n'ai nullement inventée, mais qui n'a pas eu la bonne fortune d'être comprise par plusieurs de mes contemporains.

Je vais donc redire, non pas pour mes collègues, cela est bien entendu, mais pour ceux qui, renonçant au prestige de la langue d'Homère, ont soigneusement banni de leurs études l'idiome grec, je vais leur dire ce que leur dit l'un des plus illustres représentants de la science française, M. Littré. Voici, page 97 de son édition de Nysten, de 1858, avec notre éminent professeur Ch. Robin :

APOSKEPARNISMOS, *sing. masc.*

(APOSKÉPARNISMUS), de ἀπὸ, indiquant ablation, et (σκεπαρνισμον) *dolcire*, plaie oblique du crâne faite par un instrument tranchant qui a agi en dédolant, et dans laquelle *une pièce d'os* a été entièrement détachée (j'ajoute *détachée de l'os avec le lambeau.*)

J'avoue que je suis curieux de savoir par quelle subtilité de sophiste on me prouvera que je n'ai pas désigné par là la conservation par adhérence à la face interne d'un lambeau tégumentaire d'une pièce osseuse qui est représentée par l'éminence nasale osseuse.

Et parce que j'ai eu la malchance d'employer ce mot qui évite une périphrase et qui peint parfaitement ma pensée dans l'indication d'une résection qui a été dite *temporaire* et qui, dans le cas de réapplication immédiate, n'est qu'une résection momentanée, vous pouvez me punir, m'obliger à prononcer le *barbarus his ego sum quia non intelligor illis* et me faire expier la liberté grande que j'ai prise d'avoir représenté par une image l'idée rigoureusement vraie d'un lambeau qu'on réapplique séance tenante, armé de son écaille osseuse intérieure.

Je ne me crois pas appelé à l'honneur d'avoir des textes discutés par les Saumaise de l'avenir, mais si jamais cela, par impossible, arrivait, je ne crois pas que ceux qui ont trouvé dans Celse la taille bilatérale, vinssent à me contester d'avoir dit le premier et avant tout autre chirurgien qu'il fallait faire des aposképarnismos pour ne pas perdre sans utilité une mince portion du squelette, qu'il fallait la laisser adhérente et la réappliquer sur-le-champ.

S'il y a ici en matière d'opérations préliminaires quelqu'un qui soit le véritable inventeur du procédé des résections préparatoires, appelez-les temporaires, momentanées ou autrement, c'est celui qui a dit : il faut laisser la pièce osseuse adhérente à la face interne du lambeau tégumentaire pour la replacer avec lui.

Mais voyons, est-ce qu'on a trouvé le moyen de diviser en trois ou quatre portions une idée pour qu'il soit permis de s'y tailler un tiers ou un quart de propriété? J'exprime en 1856 l'idée de laisser adhérer une pièce osseuse à un lambeau que je prescris de réappliquer, une fois l'extirpation faite, et parce que M. tel détachera la pièce osseuse avec des pinces, M. tel avec des cisailles, M. tel avec la scie; chacun de ces inventeurs à la suite va se vanter que c'est à lui qu'il faut rapporter l'honneur d'avoir créé le procédé de l'adhérence volontaire et préméditée d'une pièce osseuse qu'on réapplique, ce qui, en somme, est toute l'invention de ce qu'on a appelé la résection temporaire.

Conclusions :

1° Les méthodes destinées à l'ablation des polypes naso-pharyngiens doivent satisfaire avant tout à deux indications opératoires importantes, ouvrir un accès large et facile : 1° sur l'implantation originelle du polype; 2° sur tous les embranchements de celui-ci.

2° La cautérisation sous toutes ses formes, la ligature, la section simple du voile du palais sont insuffisantes pour l'ablation du polype.

3° L'ablation totale du maxillaire supérieur doit être rejetée; elle comporte une mutilation disproportionnée et dès lors inutile, eu égard au but à atteindre.

4° La destruction du plancher de l'orbite est chose superflue et dès lors condamnable comme moyen d'arriver au but.

5° J'ai démontré que par le seul sacrifice du demi-plateau de la voûte palatine on peut avoir toute l'étendue d'action nécessaire pour les ablations de tumeur les plus difficiles dans la partie la plus élevée du pharnyx.

Le procédé du lambeau nasal osseux et cutané qui date cliniquement de 1854 et 1855 permet l'application facile de toutes les méthodes d'éradication du polype.

6° Le fait vraiment capital et noté par les meilleurs chirurgiens de la fréquence et de l'extrême gravité des hémorrhagies dans l'ablation des polypes naso-pharyngiens légitime parfaitement l'emploi de l'écrasement linéaire; un nouveau danger s'est révélé, c'est la rupture de la base du crâne entraînant dans deux cas une méningite mortelle qui eût été sûrement évitée par l'usage de la chaîne.

7° A part son danger immédiat qui va jusqu'à causer la mort séance tenante, comme il en a été cité trois cas à la Société de chirurgie, l'hémorrhagie est rendue particulièrement dangereuse en ce qu'elle frappe un sujet anémique toujours et parfois complétement cachectique.

8° Les deux premières opérations qui aient été faites par la méthode du lambeau nasal réappliqué, datent l'une du 29 janvier 1854, l'autre du 19 mars 1855, *Traité de l'écrasement linéaire*, 1856. Bien des années par conséquent avant que MM. Bœckel (1863) et M. Bruns (1872) aient publié une seule ligne sur la question.

9° Si dans le but de conserver un accès facile pour la cautérisation et la destruction radicale du pédicule du polype on laissait le lambeau nasal à l'état de réclinaison pendant douze et vingt et un jours, il est démontré que la réapplication de ce lambeau n'est nullement compromise, du moins à un peu de difformité près.

De l'opération des fibromes naso-pharyngiens, au moyen de l'abaissement du nez par l'ostéotomie verticale et bilatérale de la charpente de cet organe. — M. OLLIER. Je vous prie de m'excuser si je demande la parole pour prendre part à une discussion que je ne savais pas à l'ordre du jour de la Société, la publication des comptes rendus ne nous renseignant en province qu'au bout de plusieurs semaines sur ce qui se passe dans vos séances. Mais, quelque ignorant que je sois des incidents de la discussion, je ne risque pas de répéter ce qui a été dit, puisque personne jusqu'ici, avant M. Chassaignac que je viens d'entendre, ne

(1) Suite. — Voir les numéros de 27 30 septembre et 2 octobre.

s'est occupé de la voie nasale comme moyen d'atteindre et d'extirper les polypes naso-pharyngiens.

Ceux de nos collègues qui ont pris la parole se sont montrés surtout partisans de la voie palatine, et vous en ont fait valoir les avantages. Je ne viens pas faire le procès à cette méthode, qui a un avantage sur les autres voies, celle de laisser une ouverture pour surveiller le polype; mais comme cette ouverture accidentelle a des inconvénients majeurs qu'on ne peut pas contester, je lui préfère la voie nasale qui, en permettant une extraction plus complète du polype, me paraît rendre inutile la persistance d'une ouverture permanente pour surveiller la base d'implantation de la tumeur.

Je n'ai pas à entrer dans la discussion historique que vient de soulever M. Chassaignac. Mon procédé date de 1864, il est postérieur à plusieurs autres, qui avaient pour but d'atteindre le polype par la même voie, mais il en diffère tellement par le manuel opératoire qu'il ne peut y avoir de discussion sur ce point.

J'ai exposé ce procédé devant vous en 1866, mais je n'avais alors qu'un petit nombre de faits à citer; aujourd'hui ces faits se sont multipliés, et forment un ensemble d'où je pourrais tirer des conclusions plus démonstratives.

Mon procédé consiste dans l'abaissement du nez, de haut en bas. Le premier temps est une incision de la peau en forme de fer à cheval, commençant en arrière de l'aile du nez à droite, remontant vers la racine du nez, aboutissant au point le plus postérieur de la dépression fronto-nasale, et redescendant à gauche vers la partie postérieure de l'aile du nez, en un point correspondant à celui du départ de l'incision à droite. Cette incision terminée, et elle doit aller du premier coup jusqu'à l'os, on prend une scie à lame étroite, et l'on sectionne rapidement la charpente du nez dans le sens de l'incision cutanée. Le nez est ainsi abaissé par une ostéotomie verticale et bilatérale de sa charpente. Les deux fosses nasales sont ouvertes simultanément et le nez abaissé, mais tenant par trois points, qui assurent sa vitalité, on a devant soi une large voie pour atteindre le polype.

Cette opération préliminaire est de la plus grande simplicité : une incision avec trait de scie la constituera. Elle est facile, prompte et sans danger aucun. Et quoiqu'on mobilise la cloison et les ailes par des coups de ciseaux suplémentaires, si l'on veut avoir plus de jour, on ne s'expose pas à la mortification de l'organe, la cloison et la partie adhérente des ailes lui fournissant tous les éléments nécessaires à sa nutrition.

Cette opération ne laisse qu'une cicatrice linéaire, qui s'efface de plus en plus, et qui au bout de deux ou trois ans est à peine apparente. Elle est tellement simple qu'on peut la refaire plusieurs fois chez le même sujet sans occasionner de nouveaux désordres, dans le cas où le polype récidive. Le nez se ressoude par un cal osseux qui est solide au bout d'une vingtaine de jours; la peau se réunit par première intention, et au bout de cinq ou six jours on enlève tous les points de suture. C'est donc là le type d'une opération simple. Voyons si elle a autant d'efficacité que de simplicité.

Quand on la pratique sur un cadavre, et qu'on choisit des sujets à nez étroit, il semble qu'on doive être gêné dans les manœuvres d'extraction du polype; mais si l'on mobilise la cloison de manière à la rejeter ou à droite ou à gauche, on a déjà la facilité d'atteindre l'apophyse basilaire avec le doigt, ce qui se fera mieux encore si l'on resèque les cornets pour agrandir la voie. Mais sur le vivant, dans les cas de polype, il en est autrement; le fibrome en émettant ses prolongements antérieurs élargira la voie, et l'opération donne beaucoup plus de jour que ne le ferait supposer sa répétition sur le cadavre de certains sujets.

Cette voie ouverte, j'explore l'implantation du polype au moyen de deux doigts : l'un introduit par l'ouverture artificielle, et l'autre par la bouche. Cette exploration faite, je procède à l'arrachement du polype, que j'exécute avec de fortes pinces à plateau armé de dents, que j'ai fait construire par M. Mathieu; je procède avec rapidité afin de dominer l'hémorrhagie, que j'arrête au besoin par de petites éponges imbibées d'eau de Pagliari glacée. Cet arrachement est généralement laborieux, à cause de la solidité de l'implantation du fibrome, à cause de ses prolongements qui peuvent se produire dans toutes les directions; mais malgré cela aucun autre procédé d'extraction ne peut lui être comparable. Je repousse l'écrasement et l'excision : le premier parce qu'il est inapplicable en tant que moyen d'ablation totale; le second parce qu'il expose beaucoup plus que l'arrachement à l'hémorrhagie. L'écraseur est inapplicable parce que, quelque soin que l'on prenne, on laisse toujours derrière l'autre une partie de pédicule qui reproduira bientôt la tumeur, à moins qu'on ne l'enlève par arrachement, c'est-à-dire en faisant une nouvelle opération, qu'il est plus rationnel de faire d'emblée.

Le polype enlevé et l'hémorrhagie arrêtée par un tamponnement de quelques instants, j'explore la base d'implantation, et je rugine l'apophyse basilaire avec une sonde rugine courbe, si des portions de fibrome restent adhérentes à cette apophyse.

(A suivre.)

LETTRE

Sur l'élément buccal dans la fièvre typhoïde et l'heureuse influence des gargarismes acidulés fréquemment répétés (1).

CONDITIONS DU TRAITEMENT

A M. le docteur Lesourd, etc.,

Mon cher confrère,

Après avoir montré précédemment comment, dans le traitement de la fièvre typhoïde, les conditions pouvaient différer, selon les milieux dans lesquels on pratique, d'un côté à domicile, d'autres côtés dans un hôpital ou civil ou militaire, je dois maintenant faire connaître certaines variations de nature autre tenant à la maladie elle-même, eu égard à la période à laquelle on rencontre celle-ci, et aussi selon les différences de sa marche. Je n'ai jamais prétendu que la fièvre typhoïde serait uniquement une affection de la bouche et du nez. J'ai seulement avancé que les lésions des muqueuses buccale et nasale constituaient un élément important, un élément très important de l'affection, et en m'exprimant ainsi, j'ai reconnu par cela même que, concomitamment, il pouvait y avoir lieu de traiter divers autres éléments morbides. Et maintenant je suis amené à dire comment je procède dans les circonstances variées qui peuvent se présenter, afin que dans les essais qui seraient tentés par autrui, l'expérimentation se fasse dans des conditions identiques.

Pour l'intelligence de ce qui va suivre, rappelons une remarquable observation établie dans Niemeyer, à savoir que dans la période d'adynamie de la fièvre typhoïde, alors que le malade est dans une profonde stupeur, si on lui lave soigneusement les lèvres et la langue, recouverte de fuliginosités, on le tire de sa torpeur instantanément, au point qu'il témoigne sa reconnaissance à la personne qui lui rend ce service, remarque juste et que chacun peut vérifier. Eh bien, il ne faut pas attendre l'avénement de cet état déplorable pour instituer la médication, et c'est dès le début qu'on doit l'établir. Si dès les premiers jours de la maladie on nettoie la langue et les lèvres des saburres qui s'y sont établies, on évite toutes fuliginosités ultérieures. Saburres du début et fuliginosités finales, manifestations successives d'un même processus morbide. Cela dit, j'arrive aux détails divers de la médication.

1° *Période initiale d'embarras gastrique et période du premier septenaire.* — J'ai déjà eu l'occasion de dire qu'à ces moments de l'affection, il importe d'appeler l'attention des malades sur les mauvaises odeurs qu'ils ressentent dans la bouche et les narines, leur déclarer nettement qu'il y a là quelque chose qui les empoisonne et dont ils doivent chercher à se délivrer par des lotions incessantes. A cet effet, on leur prescrira la solution des gargarismes acidulés (par 200 grammes de décoction d'orge, 30 grammes de mellite et 25 grammes de vinaigre), et cette solution doit être mise

---

(1) Voir les numéros des 3 et 31 juillet 1873.

à leur disposition en *quantité illimitée*. Qu'ls se gargarisent le plus fréquemment possible, que simultanément chaque fois ils se rincent la bouche et aussi qu'ils hument le liquide le plus haut possible dans les deux narines. Ajoutons que cette pratique doit être continuée pendant le cours de la maladie, de sorte que la langue ne doit jamais être sèche. Une fois qu'un malade a pris l'habitude de ces opérations, il y revient de lui-même, au point qu'un jour j'ai dû réprimer le renouvellement trop fréquent des lotions, le sujet n'en dormant point, résistant, à cause de cela, la nuit au sommeil. Mon ami Willemin (de Vichy), assistait à ma visite lors de cet incident.

Est-il besoin de dire que les infirmiers doivent assister les malades dans ces opérations un peu pénibles, les aider à s'asseoir dans le lit, les soutenir, et, en cas d'adynamie, s'ingénier à nettoyer eux-mêmes la bouche et les narines.

2° *Douleur dans la fosse iliaque droite.* — Quand un fébricitant m'arrivait du cinquième au septième jour, ayant une forte fièvre (à la visite du matin, 39°, 40°, 40°,6, chiffres relevés dans mes observations), avec un état typhoïde déjà prononcé et aussi une vive sensibilité à la palpation de la fosse iliaque droite, je faisais mettre six ventouses scarifiées sur le ventre, petite émission sanguine que je renouvelais au besoin une seconde fois dans le cours des quarante-huit heures, et je ne tardais pas à prescrire sur la région abdominale, pendant quelques jours, des frictions mercurielles, appliquées matin et soir, en même temps que des cataplasmes. De cette manière, la douleur disparaissait complétement. Notons que, dans nos hôpitaux militaires, ces ventouses étaient pratiquées avec un scarificateur, procédé par lequel on soustrait une quantité de sang plus grande qu'avec l'instrument à ressort.

3° *Examen quotidien de la fosse iliaque droite au point de vue du gargouillement, non pas pour le diagnostic, mais comme indication thérapeutique.* — J'attache une importance extrême à la constatation journalière de l'état des choses sous ce rapport, et voici pourquoi. Selon moi, la présence du gargouillement est un effet de la stagnation des liquides intestinaux qui se décomposent sur place, et de là le dégagement des gaz qu'on fait crépiter à la palpation; or, ces gaz pouvant devenir d'un moment à l'autre très-abondants, constituent la grave complication connue sous le nom de *météorisme*. J'ai vu deux fois, dans la pratique d'autrui, ce dernier accident survenir à la suite d'une administration malencontreuse d'opiacés qui, en suspendant le cours des selles, en ont favorisé la stagnation et la putréfaction intra-abdominale. Il y a plus, ces liquides en fermentation deviennent âcres et creusent davantage les ulcérations existantes. Il y a donc double indication pour veiller au cours régulier des selles. A cet effet, je débute, chez l'adulte, par une bouteille d'eau de Sedlitz, à 40 grammes, et, les jours suivants, je reviens à ce sel par verrées, toutes les fois que je constate le gargouillement. Quand ce symptôme fait défaut les purgatifs sont à mon avis inutiles. C'est seulement dans le cas d'une diarrhée très-abondante et affaiblissant sensiblement le malade que je réprime cette sécrétion au moyen du bismuth.

4° *Alimentation et emploi des toniques.* — Avec les lotions buccales faites à temps, la langue se nettoie de ses saburres dans l'espace de deux à trois jours, et en même temps l'appétit se réveille; dès lors, je prescris du bouillon, d'abord quelques cuillerées, ensuite journellement davantage, et enfin des laits sucrés et des biscuits à y tremper. Ce mode d'alimentation suffisant aux malades qui s'en contentent, j'évite toute nourriture substantielle qui ne pourrait que contrarier la cicatrisation des ulcérations intestinales. Quant aux toniques, je me borne à donner du vin rouge, mais seulement dans la tisane, en quantité graduellement augmentée ou diminuée, selon que se comporte la fièvre, dont le degré est constaté matin et soir par le thermomètre.

5° Pendant la période de décroissance obtenue par la médication, il arrive parfois que le malade, chez lequel la veille les facultés intellectuelles avaient eu leur intégrité parfaite, se trouve comme délirant à la visite du matin, parlant, par exemple, de chevaux et voitures, ou bien de visites imaginaires de parents venus pour l'emmener de l'hôpital, détails relevés dans mes observations. Qu'on ne s'y trompe point, il n'y a pas là délire proprement dit, mais seulement persistance d'idées conçues la nuit dans un rêve. Dans cette occurrence, il importe grandement de désillusionner le malade, qui, du reste, entend facilement raison. Autrement, si on le laisse avec son idée et qu'un nouveau sommeil arrive là-dessus, ce qui n'était d'abord qu'une suite de rêve pourrait devenir une hallucination fixe. Je ne quitte jamais le sujet sans l'avoir détrompé, petit détail de pratique auquel j'ai été conduit par le fait suivant, observé non dans la fièvre typhoïde, mais dans un cas de typhus pétéchial.

C'était en 1859, à Phalsbourg. Une épidémie de typhus, importée par une famille de Bohémiens à Luzelbourg, commune voisine, y faisait de grands ravages, et le médecin cantonal, M. X..., fut lui-même atteint. Me trouvant alors à l'hôpital militaire de Phalsbourg, c'est moi qui l'ai soigné. La maladie parcourut ses terribles phases, mais notre confrère étant arrivé enfin à la convalescence, quand le moment fut venu pour lui de se lever, et que sa femme lui eut apporté des vêtements, voici qu'il demanda tout à coup les habits de médecin militaire avec la croix qui devait y être attachée. Quand je serai vêtu, ajouta-t-il, on me cherchera aussi le numéro du *Moniteur*, afin que j'y lise le décret de l'empereur qui m'a gratifié de 30,000 francs. On comprend la surprise de la famille qui s'efforce de détromper le pauvre halluciné. Celui-ci s'irrite, s'emporte et devient menaçant, et on m'appelle en toute hâte, et j'ai avec le confrère le petit colloque suivant :

— Vous vous rappelez que vous êtes médecin cantonal? — Oui. — Le typhus a sévi à Luzelbourg, et en vous dévouant auprès des malades, vous avez contracté l'affection? — Oui. — Vous savez également que, dans cette maladie, on fait des rêves et que la convalescence venue, l'illusion peut en persister? — Oui. — Eh bien, je vous déclare que toutes vos suppositions ne s'appuient que sur un de ces rêves, et si vous ne vous chassez point ces illusions de l'esprit, eu égard à vos menaces, je serai forcé de vous faire conduire à l'asile spécial de Stephansfeld! Je vous donne dix minutes de réflexion.

Cette conclusion inattendue du dialogue atterra mon homme, et je me rendis dans une pièce voisine, attendre l'effet de la douche morale. Alors, notre confrère fit revenir auprès de lui sa femme, exigea d'elle un serment sur la réalité des choses, et c'est seulement après qu'elle eut ainsi juré solennellement, qu'il se mit à pleurer et reconnut son erreur. Revenu à mon tour auprès de lui, je le vis me tendant les deux mains et riant à travers ses larmes: — Comme j'étais fou! me dit-il. Notre confrère se rétablit dès lors sans nouvel incident. Aujourd'hui, il ne vit plus, ayant succombé deux ans plus tard à une autre affection. C'est ce fait qui a attiré mon attention sur la manière dont le délire s'établit souvent dans les fièvres graves, et sur la nécessité de désillusionner les malades de leurs rêves, dès le début des hallucinations.

6° Dans la vérification de ma pratique, je demande instamment qu'on n'intervienne avec aucun médicament actif: ni sulfate de quinine, ni digitale, ni même simplement de kermès. Je ne prétends nullement que l'un ou l'autre de ces remèdes ne puisse avoir parfois son application, je voudrais seulement que l'expérimentation par moi réclamée ne soit point troublée par des complications pharmaceutiques.

7° *Accidents pectoraux.* — L'emploi des gargarismes forçant le malade à s'asseoir à chaque instant dans son lit, il importe tout d'abord d'éviter autour de lui les courants d'air. Quand les bruits sibilants du cinquième jour menacent de dégénérer en bronchite sérieuse, je diminue la quantité de vinaigre dans les gargarismes, en prescrivant simultanément des gargarismes émollients, et les infirmiers mélangent les uns avec les autres. Contrairement à ce que l'on pourrait croire, c'est seulement dans des cas rares que j'ai été amené à modifier ainsi la médication, et cela se comprend. Les sujets s'asseyant fréquemment dans le lit, on évite de cette manière la *prolongation du décubitus dorsal* qui dispose si déplora-

blement à l'engouement pulmonaire. L'accident pectoral véritablement grave, c'est, comme chacun sait, l'*hépatisation pulmonaire survenant de bonne heure.* Je crois, sans avoir des preuves à fournir à ce sujet, que dans ce cas, il faudrait revenir aux saignées générales qui, ayant été si longtemps employées par M. Bouillaud, ne peuvent pas avoir les inconvénients qu'on se plaît à leur attribuer. N'oublions pas que dans l'hépatisation des poumons, le sang est figé dans les mailles de l'organe, et pour que ce sang puisse être resorbé, besoin est qu'il devienne d'abord séreux. A l'occasion, et l'emploi de l'émétique étant contre-indiqué par les ulcérations intestinales, je n'hésiterai pas à recourir à un énergique traitement *antiphlogistique* et concurremment aux mercuriaux.

8° *Forme d'emblée cérébrale et spinale.* — Ici encore, mon expérience n'est pas faite, mais je pense également que les antiphlogistiques, ventouses en grand nombre et fréquemment appliquées, conjointement avec les mercuriaux, trouvent leur emploi. Je présume de cette utilité par la facilité avec laquelle on enlève la douleur et l'inflammation de la cavité iléo-cœcale au moyen de ces agents.

En terminant cette dernière lettre, que j'aurais voulu abréger, je veux montrer rapidement les avantages des lotions buccales, nasales et pharyngiennes, à des points de vue encore autres que l'enlèvement des matières se putréfiant sur le trajet des voies respiratoires.

a Ces matières incommodent le malade par l'empâtement de la cavité buccale.

b Ces matières gênent les mouvements de la respiration, et il y a à peine quelques jours, j'ai vu, dans la pratique d'autrui, un sujet qui laissait écouler de la bouche la tisane qu'on voulait lui faire boire, à cause de l'accumulation de ces produits sur la muqueuse pharyngienne.

c Habituer le malade à pratiquer lui-même les lotions, c'est l'empêcher de se laisser aller à la torpeur qui l'envahit. En un mot, l'emploi fréquent des gargarismes constitue une sorte de *gymnastique anti-adynamique.*

d Et enfin les lotions buccale, nasale, pharyngienne, se fondant avec une solution qui est employée à la *température ambiante*, ces lotions sont par le fait *fraîches* et rentrent ainsi dans la médication dite *des affusions froides.* Il est aujourd'hui démontré que le sang, en traversant le poumon, loin de s'y échauffer, tout au contraire s'y refroidit au contact de l'air inspiré (Claude Bernard). Or, maintenir dans un état constant de fraîcheur la bouche, l'arrière-bouche et les narines, c'est rafraîchir également l'air dans son passage, et forcément on diminue la fièvre.

Veuillez agréer, cher confrère, la nouvelle expression de mes sentiments dévoués.

A. NETTER.

Nancy, le 15 juillet 1873.

Nous apprenons avec regret la mort de deux de nos confrères distingués de Marseille, de M. le docteur Martin, professeur à l'École préparatoire de médecine, le doyen du corps médical marseillais, âgé de quatre-vingt-quatre ans, qui a laissé un legs considérable à la Société des médecins des Bouches-du-Rhône et sa bibliothèque à l'École de médecine; et de M. le Dr Paul Picard, à qui la science est redevable de plusieurs traductions importantes, et qui est mort le 26 août dernier, à Constantinople.

Le Directeur : Dr E. LE SOURD.

Paris. — Typographie A. POUGIN, quai Voltaire, 13.

N° 116. — MARDI 7 OCTOBRE 1873. 46e ANNEE. MARDI 7 OCTOBRE 1873. — N° 116

Ce journal parait trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Bureaux : 57, rue des Saints-Pères, 57
PRÈS L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix d'abonnement
doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

On s'abonne hors de Paris
dans les bureaux des Messageries et chez les Libraires
Les lettres non affranchies sont refusées.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui n'en peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS		POUR L'ÉTRANGER
Trois mois.	8 fr. 50 c.	le port en sus suivant les derniers tarifs des Postes.
Six mois.	16 —	
Un an.	30 —	

Paris, le 6 octobre 1873.

SÉANCE DE L'ACADÉMIE DES SCIENCES

La discussion suscitée par la communication de M. Bouillaud sur le pouls continue. Malheureusement les orateurs s'attachent à des revendications personnelles ou autres, sans se préoccuper de mettre la question sur son véritable terrain, sur le terrain scientifique *de la circulation*.

M. Chevreul, par exemple, préoccupé surtout de ce qu'il a publié, en 1821, sur le tissu élastique jaune, réédite ses travaux *à l'occasion du pouls* et ne rentre un peu dans la question que pour se justifier d'avoir accordé à Bichat ce que M. Bouley attribue à Magendie. Dans son *Précis élémentaire de physiologie*, (t. II, 1833), Magendie s'exprime ainsi : « L'élasticité des parois artérielles représente celle du réservoir d'air dans certaines pompes à jeu alternatif, et qui pourtant fournissent le liquide d'une manière continue ; et en général on sait, en mécanique, que *tout mouvement intermittent peut être transformé en mouvement continu, en employant la force qui le produit à comprimer un ressort qui réagit ensuite avec continuité.* » Ce rôle, attribué par Magendie aux artères, est très-explicite ; reste à savoir si Bichat l'avait compris ainsi. M. Chevreul semble vouloir prouver que Bichat, sur ce point, est le predécesseur de Magendie et, à cet effet, il cite un passage de l'anatomie générale où il est certainement question de l'élasticité du tissu artériel, mais nullement du *rôle fonctionnel* que joue ce tissu dans la circulation et dans la production du pouls. Il est évident qu'ici M. Chevreul confond deux choses différentes : d'un côté, l'élasticité du tissu artériel, que Bichat proclama toujours, et, de l'autre, la genèse de la pulsation artérielle, que Bichat attribuait à la *locomotion artérielle* provoquée, selon lui, par l'impulsion cardiaque et nullement par l'élasticité du tissu artériel. (Voir *Anat. générale*, t. II, p. 338, édit. 1801.) M. Bouley a donc eu raison contre M. Chevreul en prouvant que Bichat n'attribuait pas un rôle aussi actif aux artères que celui que Magendie leur accorda plus tard.

Cependant il faut être juste, surtout quand il s'agit d'un homme dont s'honore la science française. Bichat a étudié, d'une manière très-approfondie, la question de la circulation et de la production du pouls, et s'il n'a pas admis au même degré que M. Bouillaud l'importance de la contraction des artères dans la circulation sanguine, il n'a pas manqué de lui attribuer un certain rôle : « Lorsqu'il y a, dit-il, contraction dans l'artère, mouvement qui n'est que la contractilité du tissu mise en action, cette contraction ne chasse pas le sang ; mais elle arrive parce qu'il a été chassé dans le système capillaire à l'instant de la contraction ; c'est parce que l'artère cesse d'être distendue, qu'elle revient sur elle-même, et non parce qu'elle est actuellement distendue. Voilà comment la contraction artérielle peut alterner avec celle du ventricule gauche, mais ce n'est point dans le sens que les auteurs l'ont entendu. Il y a alors deux temps dans le mouvement du sang rouge : 1° Contraction du ventricule ; dilatation légère du système artériel par le sang qui y entre ; locomotion générale ; passage dans le système capillaire d'une portion de ce sang rouge : tous ces phénomènes se passent dans le même instant ; c'est le temps où le pouls vient frapper le doigt, celui de la diastole ; 2° dans le temps suivant, le ventricule se relâche pour se remplir de nouveau ; moins pleines de sang, les artères reviennent un peu sur elles-mêmes ; toutes reprennent la place qu'elles avaient perdue pendant la locomotion ; c'est le temps de la systole, temps purement passif, tandis qu'on le croit très-actif pour les artères. »

On voit, par cette citation, que Bichat n'était pas si éloigné des idées de M. Bouillaud qu'on pourrait le croire, et il est à regretter que M. Bouley n'ait pas fait ressortir ce fait. Nous oserons lui reprocher autre chose. « Évidemment, dit-il, l'idée que Magendie croyait sienne (rôle fonctionnel des artères) appartient à John Hunter. » L'extrait qu'il emprunte aux œuvres complètes de John Hunter prouve bien, en effet, que ce savant attribuait un rôle de premier ordre à l'*élasticité* des artères dans la circulation du sang, et cela en l'an 1762. Mais, comme nous l'avons prouvé dans notre dernier compte rendu, Senac, en 1749, était bien plus avancé sur ce point que John Hunter, que Magendie et que M. Bouillaud lui-même.

Nous ne comprenons pas qu'en présence d'une discussion aussi importante que celle suscitée par M. Bouillaud, ce dernier n'ait trouvé d'autres contradicteurs qu'un chimiste et un vétérinaire, — ceci soit dit, bien entendu, sans intention ni blessante ni *diminuante*. — Mais le sujet est essentiellement médical et il ne pouvait être discuté d'une manière complète que par des médecins *savants* : M. Cl. Bernard s'est tu ; M. Robin n'a rien dit ; M. le baron Cloquet a écouté ; M. Larrey, bien que n'étant qu'académicien libre, pouvait, je crois, prendre la parole ; mais il a fait comme les autres. Le sujet était beau cependant et l'occasion se montrait propice, non-seulement de savoir si M. Bouillaud a tort ou raison, mais encore d'examiner de près les principes qui, depuis Bichat, dirigent la science physiolo-

gique et médicale tout entière. Cette question inéluctable est réservée pour un peu plus tard ; et, en attendant, nous recommandons à la méditation de nos lecteurs les critiques que le Dr Edouard Fournié a consacrées à la doctrine de Bichat dans sa *Physiologie du système nerveux*. Mais revenons à la communication de M. Bouillaud sur le pouls.

Avec beaucoup d'à-propos l'éminent professeur a objecté à M. Bouley qu'il ne revendique pas comme neuve et à lui appartenant, l'idée que les artères sont douées d'élasticité et de contractilité. « La chose que je présentais comme nouvelle, dit-il, et que je présente encore comme telle, après les longs passages de Magendie dont M. Bouley vient de nous donner l'intéressante lecture, *c'est la systole rhythmique ou le pouls propre des artères.* » En effet, comme nous l'avons dit expressément dans notre dernier compte rendu, c'est malheureusement la seule idée neuve que nous ayons trouvée dans la communication de M. Bouillaud. Les artères, en se contractant, après avoir été dilatées par la systole ventriculaire, produisent-elles le *phénomène-pulsation* qui caractérise le pouls? Telle est la question. Or, M. Bouillaud n'ayant produit aucune preuve expérimentale démontrant d'une manière formelle que la contraction artérielle donne naissance à une *pulsation*, nous sommes en droit de tenir sa doctrine en suspicion et nous nous dispensons naturellement d'examiner avec lui les applications pathologiques qui reposent sur son hypothèse.

— MM. E. Mathieu et V. Urbain communiquent à l'Académie le résultat de leurs expériences sur *le rôle des gaz dans la coagulation de l'albumine.* Il ressort de ces expériences : 1° que l'albumine, privée de ses gaz, est incoagulable même à 100 degrés, mais qu'elle recouvre cette propriété si on lui restitue l'acide carbonique qu'elle a perdu ; 2° que l'albumine, privée de ses sels volatils, se transforme en globuline.

— M. Déclat envoie une note *sur un nouveau traitement du choléra et probablement de la fièvre jaune par l'acide phénique et le phénate d'ammoniaque, au moyen des injections sous-cutanées.* L'auteur recommande, dans les cas légers, l'acide phénique blanc et cristallisé en boisson, à la dose de 30 à 40 centigrammes par jour dans une quantité suffisante de sirop et, dans les cas graves, quatre à six injections sous-cutanées chacune de 5 grammes d'eau phéniquée à deux et demi pour cent.

— Au nom de MM. G. Carlet et Straus, M. Milne Edwards présente une note intitulée : *Sur le fonctionnement de l'appareil respiratoire après l'ouverture de la paroi thoracique.* Les auteurs ont expérimenté sur un malade de l'Hôtel-Dieu (service de M. Behier), qui avait subi l'opération de l'empyème. Au moyen d'un tube de caoutchouc introduit dans la fistule pleurale et du pneumographe de Marey, ils ont obtenu un tracé graphique qui démontre d'une manière formelle : 1° que le poumon du côté lésé suit, dans une certaine mesure, les mouvements de la cage thoracique, se développant pendant l'aspiration et se rétractant pendant l'expiration; qu'il se comporte donc, à l'amplitude près, comme le poumon sain ; 2° que pendant l'occlusion de l'ouverture thoracique, il y a exagération des phenomènes précédents, et que, par suite, on devra, après l'opération de l'empyème, tenir la plaie fermée, aussi hermétiquement que possible, au moyen d'un appareil en caoutchouc ; 3° que les efforts répétés après l'opération, constituent une sorte de gymnastique pulmonaire que le médecin pourra utilement employer.

Ceci, nous le constatons avec plaisir, est de la vraie méthode expérimentale.

ÉCOLE PRATIQUE. — M. LEGRAND DU SAULLE.

De la folie héréditaire (1).

On a beaucoup discuté pour savoir si, dans l'intervalle des périodes de calme et d'excitation, il y avait une intermittence, une période de santé morale complète. Falret père et Baillarger pensaient qu'il y avait entre les accès bien confirmés un temps plus ou moins long où toutes les facultés psychiques reprenaient leur fonctionnement régulier. Mais ils ne se sont pas entendus sur le moment où avait lieu ce retour à l'état sain. D'après Baillarger, un accès serait représenté par trois termes : 1° manie ; 2° mélancolie ; 3° intermittence. D'après Falret, au contraire, il y aurait entre chaque période une intermittence vraie. Un accès complet ne pourrait donc être représenté que par les termes : manie, rémittence, mélancolie, intermittence.

Ces formules n'ont aucune espèce d'importance clinique. Le passage de l'une à l'autre des deux périodes se fait souvent sans qu'on puisse saisir aucun signe intermédiaire ; et même, dans les moments où le malade paraît jouir de la plénitude de ses facultés, une analyse attentive peut encore découvrir quelques troubles intellectuels ou affectifs qui ne permettent pas de le considérer comme un individu sain d'esprit. La marche de la maladie est donc beaucoup plus rémittente que franchement intermittente.

Quoi qu'il en soit, ces rémittences sont quelquefois tellement marquées que le malade paraît guéri. Il ne commet plus d'actes insensés ; son raisonnement est à peu près logique ; tout paraît être rentré dans l'ordre. Sa famille, enchantée d'un résultat aussi heureux, demande la sortie du malade, et le médecin se trouve alors dans une situation extrêmement délicate, surtout si le malade a commis antérieurement des actes dangereux. S'agit-il d'une guérison, s'agit-il d'une simple rémittence? Il est souvent très-difficile de se prononcer ; mais le plus souvent il ne s'agit que d'une rémittence. Aussi le médecin ne doit-il pas céder trop facilement aux instances d'une famille toujours prête à accueillir avec empressement l'espoir d'une guérison définitive. Il ne doit pas prêter trop aisément l'oreille aux récriminations incessantes d'un malade qui paraît jouir, il est vrai, de sa raison, mais qui n'en jouit que provisoirement, pour un temps plus ou moins long, et qui très-probablement retombera dans les mêmes égarements psychiques et commettra les mêmes actes que ceux qui ont déjà motivé son placement.

C'est là ce qui a fait dire que les fous héréditaires étaient beaucoup plus exposés aux rechutes que les fous non héréditaires. Ce ne sont pas, vous le voyez, de véritables rechutes, ce sont des périodes alternantes d'une même maladie, revenant constamment, à des intervalles fixes, l'une les apparences du calme et de la raison, l'autre les manifestations éclatantes de l'agitation et de la folie.

Mais, en thèse générale, il faut retenir ce fait qui peut seul aider au diagnostic, et que l'on pourrait presque ériger en loi : toutes les fois qu'un malade a été enfermé plusieurs fois dans un établissement d'aliénés, on peut presque à coup sûr diagnostiquer une folie héréditaire. Un malade de Campagne a été séquestré vingt-cinq ou trente fois dans différents asiles. Morel cite le cas d'une malade qui fut enfermée trente-sept fois. La moindre contrariété provoquait chez elle un accès de folie furieuse qui durait de six semaines à deux mois. Cet état se ter-

(1) Fin. — Voir les numéros des 15, 17, 24, 31 juillet, 5, 14, 16-19, 26 août, 2, 9, 16, 23 et 30 septembre 1873.

minait presque subitement et était suivi d'une période de rémission d'une durée de cinq à six mois. J'ai recueilli moi-même plusieurs faits de ce genre.

Pronostic. — La folie héréditaire est grave dans tous les cas. Hoffmann a parlé en excellent observateur lorsqu'il a dit que les lésions héréditaires étaient d'une guérison plus difficile que les autres maladies analogues : *Ægrius semper curationem admittunt facile recurrunt et medentibus multum negotii facescunt.* Ces paroles s'appliquent admirablement à la folie héréditaire, et je crois qu'il n'y a aujourd'hui rien à y retrancher.

Van Swieten, au contraire, a été trop exclusif lorsqu'il a dit, en parlant de l'épilepsie héréditaire : Elle est absolument incurable, le médecin n'étant pas plus capable d'empêcher la maladie de se développer au temps marqué pour son évolution qu'il ne peut s'opposer à ce que les dents et la barbe, également déposées en germe chez l'enfant, ne poussent quand le moment en est venu. Car si le pronostic de la folie héréditaire est toujours plus grave, toutes choses étant égales d'ailleurs, que celui de la folie acquise, il est cependant beaucoup de cas que le médecin peut espérer améliorer ou guérir.

Ces cas sont surtout ceux où la maladie mentale a fait subitement explosion à un âge assez avancé sans avoir été précédée de troubles psychiques appréciables. Lorsqu'au contraire on a pu constater pendant la jeunesse des anomalies physiques et des troubles périodiques même légers des facultés de l'esprit, les chances de guérison deviennent beaucoup moins nombreuses, et si dès le début des manifestations psychiques, l'influence héréditaire s'est manifestée par des perversions morales et affectives, par des troubles notables de l'intelligence, le pronostic acquiert une extrême gravité. La maladie est incurable.

Le docteur Kraft-Ebing, médecin de l'asile d'Illenau, a publié sur ce sujet une statistique fort instructive.

Il a étudié, au point de vue du pronostic, 292 cas de folie héréditaire à transmission directe.

Il divise ces cas en trois groupes.

Dans le premier, il place 93 malades qui n'avaient présenté, avant de devenir fous, aucun trouble mental. Chez eux, la prédisposition était restée tout à fait latente, et il trouve :

58 guérisons p. 100 ; 16 améliorations p. 100 ; 26 états stationnaires p. 100.

Le deuxième groupe comprend 171 malades qui, dans leur jeunesse, ont présenté quelques signes indiquant un fonctionnement peu régulier du système nerveux central.

Les guérisons figurent pour 15 p. 100 seulement, et les améliorations pour 20 p. 100.

65 fois sur 100, les traitements les plus variés n'ont amené aucune modification heureuse dans l'état des malades.

Enfin, le troisième groupe renferme 28 malades chez lesquels les anomalies psychiques se sont manifestées dès la plus tendre enfance. Dans ces cas, 95 fois p. 100 la maladie est incurable ; 5 fois elle peut être améliorée ; jamais elle ne peut être guérie.

Mais la folie héréditaire est grave à bien d'autres points de vue.

L'impulsion, qui est un de ses symptômes les plus caractéristiques, conduit souvent les malades à des actes immoraux ou dangereux dont ils sont appelés à rendre compte devant les tribunaux.

De plus, les statistiques, c... elle de Hugh Grainges Steward en particulier, démontrent que la durée moyenne de la vie est notablement plus courte chez les fous héréditaires que chez les autres : tandis que la moyenne des aliénés succombe entre quarante et soixante-dix ans, la majeure partie des héréditaires succombe entre trente et soixante ans.

Enfin, la folie héréditaire est grave relativement à l'espèce. Je vous ai déjà dit comment elle compromettait le sort des familles par le fait de la stérilité des malades ou de la mortalité précoce des enfants, et vous savez aussi que si les héréditaires ont des enfants viables, ils ont beaucoup de chances pour porter eux-mêmes des signes de dégénérescences plus accentués encore que ceux que présentent leurs ascendants.

Ici se termine ce que j'avais à vous dire sur la folie héréditaire. C'est là, vous le voyez, une question difficile, très-controversée, et dont l'étude soulève les problèmes les plus ardus de la médecine mentale. J'ai voulu néanmoins aborder avec vous ces difficultés, attirer sur ces problèmes votre attention et vos recherches, et vous esquisser sommairement les tendances de la science moderne.

Ce que je désire surtout vous avoir démontré dans ces conférences, c'est que l'hérédité, en perpétuant dans l'espèce les maladies nerveuses, les transforme et les modifie, de façon à constituer toute une série de types morbides, véritable famille nosologique naturelle, dont les genres et les espèces présentent au milieu d'une apparente diversité symptomatique un ensemble de signes communs qui leur donnent une physionomie distincte, un *air de famille*, auquel il est facile de reconnaître leur parenté et leur commune origine, ou en d'autres termes, que la dénomination de *folie héréditaire*, repoussée à tort par beaucoup d'auteurs, mérite de prendre rang dans la science à côté de celles de folie épileptique ou de folie alcoolique, qui sont admises par tout le monde. Puissé-je avoir réussi dans ma laborieuse tentative !

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 16 juillet 1873 (1). — Présidence de M. Maurice Perrin.

Un des grands avantages de la voie nasale, c'est de permettre de saisir le polype de la manière la plus avantageuse pour que les tractions soient efficaces. On l'aborde par la partie la plus élevée des fosses nasales, qui permet de se rendre compte par la vue et le toucher de l'état de ces cavités, on le saisit avec les fortes pinces dont j'ai parlé plus haut, et l'on tire directement contre soi par une voie largement ouverte. La solidité de l'implantation du polype est telle, dans certains cas, qu'on ne saurait se mettre dans une position trop favorable pour rendre les tractions efficaces. Les tractions directes ne suffisant pas toujours, il faut tendre le pédicule pour le détacher, et cette traction est une garantie de plus contre l'hémorrhagie.

L'hémorrhagie est ici la complication opératoire la plus redoutable, quand on opère surtout sur des sujets affaiblis par des hémorrhagies antérieures. On a signalé quelques opérations inachevées ou arrêtées par la mort du sujet. Je n'ai pas eu à déplorer de pareil malheur, bien que j'aie opéré dix-sept fois par l'arrachement des fibromes naso-pharyngiens, quelques-uns d'un volume énorme, et chez des sujets dans de très-mauvaises conditions. J'ai eu cependant des hémorrhagies très-abondantes, et j'ai dû pratiquer des opérations très-laborieuses. L'arrachement d'une partie ou de la totalité du fibrome est généralement suivi d'un flot de sang très-abondant, et même de syncope. Il faut alors se presser d'arrêter l'hémorrhagie en bourrant les fosses nasales de petites éponges imbibées d'eau de Pagliari. On attend quelques minutes ; on retire les éponges et on recommence l'arrachement des parties restantes. Le tamponnement préalable des arrière-narines, préconisé par

---

(1) Fin. — Voir les numéros de 27 30 septembre, 2 et 4 octobre.

M. Verneuil, serait applicable dans le cas où le fibrome n'occupe pas toute la cavité naso-pharyngienne. Je ne l'ai jamais appliqué dès le début de l'opération, mais j'ai plusieurs fois continué la recherche et l'extraction des racines et des prolongements pendant que les éponges étaient appliquées contre les parties qui donnaient du sang.

Mes dix-sept opérations d'arrachement des fibromes naso-pharyngiens (je ne compte pas les sarcomes et les diverses autres tumeurs des fosses nasales que j'ai opérées au moyen de l'ostéotomie verticale et bilatérale) se répartissent de la manière suivante :

Elles se rapportent à douze sujets seulement, car cinq de ces opérations ont été pratiquées pour des récidives. Sur ces douze sujets dix ont été traités par l'abaissement du nez et deux par l'ablation du maxillaire supérieur. Cette dernière opération a l'avantage d'ouvrir une large voie, qui permet mieux que toutes les autres opérations préliminaires de découvrir le polype et de l'enlever ; mais malgré la possibilité qu'on a de faire reproduire un arc osseux à la place de la tubérosité maxillaire et de la paroi antérieure du sinus, je ne pratique plus cette opération aujourd'hui.

J'avais traité de cette façon en 1862 ou 1863 le premier fibrome que j'avais rencontré ; la récidive eut lieu deux ans après, où, pour enlever la masse nouvelle du polype, je dus sectionner, avec de fortes cisailles, l'arc osseux de nouvelle formation qui s'était formé à la place de la paroi extérieure de l'os.

Il n'est pas une opération qui mette à l'abri de la récidive d'une manière absolue ; il y a des prolongements qu'on ne peut pas trouver et qu'il serait imprudent d'aller chercher. Aujourd'hui nous serons d'autant plus prudents sous ce rapport, que les observations de MM. Nélaton, Gosselin et les miennes, montrent la tendance à l'atrophie, qui ont ces prolongements chez certains sujets. Ce que nous devons demander c'est une opération préliminaire qui, sans dangers et sans inconvénients sérieux par elle-même, permette d'enlever le polype tout aussi bien que les opérations plus radicales qui ont été proposées.

Or, je crois que l'abaissement du nez réalise ce désidératum. Sans dangers par elle-même, sans autre inconvénient qu'une incision linéaire, cette opération permet de détruire, par l'arrachement, la plus part des polypes naso-pharyngiens aussi bien que l'ablation du maxillaire, à la condition toutefois qu'on modifiera l'opération, soit en portant plus en arrière la section de l'os par le procédé que j'ai indiqué dans mon livre sur la *Régénération des os*, soit en trépanant le sinus au niveau de la fosse canine. Certainement, si l'on pouvait être certain d'être à l'abri de la récidive en pratiquant l'ablation du maxillaire, je croirais cette opération plus souvent indiquée ; mais il n'en est pas ainsi, et pour ma part j'ai été obligé d'intervenir une seconde fois chez les deux malades à qui j'ai dû pratiquer l'ablation du maxillaire. Il est vrai que j'avais affaire à deux cas graves, qui avaient été traités préalablement par d'autres chirurgiens ; soit par l'arrachement sans opération préliminaire, soit par l'arrachement au moyen d'une voie artificielle trop étroite. Quand j'ai pratiqué ces opérations, je n'avais pas encore eu l'idée de l'ostéotomie verticale et bilatérale du nez ; depuis je n'ai eu recours qu'à cette dernière opération.

J'ai enlevé, par cette voie, le plus gros fibrome que j'ai trouvé signalé dans les observations des différents chirurgiens ; il pesait 205 grammes. Depuis lors j'en ai enlevé d'autres très-volumineux, mais moins considérables que celui-là. La trépanation du sinus et les sections osseuses destinées à agrandir l'ouverture extérieure sans intéresser la voûte palatine, donneront, je le répète, tout le jour nécessaire.

Si je n'ai point perdu de malade d'hémorrhagie, j'en ai perdu deux d'accidents cérébraux. Chez l'un je trouvai, à l'autopsie, un prolongement de polype gros comme une grosse noisette, qui s'était logé dans le lobe moyen du cerveau, et cela sans occasionner la moindre perturbation dans les fonctions cérébrales. Rien dans les symptômes constatés et intentionnellement recherchés avant l'opération ne m'avait fait soupçonner une pareille complication. Le second mourut de méningite au troisième jour de l'opération ; je ne pus en faire l'autopsie.

Ce sont là des complications toujours possibles dans les polypes volumineux et déjà anciens. On doit les craindre, mais on ne peut pas toujours les diagnostiquer ; c'est une raison pour réserver le pronostic dans tous les cas. Les complications cérébrales consécutives à l'opération ne sont pas toujours suivies de mort ; chez un de mes opérés, je constatai le soir de l'opération une hémiplégie à droite. Je fis appliquer de la glace sur la tête, et le malade guérit parfaitement ; il est opéré depuis plus de deux ans, et il est en parfaite santé.

Les prolongements de fibrome peuvent s'insinuer par les divers trous de la base du crâne ; ils peuvent aussi dédoubler en quelque sorte les parties épaisses de cette base. Sur le malade à qui j'enlevai un fibrome de 215 grammes, l'opération me paraissait finie, quand je reconnus une nouvelle masse profonde ; je la croyais d'abord insignifiante par son volume, et je fus effrayé quand je retirai une masse du volume d'une grosse noix ; je crus tout d'abord avoir ouvert le crâne ; il n'en était rien ; je sentis derrière une paroi osseuse ; le malade guérit parfaitement.

Aujourd'hui, par les raisons que j'ai déjà indiquées, je crois inutile de poursuivre ces prolongements trop loin, et s'ils viennent faire saillie dans les régions latérales et postérieures de la face, je les laisse tout d'abord. Ils peuvent, en effet, s'atrophier peu à peu ; s'ils grossissent, je les enlève par une opération complémentaire.

J'insiste d'autant moins sur ces recherches dangereuses, qu'en cas de récidive, je suis prêt à abaisser le nez une seconde fois. Cette seconde opération est aussi simple que la première ; en suivant l'incision première, on n'augmente pas la cicatrice, et cette ouverture du nez est vraiment si simple, qu'on ne devrait pas hésiter à la répéter plus souvent. Sur un de mes opérés, je l'ai répétée trois fois dans l'espace de quatre ans, et après la troisième opération, la réunion du nez s'est faite tout aussi rapidement et sans plus de difformité cicatricielle que la première fois. Sur mes huit opérés qui ont guéri, trois ont eu des récidives et ont subi : deux, une deuxième opération, le troisième, dont je viens de parler, deux opérations consécutives. Je ne parle pas, bien entendu, des cas dans lesquels j'ai abaissé le nez pour des sarcomes, des cysto-sarcomes des fosses nasales ; j'aurais ainsi à citer un grand nombre d'observations, mais elles ne doivent pas être comparées par leur nature aux vrais fibromes ; je les signale seulement ici parce que, dans plusieurs, j'ai ouvert le nez à plusieurs reprises pour débarrasser les fosses nasales des tumeurs récidivées qui, par leur présence, occasionnaient de grandes souffrances aux malades. Bien que temporaire, le succès de ces opérations a été très-satisfaisant dans la plupart des cas. Les malades cessaient de souffrir et se croyaient guéris pendant un certain temps.

Comme confirmation de la valeur de mon procédé, je pourrais citer plusieurs opérations faites par mes collègues des hôpitaux de Lyon, et en particulier par M. Gayet, celles faites par M. Rouge (de Lausanne), M. Cheever (de Boston) ; moi j'ai dû me borner pour aujourd'hui à une exposition générale de ses avantages au point de vue de sa facilité d'exécution et de son efficacité. Je reviendrai, du reste, bientôt sur ce sujet, en complétant, s'il y a lieu, ma statistique, pour laquelle j'aurais pu commettre quelque oubli dans cette communication improvisée.

La séance est levée à cinq heures.

Le secrétaire : TILLAUX.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 26 septembre 1873. — Présidence de M. LAILLER.

Suite de la discussion sur le choléra.

M. BROUARDEL met sous les yeux de la Société un tableau statistique, dans lequel il a réuni les chiffres des décès causés par les dernières épidémies de choléra, et les rapproche des chiffres de l'épidémie actuelle. En dix-sept jours, cette dernière a donné

282 décès, chiffre plus élevé que celui des autres épidémies pour le même nombre de jours. M. Brouardel croit donc pouvoir conclure de cette comparaison par mois et par semaines, des décès de l'épidémie actuelle et de ceux des épidémies précédentes, que l'on doit se considérer comme en présence d'une épidémie véritable. On voit, en effet, sur le tableau des épidémies de 1845 et de 1863, qu'il y a eu, comme en ce moment, une petite diminution après les deux ou trois premières semaines, et que cette mortalité s'est accrue de nouveau et a rapidement acquis d'énormes proportions.

M. DESNOS, à l'occasion du procès-verbal, fait observer que les recherches micrographiques très-intéressantes de MM. Hayem et Raynaud, relatives au choléra, sont absolument conformes à celles qu'il a données dans son article du *Nouveau Dictionnaire de médecine et de chirurgie pratiques* sur le choléra.

M. BESNIER communique une troisième note sur l'épidémie cholérique :

Il y a eu, pendant cette troisième semaine, un abaissement très-notable du nombre des cas, dans les hôpitaux civils et militaires aussi bien qu'en ville.

Dans les hôpitaux civils, du 4 au 11 septembre, on a compté 81 cas, dont 49 décès, 3 sorties, 29 en cours de traitement; — du 11 au 18, 86 cas, dont 48 décès, 3 sorties, 64 en traitement; — du 18 au 25, 61 cas, 30 décès, 33 sorties, 56 en traitement. Ainsi du 4 au 25 septembre, 228 cholériques, 133, décès, 39 sorties, et 56 malades restant en traitement.

Dans la journée du 25 septembre, il y avait dans les hôpitaux 63 malades existant au matin; il y a eu 2 admissions de l'extérieur et 3 cas intérieurs. Sur ce nombre de 68 malades, 5 sont sortis, 7 sont morts, 56 restaient le soir encore en traitement.

Hôpital Lariboisière (service de M. Siredey). — Femmes en couches et nouveau-nés : sur 47 femmes, du 4 au 24 septembre, 3 cas de choléra, 2 décès. Sur les 47 enfants nés pendant ce même temps, 3 décès également par choléra infantile. A ce propos, M. Siredey fait remarquer que, depuis dix-huit mois, il a vu presque chaque semaine mourir plusieurs enfants de diarrhée cholériforme. Ce fut à tel point, qu'en septembre 1872, la salle Sainte-Anne dut être fermée, tant le nombre des enfants succombant à cette diarrhée était grand. Et cependant, pendant tout ce temps, aucun cas de choléra, de cholérine, ou rien d'analogue ne s'est produit chez les femmes accouchées. Ne serait-ce pas là une preuve que le choléra infantile ou la diarrhée cholériforme ne sont pas de la même nature que le choléra épidémique, contrairement aux opinions émises récemment à l'Académie? Ces affections n'ont avec le choléra que des ressemblances trompeuses. Tandis que le choléra infantile s'établit endémiquement dans une salle d'hôpital, on ne voit aucun cas de choléra survenir chez les mères, et d'autre part, en ce moment, alors que le choléra se produit chez les mères, c'est alors qu'on voit le nombre des diarrhées cholériformes des enfants diminuer dans des proportions qu'on n'a pas observées depuis dix-huit mois.

(Service de MM. Jaccoud et Millard, suppléés par M. Hayem). — Premier cas développé le 3 septembre, salle Sainte-Claire, préalablement à toute entrée du dehors. Le premier cholérique du dehors est amené le lendemain.

Dans le courant du mois, 8 cas intérieurs, 6 décès, 2 guérisons (ces cas se sont produits dans le cours de phthisies pulmonaires, de phlegmon, de rhumatisme, de fièvre typhoïde, de cirrhose) et 10 cas extérieurs, 5 décès, 5 guérisons.

Hôtel-Dieu. — Depuis le 19, M. Damaschino, chargé du service, a reçu 3 malades venant tous des salles de l'hôpital. Depuis le début de l'épidémie, 17 entrées, 9 morts, 5 guérisons, 3 en traitement.

Charité. — M. Audhoui, suppléant de M. Bernutz, a vu paraître le choléra dans la salle Saint-Joseph, le 4 septembre, par un cas intérieur, chez une femme convalescente de pneumonie, couchée au nº 19, et ayant depuis quelques jours les signes d'un embarras gastrique. Ce premier cas avait été précédé, dans la salle, pendant la dernière quinzaine d'août, de nombreux cas de diarrhée, de cause indéterminée. Cette première malade meurt du choléra le 5 septembre à onze heures du matin. Le 5 septembre, une autre malade, couchée au nº 22, entrée le 4 août pour un rhumatisme articulaire aigu, est prise de choléra après avoir eu la diarrhée pendant vingt-quatre heures. Elle meurt le 8 après une réaction incomplète.

Une troisième malade, couchée au nº 21, entrée pour un érysipèle de la face le 25 août, commence à avoir de la diarrhée le 4 septembre; le 7 la diarrhée augmente, le 8 les selles sont riziformes, le 9 algidité, aphonie, anurie, vomissements. Le 10, réaction modérée; le 11, réapparition des urines. Amélioration graduelle et guérison définitive le 21.

M. Audhoui rechercha quelle avait pu être la manière dont le miasme du choléra indien avait pénétré dans ses salles. Il se demanda si les tinettes, fosses mobiles en usage dans l'hôpital et fournies par la compagnie de la vidange, avaient été convenablement désinfectées et si elles ne jouaient pas un rôle dans la diffusion de la maladie.

Le quatrième cas observé à la salle Saint-Joseph se produisit le 20 septembre, chez une femme couchée au nº 4, entrée le 6 avril pour un kyste ovarien. Diarrhée le 17. Le 20, aggravation de la diarrhée; algidité, etc., le 21. Mort dans la matinée du 23.

Hôpital Saint-Louis. — Aucun cas intérieur depuis le 11 septembre. Trois admissions seulement : une femme et son enfant, âgé de dix-neuf mois, sont amenés le 20 avec un choléra foudroyant. Ils meurent le 21 au matin. Le troisième cas, grave, a été admis le 26.

HÔPITAUX MILITAIRES. — *Saint-Martin.* — Du 6 au 17 septembre : 15 entrées, 3 décès. Du 18 au 23 inclus : 4 entrées, 1 décès. Aucune entrée les 21, 22 et 23.

Sur ce nombre, 2 cas de choléra foudroyant, 5 cas graves, 12 légers.

La diarrhée prémonitoire a précédé de cinq, sept, huit heures à quinze jours le choléra confirmé.

Gros-Caillou. — Du 5 septembre au 17 : 5 admissions du dehors et 5 cas intérieurs; 5 décès. Du 17 au 24 : aucun cas intérieur, 10 admissions du dehors.

Les diarrhées sont fréquentes mais guérissent vite; la dysentérie est moins grave et plus rare; beaucoup de fièvres typhoïdes avortées.

Val-de-Grâce. — Le premier cholérique est amené au Val-de-Grâce le 6 septembre. Aucun cas intérieur. Aussitôt on mit en pratique l'isolement et les mesures de désinfection.

Sur 12 malades, 2 seulement sont morts; sur ces 12 malades, 5 ont été pris subitement, sans diarrhée prémonitoire de quelque durée. La convalescence, chez les 10 malades guéris, s'est établie assez rapidement, sans réaction fébrile très-accentuée.

Les deux cas mortels ont été suivis de minutieuses autopsies qui n'ont rien révélé d'insolite dans les lésions classiques du choléra.

M. GUIBOUT dit avoir reçu le matin même à la consultation de l'hôpital Saint-Louis, un cholérique très-gravement frappé et avoir vu se présenter un très-grand nombre de malades atteints de diarrhée et de dysentérie.

M. BALL fait connaître la marche de l'épidémie à l'Hôtel-Dieu, où il est actuellement chargé du service de clinique.

Il rappelle que la salle Saint-Antoine de cet hôpital se compose de plusieurs salles; une première comprend vingt-six lits, une seconde, qui est la crèche, contient huit lits, et au fond se trouve une petite salle que l'on réserve pour isoler certains malades.

Il y a dix jours, dit M. Ball, entra dans le service de la crèche une femme récemment accouchée, se trouvant dans de très-mauvaises conditions hygiéniques. Son enfant est atteint le 13 de choléra infantile et meurt le 14; sa mère est prise le 15, et est transportée aussitôt dans la grande salle, car vu son état puerpéral M. Ball, d'accord en cela avec M. Liouville, ne jugea pas à propos de la faire transporter dans la salle de l'Hôtel-Dieu exclusivement réservée aux cholériques.

Le lendemain 16, deux malades furent prises, dont l'une mourut le jour même, ce qui, en comptant l'enfant atteint le 13, portait à quatre le nombre des cholériques morts en trois jours. Le 17, un cinquième cas se déclarait dans la crèche ; le 18, un autre enfant mourait. Deux autres cas se déclarèrent le lendemain; M. Ball fit alors évacuer la salle.

Il faut bien reconnaître que la conservation d'une malade cholérique dans la salle Saint-Antoine a été le point de départ de l'épidémie. Mais, d'un autre côté, l'état de cette malade ne permettait pas son transport. M. Ball demande donc qu'on ouvre des salles spéciales, non-seulement pour les cholériques, mais aussi pour les malades atteints de diarrhées cholériformes.

M. ISAMBERT appuie la proposition de M. Ball et insiste sur la nécessité d'instituer ce qu'on peut appeler des *salles d'attente* ou *d'observation*, dans lesquelles on transporterait les malades atteints de diarrhées suspectes. Cette mesure a été mise en pratique en 1870 à Saint-Antoine lors de l'épidémie de variole. Quand un malade se présentait chez lequel on soupçonnait seulement les débuts d'une variole, on le transportait dans cette salle d'observation. Cette mesure a donné de très-bons résultats.

M. COLIN dit qu'il y a quelque chose de très-obscur dans le développement de ces cas de choléra à l'intérieur des hôpitaux; au premier abord ces faits sembleraient plaider en faveur de la spontanéité, cependant ce ne peut être, suivant lui, que des cas de contagion. Il regarde donc, comme indispensable, de ne pas laisser l'individu cholérique parmi d'autres malades et conclut à son isolement dans des salles spéciales.

M. BROUARDEL fait observer que c'est là l'opinion générale de la société et qu'on pourrait établir ce premier point : *isolement des cholériques dans des salles spéciales.*

M. MARTINEAU, tout en reconnaissant l'utilité d'une semblable mesure, fait remarquer qu'il paraît y avoir des hôpitaux qui sont des foyers épidémiques, tandis que d'autres paraissent jouir d'une certaine immunité. La Pitié, par exemple, n'a présenté que 6 cas; les malades n'ont pas été isolés et l'épidémie ne s'est pas étendue. Cependant, les infirmiers qui portaient les déjections alvines des cholériques étaient obligés de traverser toute la salle. Il faut donc, suivant M. Martineau, tenir compte du milieu dans lequel est situé l'hôpital ; car tous les médecins n'admettent pas la contagion.

M. FERRANT se déclare partisan de la contagion mais pense, toutefois, qu'il ne faut pas pousser jusqu'à l'exagération les craintes que peut susciter cette opinion, et qu'il convient de mettre quelques réserves dans l'appréciation des faits. Il est actuellement chargé du service de M. Guéneau de Mussy, à l'Hôtel-Dieu; or, la salle des femmes de ce service se trouve précisément en face de celle de M. Moissenet, exclusivement réservée aux cholériques. Cependant, M. Ferrant n'a observé dans sa salle, où se trouvent en ce moment beaucoup de diarrhéiques, que deux cas de choléra, et encore s'agissait-il d'une nourrice et de son nourrisson.

M. COLIN se demande si l'on ne devrait pas mettre à profit cette sorte d'immunité dont paraissent jouir certains hôpitaux, et s'il ne serait pas préférable d'y envoyer les cholériques.

M. BESNIER se déclare très-partisan de l'opinion que vient d'émettre M. Colin. Les hôpitaux qui ont été indemnes jusqu'ici sont Cochin, le Midi, Lourcine et Bicêtre; mais ce dernier doit être écarté comme étant trop éloigné.

M. MOISSENET rappelle que le premier cas observé à l'Hôtel-Dieu a été un cas intérieur. Ce malade se trouvait dans la salle Saint-Roch ; de l'autre côté de cette salle se trouve la salle Saint-Paul, surveillée par la même sœur, desservie par les mêmes infirmiers; il ne s'est cependant déclaré aucun cas dans cette salle : il n'y a donc pas eu de transmission. Ce fait serait un bon argument pour les anticontagionistes. Toutefois, M. Moissenet pense qu'il ne faut pas l'être, et regarde l'isolement comme un des plus sûrs moyens de prophylaxie. C'est pourquoi il s'est entendu avec M. le directeur de l'Assistance publique. Il lui a fait part de l'idée émise par plusieurs collègues d'établir un hôpital central rue de Sèvres, à l'hospice des Incurables; mais outre que cela soulèverait de très-vives réclamations de la part du quartier, plusieurs autres raisons s'opposent à l'établissement d'un hôpital spécial dans cet hospice. M. Moissenet a soumis alors à M. Blondel l'idée des postes-casernes, de Saint-Antoine, des pavillons de Lariboisière et de Beaujon. Cette idée va être mise à l'étude. Quant à l'isolement dans l'Hôtel-Dieu même, M. Moissenet le regarde comme absolument impossible. C'est pourquoi il a proposé de créer un hôpital provisoire dans les bâtiments neufs du nouvel Hôtel-Dieu. Cette ques tiondoit être également mise à l'étude.

M. BERGERON pense qu'il est une première question sur laquelle tous les membres de la Société sont parfaitement d'accord : celle de la nécessité de l'isolement. Il demande donc qu'une proposition soit formulée et mise aux voix avant qu'on ne discute d'autres questions.

M. BROUARDEL formule la proposition suivante : *La Société des médecins des hôpitaux est d'avis qu'il y a lieu de pratiquer immédiatement l'isolement des malades atteints de choléra, de cholérine, ou de diarrhée suspecte.*

Cette proposition, mise aux voix, est adoptée à l'unanimité.

La Société met ensuite en discussion les différents modes d'isolement.

M. HAYEM voit de grandes difficultés à l'isolement des cholériques dans un hôpital spécial. Il y a, en effet, un grand nombre de malades frappés assez subitement pour qu'il soit impossible de les transporter à de longues distances.

M. ISAMBERT n'en regarde pas moins comme très pratique l'idée de la création d'hôpitaux spéciaux aux quatre coins de Paris, qui permettraient de diminuer dans une grande proportion le nombre des foyers intérieurs. Il voudrait surtout voir établir des petites baraques et des tentes.

M. BROUARDEL tient à faire remarquer que l'isolement, tel qu'il a été pratiqué jusqu'ici à l'Hôtel-Dieu, est tout à fait illusoire. Ce n'est pas là de l'isolement; c'est de l'isolement *à la craie*, dirait M. Lorain. Il faut donc spécifier d'une façon bien nette que le service des cholériques doit être *absolument* séparé des autres services.

M. CORNIL pense qu'il faut établir, non-seulement des services spéciaux dans les hôpitaux, mais aussi des hôpitaux spéciaux pour les cholériques déclarés au dehors. Il regrette d'avoir vu rejeter tout d'abord l'hospice de la rue de Sèvres, car on sait qu'il n'est pas nécessaire qu'il y ait un grand espace entre le lieu où se trouvent les cholériques et les maisons voisines. Le quartier de la rue de Sèvres ne devrait donc pas avoir de craintes sérieuses. Il voudrait aussi voir adopter pour le même but l'un des pavillons de Beaujon et de Lariboisière. C'est, dans ce sens, suivant lui, que la Société devrait émettre un vœu.

M. MAROTTE fait observer que, malgré la création d'hôpitaux spéciaux, il faudra toujours qu'on reçoive des cholériques dans les hôpitaux ordinaires.

M. PROUST demande la création de salles provisoires ou d'observation. Il voudrait aussi qu'on ajoutât des mesures de désinfection à celle de l'isolement et qu'on rédigeât, à cet effet, des instructions comme cela s'est fait pour les épidémies précédentes.

M. CONSTANTIN PAUL croit qu'on arriverait à pratiquer un isolement facile en affectant aux cholériques les postes-casernes; ceux-ci sont peu éloignés, en effet, des hôpitaux excentriques. On en augmenterait le nombre suivant les besoins.

M. BERGERON dépose une proposition tendant à demander des services spéciaux pour les cas de choléra confirmé et des services spéciaux pour les cas de choléra douteux. (Adopté à l'unanimité).

M. RENAUT fait connaître à la Société les résultats des recherches qu'il a faites avec M. Kelsch sur les altérations histologiques et quelques modifications du sang dans le choléra.

Ces observations ont été faites sur quatre cholériques.

Les altérations de l'ntestin portent à la fois sur la muqueuse et la sous-muqueuse.

Voici ce qui a été observé dans la muqueuse :

Dans l'un des cas moins avancé que les autres, l'épithélium de la surface a complétement disparu; les glandes de Lieberkühn

sont en grande partie détruites; on n'en trouve que l'extrémité borgne, implantée sur la couche musculaire de la muqueuse et revêtue par l'épithélium intact. A côté de cette altération destructive des glandes, la trame fibro-vasculaire qui sépare les tubes sécréteurs est au contraire épaissie, infiltrée de jeunes cellules embryonnaires, de telle sorte qu'elle ressemble à un tissu de bourgeons charnus. Les vaisseaux sanguins y sont remplis de sang.

Cette même infiltration par des cellules embryonnaires s'observe dans les villosités de l'intestin grêle, et l'élément glandulaire tend ainsi de plus en plus à disparaître et à être remplacé par du tissu inflammatoire. Dans l'un des quatre cas examinés, on ne trouvait plus de vestiges des glandes sécrétoires. La muqueuse était littéralement remplacée par une couche de tissu embryonnaire variable en épaisseur, sillonnée de vaisseaux embryonnaires pleins de sang.

Les vaisseaux sanguins sont remplis de sang; leur tunique interne est desquamée de telle sorte que la limite interne du vaisseau est formée par la membrane élastique limitante interne.

Les vaisseaux lymphatiques présentent un double aspect : tantôt ils sont remplis d'énormes cellules dont le protoplasma subit une sorte de transformation colloïde; c'est l'endothélium gonflé, proliféré, transformé. D'autres fois ils sont simplement remplis de globules de pus.

Quant à la sous-muqueuse elle-même, on y trouve une infiltration assez discrète de globules de pus, et des traînées de cellules plates gonflées, disposées en séries entre les faisceaux conjonctifs. Les follicules clos et agminés, dont le gonflement se voit si bien à l'œil nu, ne présentent rien de particulier. Il y a une hyperplasie cellulaire manifeste, et, au centre de ces petits organes, une tendance à la régression granulo-graisseuse et au ramollissement ulcératif. Cette tendance était surtout marquée dans les grosses plaques de Peyer, et dans un cas dans les follicules du gros intestin. La lame péritonéale est toujours sensiblement altérée et enflammée.

En résumé, les lésions histologiques de l'intestin dans le choléra sont les suivantes : — 1° Développement du tissu embryonnaire dans la muqueuse et substitution de ce tissu aux glandes muqueuses qui se détruisent; — 2° Congestion de la sous-muqueuse, gonflement des cellules plates, néoformation de jeunes cellules aux dépens des éléments préexistants, altération de la membrane interne des vaisseaux sanguins et lymphatiques; — 3° Hyperplasie du tissu lymphatique, ramollissement central granulo-graisseux des follicules clos et agminés; — 4° Ces lésions sont celles de l'inflammation aiguë et chronique telle qu'on la rencontre dans la fièvre typhoïde, la tuberculose intestinale, la dysentérie. Elles n'ont rien de spécifique.

Le sang présente l'état suivant : L'augmentation du nombre des globules rouges par millimètre cube du sang est très-considérable dans le choléra, et elle atteint son maximum dans la période algide, au moment où la déperdition séreuse est elle-même à son apogée.

Ainsi, pendant la période algide, M. Renault a trouvé 7,489,000 globules rouges et 27,800 globules blancs par millimètre cube, en suivant la méthode de Malassez. Deux jours après, pendant la période de réaction, il n'y plus que 5,560,000 globules rouges, la proportion des globules blancs restant la même. Les globules blancs sont en quantité notablement supérieure à leur quantité normale : on en trouve jusqu'à 40 et 50 par champ de microscope à 450 diamètres. En même temps que le sang s'épaissit, les globules rouges se rapetissent de telle sorte qu'on les voit atteindre le diamètre de 3 millièmes de millimètre. Ces petits globules disparaissent lorsque le sang revient à son état normal. Un certain nombre des globules, en effet, est détruit, ce dont on a la preuve par l'augmentation de la quantité de la matière colorante de l'urine pendant la période de réaction.

La séance est levée à cinq heures.

ÉTAT SANITAIRE.

Paris. — Population (recensement de 1872) : 1,851,792 habitants. Pendant la semaine finissant le 26 septembre, on a constaté 951 décès, savoir :

Variole, 0; — rougeole, 3; — scarlatine, 3; — fièvre typhoïde, 40; — érysipèle, 6; — bronchite aiguë, 35; — pneumonie, 33; — dysentérie, 9; — diarrhée cholériforme des jeunes enfants, 33; — choléra 88; — angine couenneuse, 11; — croup, 9; — affections puerpérales, 4; — autres affections aiguës, 251; — affections chroniques, 343, dont 150 dues à la phthisie pulmonaire; — affections chirurgicales, 54; — causes accidentelles, 29.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

M. le docteur Verrier reprendra ses cours d'accouchements et de manœuvres le lundi 13 octobre, à trois heures, à son amphithéâtre, rue Monsieur-le-Prince, 29. — Leçons tous les jours, les mercredis exceptés. — Policlinique sans frais supplémentaires. — On s'inscrit, rue Monsieur-le-Prince, 20, chez le concierge.

— Le docteur Mandron (de Pellegrue, Gironde), changeant de résidence, demande un docteur en médecine pour lui succéder *immédiatement* à des conditions très-avantageuses. — S'adresser *de suite* au docteur Mandron, à Pellegrue (Gironde).

— Un médecin désire acquérir une clientèle dans les environs de Paris. — Écrire au docteur D., au bureau du journal.

— A céder *de suite* une clientèle médicale aux environs de Paris. Produit net, 5,500 fr. Augmentation assurée. Facilité de payement. — Pour renseignements, s'adresser au docteur Gustin, rue Drouot, 19.

Le Directeur : Dr E. Le Sourd.

Paris. — Typographie A. Pougin, quai Voltaire, 13.

N° 117. — JEUDI 9 OCTOBRE 1873. 46e ANNÉE. JEUDI 9 OCTOBRE 1873. — N° 117

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Bureaux : 57, rue des Saints-Pères, 57
PRÈS L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix d'abonnement doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois

On s'abonne hors de Paris dans les bureaux des Messageries et chez les Libraires
Les lettres non affranchies sont refusées.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui n'en peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS: Trois mois. 8 fr. 50 c. — Six mois. 16 — — Un an. 30 —

POUR L'ÉTRANGER le port en sus suivant les derniers tarifs des Postes.

SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

Le compte rendu de la mortalité cholérique pour la période du 30 septembre au 6 octobre, communiqué par M. Delpech à l'Académie, est, comme on le verra dans le compte rendu de la séance, de plus en plus rassurant. Nous ne nous y arrêterons pas plus longtemps pour aujourd'hui; nous aurons d'ailleurs à y revenir très-probablement dans notre prochain numéro.

Du choléra, passons à la septicémie. M. Piorry, inscrit pour prendre la parole sur le choléra, ayant prévenu qu'une indisposition l'empêchait de se rendre à l'Académie, l'ordre du jour a dû être modifié. M. Colin, qui était inscrit depuis longtemps pour la question de la septicémie, a eu la parole pour donner communication des résultats de ses dernières recherches expérimentales sur l'action des matières putrides.

On se rappelle que M. Colin a déjà communiqué à l'Académie, au mois de mai 1871, les premiers résultats de ses expériences sur l'action des matières putrides introduites par diverses voies dans l'organisme.

Ce premier travail avait un triple objet : d'une part de déterminer les voies diverses par lesquelles les matières putrides peuvent pénétrer dans l'organisme; d'autre part, d'apprécier, de mesurer même la facilité d'introduction de ces matières à travers la membrane muqueuse respiratoire, la muqueuse digestive, le tissu cellulaire; enfin de constater les effets immédiats et secondaires qu'elles produisent suivant leur quantité, leur mode de pénétration, tout cela d'une manière comparative sur le cheval, le mouton, le chien, le lapin et quelques espèces d'oiseaux.

Les points qu'il croit y avoir démontrés lui ont permis d'arriver, par cette seconde série d'expériences, à une analyse plus intime des effets de l'introduction des principes septiques dans l'organisme.

L'objet de son nouveau travail est en effet d'examiner les questions suivantes :

1° La matière putride, le sang putréfié hors de l'économie, le sang modifié dans les vaisseaux sous l'influence des maladies septiques peuvent-ils déterminer ce qu'on appelle la septicémie, sur la plupart des animaux, et en particulier sur toutes nos espèces domestiques?

2° A quelle dose le sang putréfié hors de l'organisme ou modifié par le fait de la septicémie peut-il produire une affection mortelle?

3° Le pus, les fluides sécrétés, la plupart des matières animales altérées par la septicémie jouissent-ils des mêmes propriétés contagifères ou infectantes que le sang?

4° La septicémie est-elle contagieuse par les produits volatils émanés des sujets malades ou de leurs cadavres?

5° Les produits de la septicémie sont-ils inoculables par les muqueuses intactes, notamment par celles des voies digestives?

6° Quelles sont les conditions de la virulence des matières putrides et des liquides sur les animaux septicémiques?

7° En quoi consiste essentiellement la septicémie?

8° Enfin, quels sont les symptômes et les lésions de cet état morbide?

On voit d'ici l'étendue et l'importance de ces recherches, et l'on comprendra que, dans une seule séance, M. Colin n'ait pas eu le temps d'exposer l'ensemble de ses résultats. Il a dû se borner, dans cette première lecture, à l'étude de la première question. Des expériences nombreuses et variées que renferme cette première partie de son travail, M. Colin a tiré des conclusions qu'il résume en ces termes :

L'état pathologique désigné sous le nom de septicémie n'est pas un effet constant et invariable du sang putréfié à l'air ou altéré dans l'organisme. C'est une réaction morbide donnée par certains animaux, mais que le plus grand nombre ne donne pas dans les conditions expérimentales. D'où il suit que les généralisations dont cet état a été l'objet ne sont nullement justifiées et en donnent une idée fausse tout à fait inacceptable en pathologie comparée.

Cette première conclusion promet, comme on le voit, entre M. Colin et M. Davaine, un débat qui ne paraît pas encore prêt d'être terminé. Nous suivrons avec tout l'intérêt qu'il mérite le développement des expériences du savant professeur d'Alfort.

Dr Brochin.

HOPITAL SAINT-ANTOINE. — M. B. Anger.

(M. Delens, suppléant.)

Observation recueillie par M. L. Rivet, externe du service.

Zona ophthalmique avec conjonctivite, hyperesthésie consécutive.

Le 3 août 1873, était couché, au n° 43 de la salle Saint-Christophe, le nommé B... Constant. Cet homme, d'assez bonne constitution, est âgé de trente-cinq ans et habite Paris depuis quinze ans.

Dans sa famille, rien qui soit digne d'être noté; pas d'antécédents rhumatismaux.

Il prétend n'avoir jamais été malade jusqu'à l'hiver de l'an dernier, époque à laquelle il fut pris d'une bronchite dont il est encore atteint. Depuis quelque temps le malade se plaint de sueurs abondantes se manifestant chaque nuit; il ajoute que le côté gauche est toujours plus mouillé que le droit, très-sensiblement. Ces sueurs disparaissent au matin et ne sont accompagnées d'aucun malaise.

Cinq ou six jours avant le début de l'affection pour laquelle il se présentait à l'hôpital, une éruption se montrait au bras gauche, suivant le trajet du nerf radial. Cette éruption dont, à l'entrée du malade, il nous était facile de constater la reproduction sur le côté gauche du cou et le long du troisième espace intercostal correspondant, n'offre pas de caractère particulier, et, s'il fallait lui en assigner un, elle serait plutôt érythémateuse.

La nuit du 29 au 30 juillet s'était passée calme pour le malade avec les sueurs habituelles, lorsque le matin, en se réveillant, il a senti des picotements et de la chaleur localisés dans la moitié gauche du front jusqu'à la racine des cheveux. Il avoua lui-même, sans que la remarque en ait été provoquée, qu'il ressentait des élancements plus forts et plus douloureux, sur un point qu'il indique du doigt, et qui est le point d'émergence de la branche sus-orbitaire du nerf ophthalmique.

En se regardant à la glace, il a pu constater que la partie douloureuse était rouge et légèrement tuméfiée. Rien sur la paupière; pas de douleur de l'œil.

Malgré son métier de fatigue, cet homme, qui est charron, a travaillé pendant toute la journée, ne ressentant, en dehors des picotements, qu'un peu de malaise et la tête lourde d'un côté. Tout mon mal, nous dit-il, se portait à gauche. Le soir, la paupière supérieure gauche était intacte, toute la tuméfaction et la rongeur s'arrêtant au niveau du sourcil. De faibles picotements sur la partie antérieure de la tempe du même côté. Rien sur le nez, mais, en revanche, il ressentait les effets d'un coryza symptomatique qui l'avait obligé de se moucher très-souvent dans la journée. La nuit suivante a été troublée par les douleurs névralgiques plus violentes. Les sueurs se sont reproduites aussi abondantes que d'habitude. Le sommeil a été impossible.

Le lendemain, la sensation de piqûre et de brûlure était plus paisible, l'hémicrânie, plus intense en même temps que la tuméfaction et la rougeur avaient augmenté.

Le malade n'en a pas moins travaillé toute la journée. Le soir, tout allait en s'aggravant; le point douloureux, surtout au niveau du trou sus-orbitaire, était devenu insupportable, de telle sorte que la nuit se passait plus mauvaise que la précédente.

Le matin, qui commençait le troisième jour de la maladie, la paupière supérieure gauche refusait de s'ouvrir; à l'aide d'une glace, le malade la voyait rouge et très-tuméfiée. Des vésicules d'herpès se montraient sur la moitié gauche du front et la paupière correspondante. Malgré tout, cet homme a essayé de travailler jusqu'à midi, heure à laquelle, à bout de forces, il se couchait. Mais ce qui l'a surtout contraint à se mettre au lit, c'est, nous dit-il, qu'il ne pouvait se baisser pour son travail, ni pencher la tête en avant sans être ébloui; ces éblouissements, qui ne se manifestaient que dans l'œil gauche, l'empêchaient de voir pour travailler. Névralgie plus intense, un peu d'épiphora.

Le lendemain, quatrième jour de la maladie, mêmes douleurs; le malade, par une application répétée de cataplasmes, obtient une amélioration très-sensible. Pas de douleurs dans le globe de l'œil.

3 août. — Jour de son entrée à l'hôpital; voici ce que nous étions à même d'observer: Un groupe de vésicules herpétiques se remarque, au premier abord, plus considérable, occupant le point déjà indiqué comme le plus douloureux, c'est-à-dire au niveau du trou sus-orbitaire gauche; quelques-unes d'entre elles sont cachées dans le sourcil. De ce point, comme d'un centre, partent en rayonnant des lignes d'éruption vésiculaire dont l'une, plus épaisse, se dirige en haut et un peu en dedans, pour se perdre dans la racine des cheveux du côté gauche; l'autre, plus divergente et plus longue, se dirige obliquement en dehors et en haut: en cherchant sur la tête on peut la suivre jusque sur le pariétal du même côté. Un peu au-dessus du sourcil, plusieurs petites lignes se détachent de ces deux troncs principaux, pour aller les rejoindre un peu plus haut. Enfin, une dernière ligne, formée de trois ou quatre vésicules seulement, croise de haut en bas, et un peu de dedans en dehors, la paupière supérieure gauche à sa partie moyenne. Il existe encore quelques vésicules isolées à l'angle interne de l'œil, la partie supérieure gauche du nez et la portion antérieure de la tempe gauche. Dans l'intervalle se voit une couleur rouge érysipélateuse avec tuméfaction légère. La partie supérieure fortement œdématiée, demeure toujours fermée; son bord libre est accolé à celui de la paupière inférieure par le muco-pus desséché et sécrété par la conjonctive palpébrale; en effet, en soulevant doucement la paupière, elle se montre doucement hypérémiée. La conjonctive bulbaire est enflammée aussi; l'on y voit les capillaires converger en pinceau vers la cornée. Le malade éprouve une sensation de brûlure sur l'œil et un peu de photophobie. Pas d'autres douleurs: la cornée et l'iris sont intacts. Le coryza persiste avec la même intensité. Le premier traitement, fort simple, a consisté en applications de compresses imbibées d'eau de sureau.

Afin de rendre l'observation plus complète, nous avons cherché s'il existait une différence de température à droite et à gauche. Le thermomètre appliqué avec sain sur chacun des côtés du front, suivant la même ligne et recouvert d'un même nombre de tours de bandes, a marqué ce jour-là:

Du côté malade....................	36°,2
Du côté sain......................	35°,8
Sous l'aisselle...................	37°,2

4 août. — Il est survenu un œdème de la paupière supérieure droite, assez léger cependant pour ne pas incommoder les mouvements. Cet œdème, apparaissant du côté opposé à celui qui est le siége du mal, a été déjà signalé dans plusieurs observations de zona ophthalmique. Les vésicules d'herpès s'affaissent, laissant échapper un liquide citrin. Moins de tuméfaction et de rougeur. La douleur névralgique, beaucoup moins violente, se fait surtout sentir à la pression. Le malade, dans la journée, mouche quelques croûtes, qui prouvent bien qu'une éruption analogue s'est faite dans la fosse nasale gauche. La conjonctivite persiste avec épiphora; sensation de brûlure à la lumière. Pas de douleurs du globe de l'œil.

Les compresses d'eau de sureau sont remplacées par la poudre d'amidon. Le thermomètre marque:

Du côté malade....................	36°,8
Du côté sain......................	36° »
Sous l'aisselle...................	38°,2

5 août. — Les nuits sont plus calmes; les sueurs se reproduisent toujours, mais beaucoup moins abondantes. L'œdème de la paupière supérieure droite persiste. Les vésicules sont remplacées par autant de petites croûtes noirâtres.

La température prise indique une différence sensible:

Du côté malade....................	37,°
Du côté sain......................	36,°4
Sous l'aisselle...................	38°,5

6 août. — On remarque sur l'épaule gauche, se prolongeant le long du cou jusqu'à la tempe, une éruption analogue à celle que nous avons vue apparaître, au début de l'affection, sur le bras du même côté. La conjonctive oculaire est encore assez fortement injectée. L'écoulement a cessé avec l'épiphora. Moins de rougeur et de tuméfaction; même douleur à la pression. Nous avons au thermomètre :

Du côté malade....................	36°,3
Du côté sain......................	36°
Sous l'aisselle...................	37°,4

7 août. — L'œdème de la paupière droite, la tuméfaction et la rougeur du côté gauche ont presque entièrement disparu. La conjonctive oculaire est encore injectée, mais le malade garde son œil ouvert sans en être incommodé. Le thermomètre ne marque plus de différence sensible. Le lendemain, le malade se sentant en état de travailler, demande à sortir. Nous l'avons revu quelques jours après (25 août). La rougeur ne paraît plus; les croûtes tombées ont laissé à leur place des cicatrices blanches et profondes; la paupière supérieure gauche est encore légèrement tuméfiée et un peu rouge. La conjonctivite n'a pas laissé de trace. Les sueurs se reproduisent de temps à autre, la nuit, mais beaucoup moins abondantes. Plus de douleurs névralgiques; le malade accuse parfois une sensation de chatouillement, surtout au niveau du trou sus-orbitaire.

Aujourd'hui, une sensibilité exagérée à la pression sur toute la surface qui a été le siége du zona, autrement dit, une hyperesthésie cutanée tendant à disparaître de jour en jour, est tout ce qui reste de l'affection.

CHOLÉRA TRAITÉ PENDANT LA PÉRIODE ALGIDE

PAR L'ENVELOPPEMENT DANS UN DRAP MOUILLÉ ET DANS UNE COUVERTURE DE LAINE

Par le docteur A. BLOCH, ancien interne des hôpitaux de Paris.

Pendant que le choléra sévit encore dans quelques pays de l'Europe, nous croyons devoir publier l'observation suivante, dans laquelle on verra que l'enveloppement dans un drap mouillé et dans une couverture de laine, moyen du reste déjà connu, a réussi dans un des cas les plus graves.

Le samedi 27 septembre 1873, à une heure de l'après-midi, nous fûmes appelé auprès d'un enfant âgé de quatre ans et demi, qui, depuis le matin, à neuf heures, avait été atteint subitement de diarrhée et de vomissements.

Arrivé auprès du malade, la nature de l'affection ne fut pour nous l'objet d'aucun doute, car les symptômes du choléra étaient nettement caractérisés, et le cas auquel nous avions affaire ne différait du reste en rien des nombreux cas de choléra que nous avions eu l'occasion d'observer en 1865 à Paris, à l'hôpital Beaujon. En quatre heures de temps, l'enfant en était déjà arrivé à la période algide, et présentait à notre première visite les symptômes suivants : Refroidissement de la peau, excavation des yeux avec coloration noirâtre des paupières, langue froide, pouls insensible, voix cassée, suppression complète des urines, perte d'élasticité de la peau, sueurs visqueuses, douleurs intenses dans le ventre et dans les jambes. Les selles et les vomissements qu'on nous fit voir étaient liquides, aqueux et contenaient quelques flocons muqueux. En peu de temps, la face prit une coloration livide, cyanosée, les sueurs devinrent plus abondantes et l'état général s'aggrava.

Pour le moment, nous nous attachons particulièrement à réchauffer le malade et à ranimer la circulation capillaire au moyen de briques chaudes et de frictions répétées sur toute la surface du corps. Mais la gravité du mal augmentait à chaque instant, et à cinq heures, c'est-à-dire huit heures environ après le début de la maladie, la mort paraissait imminente. Nous nous décidons alors à envelopper l'enfant dans un drap trempé dans de l'eau froide, et par-dessus ce drap nous appliquons une couverture de laine très-épaisse. En même temps, nous recommandons aux parents de faire prendre au malade de la tisane de menthe poivrée, et de continuer l'ingestion des liquides, malgré les vomissements. Au bout d'une heure, il n'y avait encore aucune amélioration et l'on vint nous chercher pour voir l'enfant qui était au plus mal. En effet, le collapsus avait atteint son plus haut degré. La perte de connaissance était complète, la peau était toujours froide, visqueuse, et maintenant elle restait insensible à toutes les excitations extérieures. La respiration seule persistait encore; mais elle était extrêmement lente.

Nous laissons encore l'enfant dans le drap mouillé.

A partir de ce moment, la situation change. Les parents remarquent que la peau de l'enfant devient plus chaude, et au bout de trois quarts d'heure environ, celui-ci revient à lui.

On nous appelle de nouveau, et nous trouvons le malade sorti de son coma. Le refroidissement de la peau avait diminué et le pouls radial était de nouveau perceptible au toucher. Cependant les douleurs abdominales avaient reparu.

Nous remettons le malade dans un drap mouillé, avec la couverture de laine par-dessus; et cette fois, au lieu de menthe poivrée, nous prescrivons de l'eau pure et glacée. On laisse encore l'enveloppement humide pendant deux heures.

Au bout de ce temps, la peau reprend sa chaleur ordinaire, les vomissements diminuent, et la circulation se rétablit complétement. La période de réaction est commencée.

Le lendemain matin 28 septembre, les urines ont reparu. Il y a eu deux selles liquides; mais celles-ci ne sont plus aqueuses, elles sont brunâtres et contiennent des matières fécaloïdes. Le pouls est fréquent. — Sous-nitrate de bismuth, 10 grammes dans la journée.

Le 29 septembre, un peu de somnolence. Désirant relever les forces de l'enfant le plus tôt possible, nous prescrivons du lait froid additionné de 10 centigrammes de pepsine par tasse.

Le 30 septembre, l'enfant a pris cinq à six tasses de lait dans la journée du 29 septembre et n'a pas eu de vomissements. La diarrhée persiste. On augmente la quantité de sous-nitrate de bismuth, et l'on ajoute trois gouttes de laudanum de Sydenham, à prendre dans un peu d'eau sucrée.

1er octobre. Encore un peu de somnolence. L'excoriation des yeux est encore très-visible. — Potion avec 2 grammes d'extrait mou de quinquina. On continue le lait froid, la pepsine et le bismuth.

2 octobre. La diarrhée n'ayant pas encore disparu, nous prescrivons un quart de lavement avec deux gouttes de laudanum de Sydenham.

3 octobre. La diarrhée a cessé. Le pouls a sa fréquence normale. L'enfant est gai et demande à se lever.

Réflexions. — Le cas que nous venons de rapporter est bien un cas de choléra d'emblée, sans prodromes, en ce sens qu'il n'y a pas eu de diarrhée, ni aucun autre symptôme, avant le début de la maladie. Nous avons interrogé plusieurs fois la mère de l'enfant, à propos de l'état de santé de son fils, et elle nous a toujours répondu qu'il s'était très-bien porté jusqu'au samedi matin 27 septembre.

La maladie a marché rapidement et, au bout de quatre heures, la période algide s'est montrée à un degré déjà très-élevé. Au bout de huit heures environ, le collapsus était complet. A ce moment, le drap mouillé et la couverture de laine ont été appliqués, et, après deux heures d'enveloppement, l'enfant était ranimé et la circulation s'était rétablie. Ajoutons que pendant toute la durée de l'enveloppement, une quantité notable de liquide a été ingérée, malgré les vomissements. On a d'abord donné de la menthe poivrée, et ensuite de l'eau froide (un verre tous les quarts d'heure).

Lorsque la période de réaction s'est montrée, les vomissements et la diarrhée ont persisté, mais ils étaient moins fréquents

et devaient à ce moment inspirer moins d'inquiétude. En effet, les selles avaient changé de nature, et au lieu d'être aqueuses, elles avaient acquis plus de consistance et contenaient des matières fécaloïdes.

Dès le deuxième jour de la période de réaction (troisième jour de la maladie), nous avons fait prendre à l'enfant du lait glacé, additionné de 10 centigrammes de pepsine par tasse, et il n'y a pas eu de vomissements.

Du reste, cette période de réaction n'a pas été très-vive, et, à part un peu de fréquence du pouls et de chaleur de la peau, la convalescence s'est établie franchement. Il y a eu aussi un peu de somnolence; mais ce symptôme n'a pas persisté. Une potion avec deux grammes d'extrait mou de quinquina a été prescrite à ce moment.

Le sous-nitrate de bismuth et le laudanum de Sydenham, ingérés par l'estomac, n'ont eu aucune influence sur la diarrhée de la période de réaction; mais un simple petit lavement d'eau tiède avec deux gouttes de laudanum de Sydenham a complétement arrêté cette diarrhée.

Pendant l'épidémie de 1865, nous avions déjà remarqué que le bismuth et l'opium administrés par la voie stomacale avaient peu d'utilité dans le traitement des coliques et des diarrhées qui règnent généralement en temps de choléra. Au contraire, un quart de lavement avec sept ou huit gouttes de laudanum, pour un adulte, lavement qu'il faut recommander de garder, a toujours suffi pour faire disparaître la diarrhée, lorsqu'il n'y avait pas d'autre complication.

Notre excellent maître, le docteur Besnier, dans un rapport récent à la Société médicale des hôpitaux, a fait savoir que le traitement du choléra par le drap mouillé avait donné d'assez bons résultats dans les hôpitaux de Paris, et, à ce propos, il a rappelé un résumé sur la thérapeutique du choléra, publié par lui, en l'année 1866, dans le *Bulletin général de thérapeutique médicale et chirurgicale*.

Nous ajoutons ici un extrait de ce mémoire, relatif au sujet qui nous occupe :

Dans ses *Études sur le choléra observé à Smyrne*, M. Burguières s'exprimait ainsi : « J'insisterai particulièrement sur le traitement hydrothérapique qui m'a donné des résultats très-remarquables, surtout au point de vue de la physiologie pathologique. Dépouillés de tout vêtement, les malades étaient enveloppés dans un drap trempé dans de l'eau de puits et recouverts ensuite de couvertures de laine : ils étaient ainsi laissés *deux heures*, pendant lesquelles on leur donnait à boire, tous les quarts d'heure, une tasse d'eau fraîche. Dans tous les cas, quel que fût le degré de l'état algide, à peine une demi-heure s'était-elle écoulée que la chaleur se rétablissait; on *réappliquait alors le drap mouillé*, dont on répétait l'emploi deux ou trois fois. Sur six malades arrivés à la période de cyanose, quatre ont guéri, deux ont succombé. Je dois dire que ces deux dernieas étaient déjà presque des cadavres, et cependant, chez eux comme chez les autres, la réaction s'est franchement opérée. (*Bulletin de thérapeutique*, 10e livraison, 30 novembre 1866, p. 441.)

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 7 octobre 1873. — Présidence de M. Depaul.

CORRESPONDANCE OFFICIELLE

M. le ministre de l'agriculture et du commerce transmet le compte rendu des maladies épidémiques qui ont régné en 1871 et 1872 dans le département de l'Aisne. (Comm. des épidémies.)

CORRESPONDANCE NON OFFICIELLE

Elle comprend : 1° deux lettres de remercîments, l'une de M. Hugues Bennett (d'Édimbourg); l'autre de M. de Vry (de la Haye), récemment élus membres de l'Académie ;

2° Un mémoire de M. le docteur Beauregard (du Havre) sur la nature et le traitement du choléra ;

3° Une lettre de M. le docteur Félix Rochard, accompagnant l'envoi d'une brochure intitulée : *Projet de création d'un hôpital sur l'eau* ;

4° Une lettre de M. Netter, relative à la communication faite dans la dernière séance, par M. Crocq sur les parotidites.

PRÉSENTATIONS

M. J. Guérin présente, au nom de M. le docteur Ch. Galicier, un volume ayant pour titre : *Vie de l'univers*.

M. Verneuil présente : 1° au nom de l'auteur, M. Bertillon, l'article Mésologie du *Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales* ;

2° Il met sous les yeux de l'Académie un trocart destiné à ponctionner la vessie dans la taille sus-pubienne et à servir, en même temps, de conducteur à un bistouri pour l'inciser.

Tous les chirurgiens s'accordent à reconnaître que dans la taille sus-pubienne (procédé de Rousset ou de Baudens), où l'on n'ouvre pas la vessie, comme dans celui du frère Côme, de dedans en dehors, mais bien de dehors en dedans, le temps le plus difficile de l'opération est celui dans lequel on divise la paroi vésicale.

Si l'on a pratiqué une injection d'eau (procédé de Rousset), on risque de la voir s'épancher dans le petit bassin ; si, au contraire, on a incisé directement sur la pierre (procédé de Baudens), lorsque le calcul est volumineux et le sujet a peu d'embonpoint, il arrive que ce n'est pas sans peine qu'on peut saisir les lèvres de la plaie.

Leroy d'Etiolles, Amussat et autres ont inventé, dans le but de parer à ces difficultés et à ces dangers, des crochets suspenseurs; mais ces instruments offrent tous l'inconvénient de ne soulever la vessie que lorsque celle-ci est déjà divisée.



A l'aide du trocart courbe, dont voici la figure et la description, et qu'en raison de sa double action, M. le docteur Mallez nomme *Trocart suspenseur à rainure conductrice*, ce praticien a voulu remédier aux inconvénients que l'on avait déjà reconnus dans les crochets suspenseurs, à l'époque où l'on faisait le plus fréquemment la taille suspubienne.

Ce trocart, fabriqué par M. Mathieu, sur les indications de M. Mallez, est courbe ; sa canule est munie d'une rainure C, D qui permet de guider le bistouri, pour pratiquer l'incision de la vessie, et la pointe B du trocart se cache par une simple traction sur le bouton A.

Lorsque la paroi abdominale est divisée et que la vessie apparaît distendue, on y plonge le trocart; et en relevant le bouton A avec le pouce, la pointe B disparaît dans la canule qui sert alors de crochet suspenseur mousse. On saisit immédiatement le bistouri, dont on fait glisser la pointe dans la rainure C, D, pratiquée sur la convexité de la canule; le point où l'on a plongé la canule, marque par sa distance au pubis la longueur de l'incision.

Dans une taille hypogastrique que M. Mallez a pratiquée, il y a quelque temps, cet instrument a été expérimenté avec succès, devant plusieurs chirurgiens.

M. Bergeron dépose sur le bureau une brochure de M. Lecadre (du Havre) sur le mouvement de la population et sur les affections épidémiques qui ont régné au Havre pendant les années 1871 et 1872.

M. Larrey présente : 1° au nom de M. Julliard, plusieurs brochures sur divers points de pathologie ; 2° un volume ayant pour titre : *Histoire de l'ambulance américaine*, par M. le docteur Thomas W. Evans.

M. DELPECH communique les chiffres de la mortalité cholérique. La décroissance de l'épidémie se prononce de plus en plus.

	Hôpit. civils.			Hôpit. milit.	A domicile.	Totaux
	Entrées.	Décès.	Sorties.	Décès.	Décès.	par jour.
30 sept.	4 (1 int.)	7	0	0	2	9
1er oct.	6 (2 int.)	4	0	0	2	6
2 —	6 (3 int.)	5	0	1	3	9
3 —	5 (2 int.)	5	0	0	3	8
4 —	3 (0 int.)	5	0	0	5	10
5 —	6 (2 int.)	2	0	1	0	3
6 —	7 (0 int.)	4	0	?	2	6
	37 10	32	0	2	17	51

Ainsi, malgré l'élévation de température et le temps orageux, la mortalité de 66 est tombé à 51, ce qui donne une diminution de 15 décès.

Le nombre des cas de décès à domicile est de 17 au lieu de 30.

Les hôpitaux militaires n'ont présenté que deux cholériques.

Dans les hôpitaux civils la mortalité a donné 32 décès au lieu de 34.

Il y a eu 37 entrées au lieu de 63 et 10 cas intérieurs. Ce dernier chiffre avait été de 34 la semaine précédente, cela donne une diminution de 24 cas.

Si le chiffre brut de la diminution numérique, ajoute M. Delpech, qui est du quart à une légère portion près, est déjà très-satisfaisant, il le devient davantage encore lorsqu'on la décompose en ses éléments, et il semble autoriser les meilleures expériences pour l'avenir.

Un médecin vérificateur des décès a dit à M. Delpech que tous les cas de décès par le choléra qu'il avait visités avaient eu lieu chez des malades très-gravement atteints d'autres maladies auxquelles ils auraient certainement succombé dans un temps plus ou moins rapproché. Ce fait coïncide avec les nombreuses attaques de choléra ayant débuté dans les hôpitaux.

La mortalité paraît cette fois encore avoir été plus considérable à l'âge adulte. On compte, en effet, 113 hommes atteints et 126 femmes, sur lesquels on compte 62 décès pour les hommes et 76 pour les femmes.

Il en est autrement chez les enfants de 2 à 15 ans.

Sur 10 garçons atteints 7 sont morts, et sur 8 filles 3; mais ces chiffres sont trop faibles pour qu'on puisse en rien conclure.

— L'ordre du jour appelait la suite de la discussion sur le choléra; mais M. Piorry, inscrit pour prendre la parole, ayant prévenu qu'une indisposition l'empêchait de se rendre à l'Académie, la suite de la discussion est ajournée.

La parole est à M. Colin pour une lecture sur la septicémie.

— **M. COLIN** commence la lecture d'un travail très-étendu sous le titre de : *Nouvelles recherches sur l'action des matières putrides et sur la septicémie.* (Voir le Premier-Paris.)

— A quatre heures et demie, l'Académie se forme en comité secret pour entendre un rapport de M. Giraldès sur les travaux des candidats aux places de correspondants étrangers.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 3 octobre 1873. — Présidence de M. LAILLER.

Suite de la discussion sur le choléra.

M. BESNIER communique une nouvelle note sur l'épidémie cholérique.

Il commence par donner les chiffres que nous avons déjà fait connaître dans nos dernières revues cliniques. Puis il rappelle les résultats depuis le début de l'épidémie jusqu'au 30 septembre.

Tous les arrondissements ont été frappés à peu près simultanément. La décroissance est en ce moment absolue, progressive, accentuée; mais M. Besnier ne croit pas qu'il faut se hâter d'en conclure que tout danger est conjuré.

Il suffit, en effet, de rappeler ce qui s'est passé dans les épidémies précédentes. En 1865, l'épidémie a, comme celle-ci, débuté en septembre; dans la dernière semaine de ce mois, on avait compté 95 décès, et dans la première semaine d'octobre on en comptait 380, dans la seconde 1,040 et dans la troisième 1,465. Il est à craindre, en outre, que l'épidémie actuelle se prolonge longtemps encore, et, dans cette crainte, il faut maintenir dans toute leur rigueur les mesures d'hygiène publique et privée. Les atteintes de l'épidémie sont toujours d'une extrême gravité. M. Besnier craint que les mesures préservatrices ne soient pas exécutées dans toute leur rigueur, et il regrette, par exemple, de voir l'eau couler si peu abondamment dans les ruisseaux et dans les égouts.

M. Besnier donne ensuite trois échelles parallèles de la population, de la mortalité cholérique en 1873, de la mortalité variolique en 1870 dans les 20 arrondissements. Voici l'échelle de la population : 11e, 10e, 4e, 5e, 9e, 18e, 3e, 6e, 1e, 2e, 19e, 17e, 7e, 8e, 20e, 11e, 13e, 15e, 14e, 16e. Voici maintenant l'échelle de la mortalité cholérique en 1873 : 18e, 4e, 10e, 12e, 11e, 1e, 15e, 17e, 14e, 5e, 19e, 6e, 7e, 3e, 2e, 20e, 8e, 16e, 9e, 13e; et voici celle de la mortalité variolique en 1872 : 11e, 18e, 10e, 12e, 19e, 17e, 20e, 9e, 6e, 4e, 5e, 14e, 13e, 7e, 3e, 15e, 8e, 2e, 1e, 16e.

A l'hôpital militaire Saint-Martin, depuis le 25, un seul cas de cholérine coïncidant avec une diathèse rhumatismale.

A l'hôpital militaire de Vincennes, depuis le 18, aucun cas de choléra; disparition entière des diarrhées et des dysentéries.

A l'hôpital militaire du Gros-Caillou, du 24 septembre au 2 octobre, 9 cas nouveaux dont 4 décès.

A l'hôpital du Val-de-Grâce, du 25 septembre au 2 octobre, 2 cas de cholérine sur deux soldats voisins de lit à la caserne de Babylone, 2 cas de choléra douteux développés à l'intérieur encore en traitement.

A l'hôpital Saint-Louis, aucun cas intérieur depuis le 11 septembre. Du 20 au 29, 4 cas du dehors, dont 3 foudroyants. Parmi ces derniers se trouve une femme, buandière à l'hôpital Saint-Martin, où elle avait lavé du linge apporté de la salle des cholériques et était d'ailleurs très fatiguée par le travail.

A l'Hôtel-Dieu, M. Moissenet, du 30 au 4 septembre, a reçu 27 femmes cholériques, dont 18 de l'intérieur et 9 du dehors; sur ces 27 cas, on en compte 12 mortels, sur lesquels 4 du dehors et 9 de l'intérieur. Presque tous ces malades ont présenté un état gastrique et une diarrhée prémonitoire; beaucoup d'entre eux avaient des affections préexistantes.

Comme traitement, M. Moissenet ne manque jamais d'administrer l'ipéca au début, à la dose de 2 grammes.

M. Legroux a communiqué à M. Besnier une note donnant les résultats d'injections veineuses qu'il a pratiquées sur plusieurs cholériques. Ce moyen de traitement, d'ailleurs seulement employé dans la période asphyxique, n'a donné aucun résultat satisfaisant.

La Société reprend la discussion sur l'isolement des cholériques.

M. FERRANT est partisan de la création d'un hôpital spécial pour les cholériques, à condition toutefois que cette mesure ne soit préjudiciable ni aux cholériques eux-mêmes ni aux habitants des maisons voisines de cet hôpital. En effet, il y aurait, suivant lui, un véritable danger à réunir un trop grand nombre de cholériques dans un même hôpital. Bien des faits ont démontré dans les dernières épidémies, et particulièrement pour la rougeole, aux Enfants-Assistés, tout le danger qu'il y a pour les malades en grand nombre à les accumuler dans un même lieu. D'autre part, on créerait ainsi pour le choléra un immense foyer qui pourrait devenir redoutable pour le voisinage. C'est pourquoi M. Ferrant proteste énergiquement contre l'idée qui a été émise de choisir l'hospice des Incurables pour en faire cet hôpital spécial. C'est à tort, suivant lui, qu'on a dit que le choléra ne *traversait pas la rue*; l'hospice des Incurables est d'ailleurs très-peu isolé et se trouve en contact, pour ainsi dire, avec d'importantes maisons contenant elles-mêmes un certain nombre

de malades. Il regarderait donc comme très-dangereux de transporter dans un centre pareil des individus qui seraient capables de *ruminer* le miasme cholérique, comme on l'a dit, et de devenir ainsi le point de départ d'un véritable foyer épidémique. M. Ferrant demande donc la création de petits hôpitaux excentriques, multipliés autant que possible, et surtout éloignés les uns des autres, et proteste contre la création d'un seul hôpital spécial.

M. BROUARDEL n'a jamais demandé la création d'un seul hôpital spécial; il a seulement cherché à faire ressortir la nécessité de la *spécialité du service* et de la *spécialité du bâtiment* pour les cholériques.

Il ne croit pas, comme M. Ferrant, qu'il soit dangereux pour les malades eux-mêmes de créer un grand foyer, pourvu toutefois qu'il n'y ait pas d'encombrement. L'exemple de l'épidémie de rougeole, cité par M. Ferrant, est mal choisi, en raison de la gravité de l'état des enfants atteints dans cette épidémie; et d'autre part, M. Ferrant n'a pas cité l'exemple de l'épidémie de variole en 1870. On sait, en effet, que le transport des varioleux à l'hospice des Incurables n'a été en rien préjudiciable au quartier de la rue de Sèvres.

M. FERRANT répond que contre la variole on avait la vaccine et qu'on n'a rien d'analogue contre le choléra. Ces deux épidémies ne sont donc pas comparables.

M. MOISSENET est heureux de pouvoir rassurer M. Ferrant au sujet de l'hospice de la rue de Sèvres.

L'idée d'y transporter les cholériques a été définitivement abandonnée.

Le conseil d'administration de l'Assistance publique s'est réuni et a nommé une commission qui a étudié la question de l'isolement dans les bâtiments du nouvel Hôtel-Dieu. Cette mesure exigerait de trop fortes dépenses de la part de l'Assistance publique. Mais on a pensé qu'il serait très facile de pratiquer un isolement complet dans les anciens corps de bâtiment de l'Assistance publique. On transporterait rue de Sèvres les malades, remplissant ordinairement ces salles, qui seraient alors uniquement consacrées aux cholériques. Il en serait de même des pavillons de Beaujon et de Lariboisière; les malades qui les occupent actuellement seraient aussi transportés rue de Sèvres.

Mais le conseil ne voit pas la nécessité, devant la décroissance manifeste de l'épidémie, de mettre en œuvre des mesures extrêmement coûteuses et qui, très-probablement, ne serviraient à rien.

M. MARTINEAU pense que si la Société est absolument contagionniste, elle doit pousser jusqu'au bout les conséquences de son opinion et demander la création d'hôpitaux *extra muros*, comme, au début de la discussion, l'ont proposé MM. Fournier et Colin; elle ne doit plus admettre un seul cholérique dans aucun hôpital : en un mot, il faudrait transporter tout foyer épidémique au dehors de la ville, dût-on y créer un grand nombre d'hôpitaux spéciaux.

M. MOISSENET croit que la proposition de M. Martineau n'est pas pratique, attendu qu'il faut d'abord sauvegarder les cholériques et qu'il s'en trouve un très-grand nombre qu'il est absolument impossible de transporter à de longues distances. Il faut tenir compte, en outre, des cas intérieurs, qui exigeront toujours des services spéciaux dans les hôpitaux généraux.

M. CHAUFFARD se range entièrement à l'opinion de M. Moissenet, et regarde l'isolement absolu, dans une grande cité, comme un rêve irréalisable.

M. BERGERON partage tout à fait cette manière de voir, et fait observer que la Société ne peut et ne doit demander que des choses possibles. Or, la proposition émise par M. Martineau serait d'une exigence poussée à l'extrême.

M. ISAMBERT regrette de voir le Conseil agir comme si tout danger était conjuré. Il voudrait, au contraire, lui voir prendre les mêmes précautions que si nous étions en face d'une très-forte épidémie. Il y a beaucoup de cholériques transportables que M. Isambert ne voudrait pas voir grossir le nombre des cas intérieurs dans les hôpitaux. La séparation de l'Hôtel-Dieu, qu'a proposée M. Moissenet au nom du Conseil, ne serait acceptable, suivant lui, qu'à la condition de murer la communication souterraine ouverte entre les deux bâtiments. Il fait observer, en outre, qu'il y a bien des terrains vagues dans Paris sur lesquels on pourrait promptement établir des baraques.

M. COLIN croit qu'il faudrait s'arrêter à l'idée très-pratique d'utiliser les postes-casernes qui se trouvent dans de très-bonnes conditions, et qui, à ses yeux, sont préférables aux tentes, parce qu'on peut y obtenir une certaine température qu'il regarde comme nécessaire aux cholériques.

M. CHAMPOUILLON croit qu'il est dangereux, pour le choléra comme pour le typhus, de concentrer les cholériques dans un même établissement. Il rappelle que dans la campagne d'Orient, il a eu ainsi un très-grand nombre de cholériques réunis dans un monastère. Le choléra n'a pas tardé à se progager à tout le faubourg. Michel Lévy donna l'ordre alors de disséminer les cholériques, et la mortalité devint beaucoup moindre et même insignifiante relativement à ce qu'elle avait été, puisque, dans un seul jour, on avait compté 118 décès.

M. Champouillon ne serait pas aussi éloigné que disait l'être M. Colin de mettre les cholériques sous des tentes. La tente est en effet beaucoup plus chaude qu'on ne croit.

M. MARTINEAU, en proposant des hôpitaux *extra muros*, n'entendait les consacrer qu'aux cas de choléra développés à l'intérieur. Il ne pensait pas qu'il fût aussi difficile de pratiquer à Paris ce qui s'est fait à Copenhague.

M. BERGERON fait observer, qu'en demandant la spécialité du personnel pour les cholériques, il ne saurait être question des médecins. Si, en effet, on admettait que le médecin pût transmettre le choléra par lui-même, il devrait alors se séquestrer de sa famille, de sa clientèle et être mis au régime absolu du lazareth.

M. BUCQUOY dit qu'il suffit que le médecin qui sera chargé d'un service de cholériques ait la précaution de les réserver pour la fin de la visite.

M. MARTINEAU dit que si le choléra est transmissible, les médecins doivent le transmettre.

M. CHAUFFARD regarde cette opinion comme tout à fait exagérée. Il y a, dit-il, pour chaque maladie contagieuse des modes de transmission tout spéciaux, et rien ne prouve que les médecins aient jamais transporté le choléra. A cette occasion, il rappelle le fait suivant : pendant la dernière épidémie de choléra, il était à l'hôpital des Enfants, il avait l'habitude de faire une visite du soir; une fois, à cette visite, il négligea de changer de paletot; un enfant vomit à deux reprises différentes sur celui qu'il portait; M. Chauffard s'essuya de son mieux, alla voir ses malades et rentra dans sa famille; il ne brûla pas son paletot et put s'assurer, par la suite, qu'il n'avait transporté le choléra nulle part. Il ne faut donc pas exagérer ce danger ni demander des mesures incompatibles avec certaines nécessités sociales qu'il convient de respecter.

La Société décide qu'elle demandera la spécialité de bâtiment et la spécialité de service (sœurs et infirmiers) pour les cholériques.

La séance est levée à cinq heures.

REVUE DE LA PRESSE

Du danger qu'il y a de réduire les anévrysmes de la crosse de l'aorte. — M. Tillaux reçoit à Lariboisière un homme de cinquante-quatre ans, portant un anévrysme de la portion ascendante de la crosse de l'aorte avec perforation du sternum. Ayant à deux reprises, pour confirmer le diagnostic devant ses élèves, réduit complétement cette tumeur par une simple pression de la main, l'aspect du malade changea subitement; il ne put achever une phrase commencée, la bouche resta entr'ouverte, les yeux sans expression, les traits immobiles; la face devint très-pâle; le corps était immobile. Il y avait une hémiplégie gauche complète, qui, quelques instants après, passa à droite. Quelques heures après, cette hémiplégie diminua, mais il resta une aphasie complète qui dura plusieurs jours. M. Tillaux explique ainsi ces accidents : l'un des caillots contenus dans la poche anévrysmale s'est dilaté sous

l'influence de la pression et a été lancé vers la base du cerveau en suivant, et l'arrivée d'un caillot dans l'hexagone artériel a déterminé l'anémie du lobe antérieur gauche, et, par suite, des phénomènes apoplectiques. L'autopsie de ce malade, mort un mois après d'hémorrhagie, a prouvé que ce caillot avait été entièrement résorbé. Déduction pratique : apporter la plus grande prudence dans l'examen des anévrysmes de la crosse de l'aorte (1). (*Bull. de thérapeutique.*)

Hémorrhagie consécutive à l'extraction des dents, par M. le docteur J. Moreau. — *Conclusions* : 1° L'hémorrhagie consécutive à l'extraction des dents est un accident ordinairement bénin ; mais qui, par la gravité exceptionnelle qu'il peut acquérir dans certains cas, doit toujours éveiller l'attention du chirurgien ; — 2° Cet accident, empruntant surtout sa gravité aux conditions individuelles du sujet et aux affections constitutionnelles dont il peut être atteint, le chirurgien devra consulter les antécédents et avoir présents à l'esprit les signes de l'hémophilie ;—3° Dans le caoù aura été reconnue cette prédisposition aux hémorrhagies, il se refusera rigoureusement à pratiquer l'extraction ; — 4° Lorsque le chirurgien se trouvera en présence d'un écoulement de sang consécutif à l'extraction d'une dent, il devra débarrasser l'alvéole des corps étrangers, réduire les parties osseuses déplacées, reséquer les lambeaux flottants ou les remettre en place suivant leur étendue, faire pratiquer des lavages modérés et interdire absolument les mouvements de succion ; — 5° Si l'hémorrhagie persiste, il devra tamponner l'alvéole au moyen d'une substance imperméable à la salive et exercer une compression constante par un appareil contentif laissant libres, autant que possible, les mouvements des mâchoires. (*Arch. générales de médecine.*)

ÉTAT SANITAIRE.

Pendant la semaine finissant le 3 octobre, on a constaté 864 décès, savoir :

Variole, 0; rougeole, 16 ; scarlatine, 1; fièvre typhoïde, 41; érysipèle, 3; bronchite aiguë, 16 ; pneumonie, 34 ; dysentérie, 6 ; diarrhée cholériforme des jeunes enfants, 26 ; choléra, 50; angine couenneuse, 10; croup, 14 ; affections puerpérales, 10; autres affections aiguës, 234; affections chroniques, 338, dont 156 dues à la phthisie pulmonaire ; affections chirurgicales, 47; causes accidentelles, 19.

Renseignements sur quelques autres villes :

Londres. — Population : 3,356,073 habitants. — Décès du 21 au 27 septembre 1873, 1,177.

Variole, 2;—rougeole, 22 ;— scarlatine, 11; — fièvre typhoïde, 28 — érysipèle, 11; — bronchite, 100 ; — pneumonie, 61; — dysentérie, 1 ; — diarrhée, 85 ; — choléra nostras, 3 ; — diphthérie, 4 — croup, 11 ; — coqueluche, 89.

Bruxelles. — Population : 185,000 habitants. — Décès du 14 au 20 août 1873 : 96.

Rougeole, 3 ; — fièvre typhoïde, 0 ; — bronchite et pneumonie, 6; croup et angine couenneuse, 1 ; — diarrhée des jeunes enfants, 21.

Nice. — Population : 49,230 habitants. — Décès du 1er au 15 septembre 1873 : 54.

Variole, » ; — croup, 3; — pneumonie, 3 ; — dysentérie, 2; — affections puerpérales, 2.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Par décret du Président de la République, ont été nommés à l'École de médecine et de pharmacie de Bordeaux :

M. le docteur Micé, professeur de chimie et de toxicologie (chaire nouvelle);

M. le docteur de Fleury, professeur de thérapeutique (chaire transformée);

M. Métadier, professeur de pharmacie et de matière médicale (chaire transformée);

M. Perrens, professeur d'histoire naturelle médicale.

— *Amphithéâtre d'anatomie.* — MM. les élèves internes et externes des hôpitaux sont prévenus que les travaux anatomiques commenceront le lundi 20 octobre, à l'amphithéâtre de l'administration, rue du Fer-à-Moulin, n° 17.—Les cours auront lieu tous les jours, à quatre heures, dans l'ordre suivant :

1° Anatomie chirurgicale : M. le docteur Tillaux, directeur des travaux anatomiques, les mardis et vendredis ; — 2° Anatomie descriptive : M. le docteur Terrillon, prosecteur, les lundis et jeudis ; — 3° Physiologie : M. le docteur Marchand, prosecteur, les mercredis et samedis ; — 4° Histologie : M. Grancher, chef du laboratoire, les mardis et vendredis, à deux heures.

Le laboratoire d'histologie sera ouvert aux élèves pendant toute la durée des travaux anatomiques. — Le Musée d'anatomie sera ouvert tous les jours, de une heure à quatre heures.

Le Directeur : Dr E. Le Sourd.

Paris.— Typographie A. Pougin, quai Voltaire, 13.

(1) Ce fait doit faire prochainement l'objet d'une thèse inaugurale.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Bureaux : 57, rue des Saints-Pères, 57
PRÈS L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix d'abonnement
doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

On s'abonne hors de Paris
dans les bureaux des Messageries et chez les Libraires
Les lettres non affranchies sont refusées.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui n'en peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS : Trois mois. . 8 fr. 50 c. — Six mois. . 16 — Un an. . . . 30 —

POUR L'ÉTRANGER le port en sus suivant les derniers tarifs des Postes.

REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE

Le choléra.

Le tableau communiqué par M. Delpech dans la dernière séance de l'Académie et que nous avons reproduit dans le compte rendu de jeudi dernier, montrait une décroissance rapide et soutenue. Le relevé du mouvement dans les hôpitaux de Paris donne une confirmation de cette décroissance.

Voici la situation générale des hôpitaux au 9 octobre :

Entrés.		308
Sortis.	76	268
Décédés.	190	
Restant le 9 au soir.		40

Etat détaillé par établissement pendant la période du 3 au 9 octobre :

	Exist. au matin.	Admissions de l'ext.	Admissions de l'int.	Total	Sorties	Décès	Total des sort. et des décès	Rest. au soir
Hôtel-Dieu. . . .	15	»	3	18	3	8	11	7
Pitié	2	2	»	4	1	»	1	3
Charité.	6	1	»	7	2	1	3	4
St.-Antoine. . . .	3	3	»	6	1	1	2	4
Necker.	2	2	»	4	1	1	2	2
Beaujon.	6	7	»	13	4	4	8	5
Lariboisière. . . .	12	8	1	21	4	8	12	9
Saint-Louis. . . .	1	1	»	2	1	»	1	1
Enfants-Malades	2	4	1	7	1	2	3	4
Sainte-Anne. . .	»	»	1	1	»	1	1	»
Maison de santé.	1	»	»	1	»	1	1	»
Vieillesse(fmes).	»	1	1	1	»	»	»	1
Sainte-Périne . .	»	»	1	1	»	1	1	»
Totaux. . .	50	29	7	86	18	28	56	40

La particularité que nous signalions dans notre dernière revue, la persistance de la gravité des cas malgré la décroissance rapide de l'épidémie, n'en a pas moins persisté, et la proportion de la mortalité sur les dernières invasions s'est toujours maintenue également élevée. On peut l'évaluer à un peu plus de 70 p. 100. Nous faisions remarquer, dans notre dernière Revue, que cette élévation dans la proportion de la mortalité ne tenait pas uniquement à ce que les nouvelles invasions frappaient principalement sur des malades ou des valétudinaires, et nous citions à l'appui quelques-uns des cas graves dont nous avions été témoin en ville. Voici quelques faits du même genre que nous communique M. le docteur de Séré, qui les a recueillis dans son service d'inspection. Nous nous abstenons, pour des motifs que l'on comprendra, de désigner les quartiers, pour les faits de M. de Séré, comme nous l'avons fait pour les nôtres.

Une femme de quarante-cinq ans, malade depuis quinze ans, est prise subitement d'un choléra qui l'emporte en douze heures; au moment où elle expire, un enfant de sept ans, logeant sur le même palier, est pris à son tour et meurt en douze heures; sa sœur, âgée de quatorze ans, prise trois heures environ après lui, succombe également après dix-huit heures.

Un boulanger de trente-neuf ans meurt du choléra en quatorze heures; une petite fille de trois ans et demi, logeant sur le même palier, est prise du choléra cinq heures avant le décès de cet homme et meurt en moins de douze heures, et son petit frère, âgé de dix-huit mois, succombe aussi treize heures après.

Dans les autres cas de choléra dont j'ai eu à vérifier le décès, ajoute notre confrère, la durée fatale de la maladie a oscillé entre vingt-cinq heures et onze heures; et, chose curieuse, aucun n'a été précédé de diarrhée. Les conditions d'aération et de logement, pour les deux groupes de faits précités, étaient excellentes, bien qu'il s'agît d'ouvriers dans les deux cas.

Nous n'avons pas besoin d'insister sur l'importance de ces faits au point de vue de l'intensité du poison cholérique, malgré l'extrême limite de son champ d'action et surtout au point de vue des précautions urgentes à prendre partout où a eu lieu un cas de décès cholérique. Nous ne pouvons que nous en référer à cet égard et renvoyer nos lecteurs (ceux de Paris du moins) au rapport récemment publié du Conseil d'hygiène publique et à l'instruction qui l'accompagne, et qui sont largement mis à la disposition de tous.

De l'expérimentation thérapeutique à propos de l'emploi de la propylamine dans le traitement du rhumatisme articulaire aigu.

Le compte rendu analytique que nous avons fait des recherches cliniques et expérimentales de M. le docteur Aïssa Hamdy, sur la propylamine dans nos précédentes Revues, a suggéré à un de nos confrères, M. le docteur Gillet, de Beauzée sur Aire, quelques réflexions critiques que nous croyons utile d'exposer d'abord et d'examiner ensuite.

Après une sortie contre la façon générale d'apprécier la puis-

sance curative des diverses médications, et l'habitude malheureuse qui veut, dit-il, que dès que nous avons en main un malade nous lui appliquions aussitôt médications ou médicaments, chacun suivant nos idées particulières, etc., notre correspondant s'exprime ainsi :

« Quand donc les médecins finiront-ils par comprendre qu'avant de préconiser tel remède contre telle maladie ils doivent au préalable connaître ce que cette maladie deviendrait abandonnée à elle-même avec les seules ressources d'une hygiène bien entendue?

« Or, c'est cette dernière notion que dans un travail encore inédit j'appelle l'unité de mesure thérapeutique. C'est, en effet, le vrai mètre auquel il faut rapporter et comparer le résultat des diverses médications essayées avant de chanter victoire.

« On éviterait ainsi de préconiser chaque jour à la légère des traitements dont la destinée commune est généralement de tomber très-vite en complète désuétude.

« Or, que vient-on nous affirmer du rhumatisme articulaire aigu, fébrile, que la propylamine guérit cette maladie et en un temps relativement court? Autrefois, on en a dit autant du sulfate de quinine, de la vératrine, de la saignée, des sangsues. Pour ma part, je ne crains pas de repousser énergiquement de telles conclusions.

« Avant de se prononcer si catégoriquement sur la valeur de la propylamine, il fallait tout d'abord bien établir quelle est l'unité de mesure thérapeutique dans le rhumatisme articulaire aigu fébrile, savoir ce que devient cette maladie en la supposant abandonnée aux seuls soins hygiéniques, savoir si dans de telles conditions elle peut guérir, combien de fois sur cent cas on la verra guérir seule, et combien de temps elle demande pour s'épuiser avec de telles ressources.

« Puis cette notion établie, cette unité de mesure, ce mètre étant connu, mettre en regard et comparer les résultats obtenus avec la propylamine, et seulement après juger en toute connaissance de cause de son efficacité réelle.

« Voilà ce que veut la logique thérapeutique. Est-ce donc difficile à exécuter? Nullement, c'est chose aisée d'établir pour chaque maladie son unité de mesure. Or, si on l'avait cherchée pour le cas particulier, on aurait vu que : un rhumatisme articulaire aigu fébrile étant donné, faites-le soigner dès son début par un expectant, ou par un homœopathe à doses infinitésimales, ce qui est identique, et vous verrez cette maladie guérir ainsi dans le plus grand nombre des cas. C'est-à-dire tout aussi souvent que si elle a été traitée par la propylamine et consorts. Et il y a plus, vous pourrez vous convaincre encore que dans de telles conditions sa durée moyenne variera généralement de quinze jours à vingt et un, vingt-deux, vingt-quatre jours. Un peu plus, un peu moins, suivant les cas. Il n'y a ici rien d'absolu. On verra aussi que souvent, quelques jours après le moment où l'on a vu tomber les symptômes locaux et généraux, il y a une rechute, une sorte de nouvelle poussée. Et que cette poussée à forme généralement moins aiguë après avoir duré un temps qui varie suivant les cas, qui est très-souvent d'une semaine, se calme encore seule, sans qu'il ait été donné de propylamine.

« Ces faits étant posés, que viennent nous dire les médecins qui vantent la propylamine? Que, à l'aide de ce traitement, le rhumatisme articulaire aigu fébrile est guéri en quinze, dix-sept, vingt-deux jours, cela varie suivant les observations. Pouvons-nous nous en étonner, maintenant que nous connaissons l'unité de mesure thérapeutique pour cette maladie? Il est bien facile, après cela, de comprendre comment il se fait que ceux qui ont vanté le traitement par le sulfate de quinine, par la vératrine, etc., ont tous enregistré les mêmes résultats, à peu de chose près.

« Pour moi, tout cela prouve simplement que ni les uns ni les autres de ces fameux arcanes n'ont la moindre influence sur la marche, sur l'évolution, pour ainsi dire fatale de cette maladie.

« J'ajouterai qu'il en est malheureusement de même de la réputation imméritée d'une foule de traitements dans bien des autres affections. Et tout cela faute d'avoir établi, au préalable, l'unité de mesure sans laquelle on ne peut faire de thérapeutique saine ni clairvoyante, pas plus que le marin ne peut naviguer sans boussole, ni l'arpenteur opérer sans mètre, etc. »

— A prendre dans sa généralité et dans son ensemble la critique de notre confrère, ce serait un procès à la thérapeutique tout entière, procès dont le moment serait mal choisi, lorsque, de toutes parts, les plus louables efforts de tous, maîtres et élèves, tendent précisément à rétrécir de plus en plus le champ de l'empirisme pour chercher à faire germer à sa place les données plus rationnelles d'une thérapeutique expérimentale, fondée tout à la fois et sur la connaissance de jour en jour plus précise de la marche naturelle des maladies, de leurs causes, de l'origine et de l'enchaînement des phénomènes physiologiques plus ou moins troublés qui les constituent, et sur l'étude expérimentale des modifications que leur impriment les agents médicamenteux en raison de leur action physiologique sur l'ensemble ou sur les diverses parties de l'organisme.

Il y a assurément dans la critique de notre confrère de sages paroles, auxquelles nous sommes loin de contredire. Mais, pour rester dans les limites de la question spéciale dont il s'agit, en quoi sont-elles applicables aux expériences récentes faites sur l'action thérapeutique de la propylamine et en particulier à celles du docteur Hamdy? En est-on encore aujourd'hui à apprendre la marche naturelle du rhumatisme articulaire aigu? Ne connaît-on pas la moyenne ordinaire de sa durée avec les extrêmes de ses variations, sans qu'il soit nécessaire de soumettre encore des malades à l'observation expectante? L'expectation est-elle d'ailleurs si inoffensive en présence de l'issue possible que peut avoir dans certaines circonstances la maladie abandonnée à elle-même? Que, s'il est vrai que dans quelques cas l'intervention de la thérapeutique, que ce soit la propylamine, le sulfate de quinine, la vératrine, l'opium ou la saignée qui en ait fait les frais, n'abrége pas sensiblement la durée moyenne de la maladie, mais n'est-ce rien si, pendant cette même période de temps, elle a allégé les souffrances du malade, diminué l'intensité de l'état fébrile, et surtout si elle a conjuré les accidents consécutifs, les transformations, les métastases, les complications, contre lesquels l'expectation n'est, en général, qu'un assez médiocre garant.

Nous avouerons volontiers être de ceux qui ne sont pas encore invariablement fixés sur la valeur thérapeutique réelle de la propylamine dans le traitement du rhumatisme articulaire aigu et surtout sur sa supériorité relativement aux autres médications. On a vu, du reste, quelles étaient les réserves faites à cet égard dans les conclusions du docteur Hamdy. Mais de là à nier toute action utile de ce médicament, il y a loin. Si les preuves de cette utilité ne sont pas ressorties avec évidence aux yeux de notre correspondant, peut-être faut-il s'en prendre à la rapidité et au laconisme de notre rédaction dans laquelle, obligé de résumer, nous n'avons pas toujours fait ressortir suffisamment les circonstances qui portaient le mieux avec elles le caractère de la démonstration. Nous ne pourrions, s'il en était ainsi, que

renvoyer notre contradicteur à la lecture du travail original, ainsi qu'à celle des travaux précédents de M. le docteur Dujardin-Beaumetz et des observations de MM. les docteurs Martineau, Ferréol, Gombault, Brouardel, Bouchard, qui y sont consignées.

Tout ce que nous avions à cœur principalement dans cette courte réponse à notre honorable correspondant, c'était de défendre contre ses critiques des recherches qui, comme celles de MM. Beaumetz et Hamdy, ont précisément ce mérite, qui les recommandait particulièrement à nos yeux, de porter ce double cachet de l'expérimentation clinique et de l'expérimentation physiologique, se complétant et se contrôlant l'une l'autre.

Dr B...

ÉPIDÉMIOLOGIE CHOLÉRIQUE

TRIBUT A L'ÉTUDE DES MOYENS DE PRÉSERVATION

Par M. le docteur Charles Pellarin

On sait que la Société médicale des hôpitaux de Paris, qui, en 1865, s'était déjà prononcée à la majorité des voix pour la séparation des cholériques dans les établissements hospitaliers, a, cette fois, par un vote unanime, dans une séance tenue le 26 septembre dernier, demandé la même mesure de séparation ou d'isolement.

Mais lorsqu'on est venu à discuter le mode et les conditions de cet isolement des cholériques, la même unanimité ne s'est plus rencontrée. Ici, en effet, à l'application, surgissent des difficultés de plus d'un genre.

Qu'il me soit permis de le dire, je crois qu'on s'exagère, à certains égards, la sévérité des conditions nécessaires pour que la séparation soit réellement, sinon absolument efficace. L'absolu, hélas! est, en toute chose, au-dessus de nos moyens d'action.

La sphère d'influence du miasme cholérique ne s'étend pas très-loin; elle est circonscrite, au contraire, dans des limites assez étroites. Voilà du moins ce qui semble résulter de bon nombre d'observations faites en différents pays et par des observateurs différents.

Pendant la guerre que la Hongrie soutint contre l'Autriche en 1849, et dans laquelle cette dernière puissance ne triompha qu'avec l'aide de la Russie, il avait été fait la remarque suivante : Lorsqu'une armée allait camper sur un terrain que venait de quitter une autre armée envahie par le choléra, elle en était elle-même atteinte. Si on prenait la précaution d'aller camper à une très-petite distance, ne fût-ce qu'à un quart de lieue, par exemple, de l'endroit où il avait séjourné des cholériques, on se trouvait épargné par l'épidémie.

Dans un Mémoire sur le choléra dans la ville et dans le port de Brest en 1849, Mémoire qui figurait aux pièces de la correspondance de l'Académie des sciences, séance du 15 avril 1850, et qui fut publié dans la *Gazette médicale de Paris* du 4 mai suivant, page 347, j'ai relevé diverses circonstances qui montrent sensiblement que le principe cholérigène n'a qu'une portée assez restreinte.

Au-dessus des salles 2 et 3 du bagne, dans lesquelles se déclarèrent le plus grand nombre des cas épidémiques, se trouvait la salle des condamnés invalides, invalides soit par l'effet de l'âge, soit par suite d'infirmités ou de maladies chroniques. Or, ces vieillards ou valétudinaires, au nombre de 189, ne comptèrent en tout que 3 cholériques et 2 décès. 28 autres qui étaient dans des cellules n'offrirent pas un seul cas, tandis que les condamnés des salles inférieures (2,445 individus) fournissaient 165 cas de choléra et 113 décès. Soit, pour ceux-ci, 1 sur 14,8, et pour les premiers 1 sur 72,5 seulement.

Dans les deux épidémies de choléra antérieures, celle de 1832 et celle de 1834, l'immunité des invalides avait été plus complète encore; ils avaient eu un seul cas dans la première et aucun dans la seconde.

Or, cette partie de la population du bagne n'était séparée des autres forçats que par la hauteur d'un étage. J'ai noté d'ailleurs cette circonstance qu'ils n'allaient pas satisfaire leurs besoins aux latrines affectées à la masse des condamnés, mais dans des *bailles* placées à l'entrée de la grande pièce qu'ils occupaient.

Les faits qui se passèrent à l'hôpital du bagne ne sont pas moins instructifs.

Les cholériques étaient placés dans la salle des fiévreux et séparés de ceux-ci par un intervalle de quelques lits seulement. Eh bien! cet intervalle parut suffire pour atténuer sensiblement la transmission. Les infirmiers qui étaient, eux, en rapport immédiat avec les cholériques, avaient déjà 5 des leurs atteints, qu'aucun fiévreux ne l'avait encore été. Ces derniers ne tardèrent pas toutefois à payer tribut au dangereux voisinage qu'on ne pouvait leur épargner, car l'hôpital du bagne ne possédait que deux grandes salles, l'une pour les fiévreux, l'autre pour les blessés.

Celle-ci n'est séparée de la première que par un couloir d'environ 2 mètres de largeur sur 4 mètres de longueur. Il n'en fallut pas davantage pour que les blessés fussent complétement garantis : ils ne comptèrent pas un cholérique.

Pourquoi, aux diverses épidémies de choléra, n'a-t-on pas observé la même préservation des blessés dans les hôpitaux de Paris? C'est qu'ici l'on avait affaire à des personnes libres, à l'égard desquelles on ne saurait prendre les précautions rigoureuses usitées envers les forçats, qui, bien que malades, étaient tenus à la chaîne et constamment surveillés, de manière à rendre absolument impossible toute communication entre le service de chirurgie et celui de médecine.

D'autre part, cette salle des blessés de l'hôpital du bagne, qui n'a pas présenté un cas de choléra, fait face dans sa longueur à l'aile gauche du bagne contenant les salles 2 et 3, foyer primitif et théâtre des plus grands ravages de l'épidémie.

Tout près de cette même aile du bagne se rencontre la partie de l'hôpital de la marine qui sert de logement aux sœurs; pas une de ces religieuses ne fut atteinte. Une distance de quelques mètres, voilà donc ce qui a suffi pour mettre à l'abri du fléau ces deux catégories de personnes, les sœurs de l'hôpital de la marine et les blessés du bagne.

En présence de pareils faits, est-il possible d'admettre cette mystérieuse influence épidémique à laquelle on fait jouer un si grand rôle dans la mortalité causée par le choléra, et cela faute de remonter, par une investigation minutieuse, à l'origine de tous les cas particuliers?

Comment croire encore que la cause de la maladie existe disséminée dans l'atmosphère générale des localités, pour aller s'abattre au hasard sur telles ou telles victimes? Ne cherchons ni si haut ni si loin; la cause véritable est dans une zone fort restreinte, autour des cholériques eux-mêmes et de leurs émanations.

Ces considérations, et d'autres fondées pareillement sur des observations positives, tendent à dissiper les craintes que l'on pourrait concevoir de l'établissement d'hôpitaux spéciaux pour les cholériques dans certains quartiers d'une grande ville.

Enfin le transport des malades atteints de choléra ne m'a point paru entraîner pour eux une aggravation quelconque de leur état, du moins quand ce transport avait lieu par une température d'été, ou bien avec toutes les précautions voulues pour leur épargner le refroidissement par l'influence du milieu ambiant. J'ai suivi plusieurs fois des cholériques pendant leur transport de la grande caserne de Givet à l'hôpital militaire, distants l'un de l'autre d'un kilomètre et demi, et il semblait à leur arrivée que le grand air les avait ranimés, révivifiés un peu, loin de leur avoir été nuisible.

Dans la séance de la Société médicale des hôpitaux du 26 septembre, une vue très-judicieuse a été produite, qui a paru acceptée par tout le monde : c'est l'établissement de salles pour les cas douteux, pour les malades suspects à raison d'un état diarrhéique, mais ne présentant point les symptômes pathognomoniques du choléra. Il serait, en effet, cruel et inhumain de placer d'emblée des malades dont l'affection intestinale peut très-bien être entièrement étrangère au mal épidémique, parmi les sujets atteints de choléra

confirmé, où ils auraient chance de le contracter presque infailliblement.

Une autre précaution analogue à la précédente devrait être prise en faveur des convalescents.

On sait que, contrairement à ce qui a lieu pour la variole, la scarlatine, etc., une première attaque de choléra ne met pas à l'abri d'une seconde, et que les convalescents sont exposés à des récidives presque toujours mortelles. Ne convient-il pas, dès lors, d'ouvrir des services spéciaux pour les cholériques parvenus à la phase de convalescence, afin de les soustraire au péril qui les menace tant qu'ils sont aux périodes aiguës du mal épidémique.

Si l'on s'en rapporte à une remarque faite par feu le docteur Mollet, qui était médecin de l'hôpital civil de Brest pendant le choléra de 1849, le retour des convalescents cholériques parmi les malades ordinaires, fut toujours sans inconvénient pour ceux-ci.

Les diverses observations qui viennent d'être rappelées me semblent de nature à faire voir que la séparation des cholériques, mesure si impérieusement obligatoire, ne présente pas, pour être exécutée raisonnablement, des difficultés d'application aussi grandes qu'on se le figure généralement. N'exigeons que le possible, et soyons sûrs, si nous l'obtenons, d'avoir rendu un immense service.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Séance du 12 avril 1873 (1). — Présidence de M. Lunier.

DISCUSSION

M. GILLETTE. Je demande s'il n'eût pas mieux valu pratiquer la suture recto-périnéale. La mort, chez les deux malades, doit être attribuée à un rétrécissement consécutif et à l'accumulation du méconium. Peut être cette suite de l'opération eût-elle été évitée par la suture et la dilatation artificielle. D'un autre côté, il ne faut pas confondre l'imperforation anale avec l'atrésie rectale. Il est bien différent d'opérer une imperforation suivant qu'elle s'accompagne ou non d'atrésie. La méthode de Littre peut être avantageuse, surtout à gauche. Si l'on atteint le gros intestin, on peut introduire une sonde dans le bout inférieur et ajouter l'opération d'Amussat.

M. RELIQUET demande si l'issue des matières était intermittent ou continu. Il appelle l'attention sur ce fait que l'inflammation ne s'est pas propagée au pourtour de la plaie.

M. FORGET. J'ai eu à me poser cette question : Quand on ne peut pas atteindre l'intestin par le périnée, faut-il s'abstenir ou imposer une infirmité? Dans l'observation de M. de Saint-Germain, le père, d'abord exclusivement préoccupé de la vie de son enfant, en vient à désirer sa mort quand il voit à quelle infirmité il es condamné. Dans trois cas semblables, j'ai fait connaître aux parents les conséquences de l'opération, et je me suis abstenu. On a indiqué comme signe de la présence du rectum le soulèvement de la région anale pendant les efforts que fait l'enfant.

L'existence de ce signe peut faire commettre une erreur au chirurgien. J'ai publié l'observation d'un enfant atteint d'une imperforation anale. La région anale présentait des plis rayonnés formant un cône dont le sommet était dirigé vers le bassin. A chaque titillation, je constatais les mouvements de contracture de l'anus. Je devais croire à une continuité avec le rectum. Mais ce fut en vain que je plongeai un trocart, puis un bistouri à une grande hauteur. Je n'atteignis rien. L'enfant succomba. Je constatai l'absence du rectum dans son tiers inférieur, et à sa place un cordon fibreux recevant, comme dans un éventail, la tunique interne et venant se rendre à la peau. Il n'y avait pas de cavité muqueuse. Je constatai que mon trocart et mon bistouri avaient bien suivi la direction du cordon fibreux.

Dans la première observation de M. de Saint-Germain, l'intestin était à un centimètre et demi de l'anus; dans la seconde, il était beaucoup plus haut. Dans le premier cas, il y avait probablement des fibres intestinales qui se fusionnaient avec la peau; il y avait sans doute solidarité entre l'intestin et les téguments, et j'approuve l'absence de suture. Il est difficile de se prononcer sur la conduite qu'il convient de tenir dans le deuxième cas. M. Gillette est d'avis de pratiquer la suture; mais la distance est considérable entre l'intestin et la peau, et l'on s'expose à déchirer l'intestin. On pourrait introduire des mèches qui tiendraient béant le trajet. L'auraient-elles maintenu? c'est ce que je ne saurais prévoir; mais je crois que c'est ce qu'il y avait à faire.

Je crois enfin que M. de Saint-Germain exagère un peu en disant que l'anus fonctionne admirablement, que l écoulement des matières est intermittent. Il y a donc tendance à la rétention?

M. RELIQUET n'est pas partisan de l'emploi du trocart; il peut glisser à la surface de l'intestin; il préfère employer le bistouri et inciser couche par couche.

M. MERCIER. La partie inférieure du rectum présente une intersection aponévrotique en forme de *V* que j'ai décrite en 1839. Il semble que le rectum et l'anus soient originairement séparés et marchent l'un vers l'autre.

La pointe de ce *V* aponévrotique s'insère à l'aponévrose moyenne du périnée et détermine, dans la direction du rectum, un coude immuable.

M. DE SAINT-GERMAIN. J'étais certainement disposé à pratiquer la suture dans le deuxième cas, mais l'intestin était élevé et difficile à attirer vers l'extérieur; d'autre part, les fils auraient coupé l'intestin.

M. Forget conseille la dilatation. Mais je ferai observer que je n'ai pas eu l'enfant à ma disposition. Pour répondre à M. Gillette, je dirai, qu'en effet, la combinaison des deux opérations est excellente quand elle est possible; mais il faut toujours commencer par l'opération d'Amussat, et si on ne peut pas l'achever, continuer par l'opération de Littre.

M. Reliquet remarque l'absence d'inflammation diffuse. Mais le sillon bleuâtre que j'ai mentionné était une communication avec l'intestin; il y avait là un véritable canal qui a empêché la diffusion des matières et par suite l'inflammation.

Du mécanisme des valvules auriculo-ventriculaires. — M. DUROZIEZ. Nous ne prétendons pas apporter une théorie nouvelle; nous nous bornons à défendre celle qui a été soutenue par Bouillaud, Chauveau et Marey. Friedreich, dans son *Traité des maladies du cœur*, discutant ce mécanisme, considère comme démontré, qu'il n'est pas aussi simple que le croit Skoda; il s'appuie sur les expériences de J. Reid, Kurschner, Baumgarten, Hamernik, Néga et autres pour soutenir que les valvules auriculo-ventriculaires sont fermées par la systole des oreillettes, et qu'une partie du sang de l'oreillette descend à chaque systole ventriculaire dans l'intérieur du ventricule. Il m'est difficile de réfuter ces expériences que je ne connais pas; mais il faudrait qu'elles fussent bien probantes pour me faire accepter des idées aussi antiphysiologiques, et je les crois impossibles à réaliser. On crée des états anormaux pour surprendre l'état normal. Il me paraît qu'on entasse hypothèses sur hypothèses et qu'il n'y a rien de bien solide dans cet échafaudage. On retire aux voiles inter-auriculo-ventriculaires le nom de valvules pour les appeler aponévroses flottantes. On affirme que les muscles des valvules, que personne n'a jamais vus jouer régulièrement se rétractent et tirent les voiles en bas. Les valvules ne peuvent pas se relever horizontalement, d'après P. Hérard, qui pose cette opinion presque ridicule, puisqu'il n'y a pas de place pour le déploiement horizontal de la valvule au moment de la systole. Il restera du sang dans le ventricule, dit Onimus, et vous aurez une grande perte de travail. La valvule ne sert pas à clore l'orifice; elle chasse le sang des interstices. L'orifice est fermé par la contraction concentrique du muscle, qu'il est, d'après notre ingénieux et fin collègue, facile de sentir. Son élève, M. Touatre, affirme qu'on a de la peine à retirer le doigt engagé tellement il est serré. Je ne le contredirai pas en m'appuyant sur ma propre expérience. Hope dit que dans ses expériences sur de jeunes ânes,

(1) Fin — Voir les numéros des 6, 13 et 20 septembre 1873.

le doigt introduit dans le ventricule gauche en déprimant l'oreillette, était doucement embrassé et poussé comme par une membrane que le sang distendrait. Du côté droit, on n'observa rien de net.

Hope dit de plus, que si on saisissait la mitrale avec un crochet, on entendait un bruit de souffle, bien que le ventricule pût clore l'orifice par sa contraction si la théorie d'Onimus était vraie.

Enfin, Hope a toujours vu les muscles des valvules se contracter en même temps que le cœur; mais, sans s'appesantir sur le jeu de ces muscles, peut-être parce qu'il ne pensait pas à toutes les difficultés qu'on a soulevées depuis cette époque.

Onimus pense que sa théorie peut seule donner l'explication de bien des difficultés d'auscultation. Nous avons lu la théorie de son élève, M. Touatre, nous ne sommes nullement convaincu.

M. Touatre dit, par exemple, expliquer facilement le fameux cas de rétrécissement mitral de M. Hérard avec souffle au premier temps, sans insuffisance mitrale.

Pour moi, sans rechercher si le souffle était présystolique ou systolique, je crois que M. Hérard a eu tort d'affirmer que la valvule était suffisante; mais puisque M. Touatre accepte l'insuffisance, qu'a-t-il besoin, pour expliquer le bruit de souffle, d'une théorie nouvelle et d'invoquer l'impuissance musculaire à fermer l'orifice. Jamais nous n'accepterons que des valvules étant déchirées, le cœur ne s'en apercevra pas et le médecin non plus.

Je préfère notre vieille théorie.

Nous pensons que les valvules fonctionnent partout de même, quelles que soient les modifications apportées à leur organisation par la différence des orifices. Il est évident qu'il faut à un orifice auriculo-ventriculaire une autre forme de valvule que pour un orifice artériel ou pour des veines; mais le principe sera toujours le même; le sang, en arrière, relèvera la valvule et la fermera d'autant mieux qu'il poussera plus fort. Pour moi, ce raisonnement vaudrait toutes les expériences.

Il y en a une pourtant bien facile et décisive, selon moi. Si on ouvre un ventricule par son extrémité inférieure de manière à respecter les attaches des tendons valvulaires et à permettre cependant à l'eau d'entrer largement; si on ouvre l'oreillette de manière à voir facilement la valvule, qu'on plonge le cœur dans un seau d'eau et qu'on lui imprime des mouvements alternatifs de montée et de descente, on voit, pour le moindre mouvement en bas, les valves se relever, bomber et s'adosser d'une façon si exacte, que ce serait une rencontre bien extraordinaire qu'il n'en fût pas de même pendant la vie. La tricuspide présente à peu près trois voiles et trois lignes de séparation. La bicuspide offre une figure analogue aux deux paupières. La grande lame représentant la paupière supérieure et venant s'adosser sur un bourrelet qui serait la paupière inférieure; la ligne de séparation est demi-circulaire.

Ces grandes valvules se renverseraient sur les oreillettes si elles n'étaient retenues par des cordages. Or ceux-ci ne s'insèrent que sur la face inférieure de la valvule, puisqu'ils ont pour rôle d'en empêcher le renversement, tandis qu'à mon sens, ils pourraient tout aussi bien s'insérer sur la face supérieure s'ils devaient l'abaisser.

Quelle est la fonction des muscles? Ces muscles représentent des bras qui facilitent le jeu des cordages en les portant dans l'axe de l'orifice.

On dit : les muscles se raccourcissent et doivent nécessairement tirer les valvules en bas. Nous répondrons que personne n'a vu fonctionner ces muscles pendant la vie, et à supposer qu'ils se raccourcissent, le ventricule se raccourcissant aussi, ils se trouveraient à la même distance de la valvule.

Quand on regarde la mitrale jouer, du côté du ventricule, on la voit, quand on soulève le cœur et qu'on simule ainsi la systole, s'excaver, les tendons se réunir et s'appuyer contre la paroi; puis, au moindre mouvement en sens contraire, la valvule bombe et l'eau arrive de l'oreillette. Rien de plus simple que cette sorte de fluctuation de la valvule, et on comprend facilement que lorsque le sang vient s'engouffrer dans la valvule et la pousse en haut, les cordages se tendent, soutenus par les muscles qui se contractent d'autant plus énergiquement qu'ils sont plus tirés.

Nous admettons avec Onimus qu'il puisse y avoir une diminution de diamètre de l'anneau, que les valves puissent s'adosser sur une surface plus ou moins grande et présenter alors deux surfaces, une horizontale et une verticale, de même que les sigmoïdes, mais nous maintenons que les valvules servent à clore l'orifice, et que c'est le sang qui se ferme la porte à lui-même.

Quant aux muscles des valvules, quand nous les voyons si souvent dégénérés et fibreux, nous pensons qu'heureusement ils n'ont pas un rôle aussi important que celui qu'on veut leur assigner; ils sont la cause de bien assez d'insuffisances par leur rétraction et par l'obstacle qu'ils peuvent apporter au redressement des valvules.

Ce mécanisme des valvules auriculo-ventriculaires présente, on le voit, un très-grand intérêt, puisque la connaissance d'une partie des maladies du cœur en dépend, et que l'adhésion à l'une ou à l'autre théorie nous conduit à des diagnostics différents.

La séance est levée à cinq heures et demie.

Le secrétaire : BLUMENTHAL.

VARIÉTÉS

Leçons sur la syphilis (1), par M. le docteur ALFRED FOURNIER, médecin des hôpitaux, professeur agrégé à la Faculté de médecine.

Je viens de lire, de la première page à la dernière, le nouveau livre publié par M. le docteur Alfred Fournier. Pas de lecture plus attachante, et, ce qui vaut mieux, plus utile. Ce livre a pour sujet la syphilis, considérée à ses périodes primitive et secondaire, et étudiée plus particulièrement chez la femme. Il est la reproduction des leçons faites par M. A Fournier à l'hôpital de Lourcine, dans le cours de ces dernières années. Le professeur s'y retrouve avec les éminentes qualités qui le distinguent, son esprit méthodique et clair, son remarquable talent d'exposition, sa parole abondante et facile. Mais ce qu'on y retrouve encore et surtout, c'est le clinicien dans son milieu spécial, l'observateur habile et scrupuleux, l'homme qui a longuement étudié, analysé, médité les faits dont il parle, et qui laissant de côté les vaines théories et les interprétations hasardées, vient nous dire simplement : Voilà ce que j'ai vu, ce que vous pouvez voir tous les jours avec moi.

Les ouvrages publiés de nos jours sur la syphilis ne manquent assurément pas, et il pourrait paraître difficile de faire une œuvre véritablement originale et nouvelle sur un sujet tant de fois traité et exploré dans tous les sens. Tel est pourtant le caractère que présente à ce haut degré le travail de M. Fournier, au double point de vue de la forme et du fond. Au point de vue de la forme, qui lui est toute personnelle, et dont la simplicité n'exclut pas l'élégance, M. Fournier emploie volontiers l'expression qui fait image, le mot qui donne à l'idée une sorte de réalité sensible. Parfaitement maître de son sujet, il rencontre aussitôt le terme qui convient; il sait affirmer à propos, mais aussi rester dans le doute, souligner le fait important, mettre en pleine lumière les vérités acquises, et trouver enfin, pour rendre sa pensée, des traits heureux qui l'impriment fortement dans les esprits. Son livre n'a pas la sécheresse uniforme et monotone d'un traité didactique; il n'en a pas non plus l'unité d'ensemble et les justes proportions. Non qu'un ordre véritable n'ait présidé à la distribution des différentes parties qui le composent : tout, au contraire, s'y tient et s'y enchaîne par un lien facile à saisir; la syphilis y déroule librement et sans aucune confusion la série variée de ses manifestations. Mais il entrait dans le plan même que s'était tracé l'auteur d'insister plus particulièrement sur certaines questions, de glisser rapidement sur d'autres : « Placé, dit-il, dans un hôpital de femmes, j'aurai en vue, non pas exclusivement, mais d'une façon plus spéciale, la syphilis chez la femme, ce en quoi elle se rapproche ou diffère de la syphilis chez

(1) Un vol. in-8. Prix : 15 francs. — Paris, Adrien Delahaye.

l'homme. » De là, un genre d'intérêt tout nouveau pour ces leçons, dont quelques-unes ont été recueillies et publiées par des élèves, mais où l'on reconnaît généralement la main du maître. Un autre caractère essentiel de cet ouvrage est d'être avant tout clinique et pratique, fait au lit du malade et en quelque sorte sous la dictée des faits. Dialecticien quand il le faut, M. Fournier ne craint pas d'aborder et de discuter la question qui s'impose, de combattre l'erreur qu'il trouve en son chemin ; mais il ne nous transporte pas sans de sérieuses raisons sur le terrain tant de fois bouleversé de la théorie et des prescriptions doctrinales. Il est sobre de citations, ne s'égare pas en digressions historiques, ne fait nul étalage de noms propres, et l'on peut dire que l'érudition est un élément qui n'existe pas dans son livre : chose assurément fort à remarquer de la part du traducteur des vieux syphiliographes, c'est que tout autre est son but, et qu'il ne s'en laisse pas facilement détourner. Ce qu'il veut, je le répète, c'est faire connaître la syphilis, non pas seulement d'une manière théorique et abstraite, mais encore et surtout comme réalité clinique, en la montrant vivante et en action dans ce drame pathologique, si fécond en péripéties, qu'elle suscite au sein des organismes contaminés. Aussi le verrons-nous, pour atteindre ce but, ramener sans cesse ses auditeurs en présence du fait pratique, et par des exemples habilement choisis, par la mise en scène des malades eux-mêmes, indiquer tour à tour et la voie qu'il faut suivre et l'écueil qu'il s'agit d'éviter.

Je termine ces quelques généralités par une considération dont l'importance n'échappera à personne. « Je voudrais aussi, dit l'auteur, et ce n'est pas là, certes, la moindre ambition de mon programme, vous présenter la syphilis sous un côté médical trop négligé, ce me semble, jusqu'à ce jour. Longtemps la syphilis n'a été étudiée que d'une façon exclusivement chirurgicale, etc... Médecin, je m'attacherai à étudier en médecin, et à vous la montrer sous un aspect encore trop peu connu. Je consacrerai plusieurs des réunions qui vont suivre à vous convaincre d'une importante vérité, que beaucoup de mes confrères considéreront comme un paradoxe, à savoir que la syphilis secondaire est pour le moins aussi *viscérale* dans les manifestations que la syphilis tertiaire, etc. »

Et M. Fournier a pleinement tenu toutes les promesses de ce programme.

Je ne puis, dans cet article, entrer dans l'analyse, même sommaire, des diverses parties du livre que je viens de considérer dans son ensemble. Je veux seulement en marquer les grandes lignes, les points culminants.

L'auteur débute par une exposition des lois fondamentales qui président à l'éclosion et au développement de la syphilis. Il établit, de par l'expérimentation et les faits cliniques, l'exactitude rigoureuse de ces lois chez l'homme ; puis, les reprenant au point de vue de la syphilis chez la femme, il montre, par une discussion nouvelle et approfondie, qu'elles n'y souffrent aucune violation, et qu'il existe d'un sexe à l'autre, sur ces points, parité de phénomènes et identité d'évolution.

Abordant ensuite l'étude de la syphilis primitive, il s'élève, chiffres en main, contre l'erreur répandue et accréditée qui tend à faire considérer le chancre syphilitique comme relativement rare chez la femme ; puis, après avoir énuméré et discuté les sources où la femme peut puiser la contagion, après avoir suivi l'accident initial dans ses diverses localisations génitales et extra-génitales, celles-ci beaucoup plus fréquentes chez la femme que chez l'homme, l'auteur trace la symptomatologie du chancre.

Je n'entreprendrai pas de donner une idée de cette remarquable étude, qui nous fait assister en quelque sorte aux diverses phases de l'évolution du chancre. Je n'y retiendrai qu'un fait, un fait capital et peu connu qui la résume et la domine : ce fait, c'est la *bénignité* du chancre en tant que lésion, d'un bout à l'autre de sa courte durée, simple érosion à son début, puis érosion reposant sur une base épaissie, limitée, indolente, sans tendance à s'étendre ni à se creuser, et enfin plaie se cicatrisant sans perte de substance. Et tout est dit.

Une leçon tout entière est consacrée à l'étude de l'induration. Deux points surtout y sont examinés. Quelle est la fréquence de l'induration chez la femme ? Quelle en est la valeur séméiologique comme signe du chancre syphilitique ? Relativement au premier point, il fait justice de l'erreur, de l'hérésie anticlinique qui consiste à présenter le phénomène de l'induration comme exceptionnel chez la femme. Relativement au deuxième, il établit, par une lumineuse argumentation, que ce phénomène n'offre rien de nécessaire ; qu'il peut manquer, comme tant d'autres, et qu'en un mot, le chancre n'est pas syphilitique parce qu'il est induré, mais qu'il est induré parce qu'il est syphilitique.

A propos du bubon symptomatique du chancre syphilitique, M. Fournier signale un fait nouveau, très-curieux, résultant de l'examen de trois pièces anatomiques, et qui tend à prouver que l'engorgement spécifique ne s'arrête pas au groupe ganglionnaire que rencontre le virus sur son passage, mais qu'il peut s'étendre à d'autres ganglions plus profondément situés.

Enfin, l'auteur termine ce qui a trait à la syphilis primitive par des considérations très-intéressantes sur le diagnostic général du chancre.

J'arrive à la syphilis secondaire. Mais comment rendre compte en quelques lignes, de plus de huit cents pages pleines de faits, d'aperçus nouveaux, de déductions théoriques et pratiques, de descriptions dont il faudrait tout citer ? Obligés de faire un choix entre tant d'objets qui sollicitent mon attention, je me contenterai de signaler : 1° le chapitre sur les syphilides muqueuses, où l'auteur propose une classification basée sur les caractères cliniques de ces lésions ; 2° le chapitre sur les affections secondaires du système locomoteur, affections si nombreuses, si exercées de forme, de siége et d'allure, autrefois confondues pour la plupart sous le nom de douleurs ostéocopes, et qui peuvent donner lieu, en s'associant et en se combinant, à cet ensemble morbide désigné par M. Fournier sous le nom de *pseudo-rhumatisme syphilitique ;* — 3° Le chapitre sur les affections secondaires du système nerveux, affections plus que caractéristiques de la syphilis chez la femme, et parmi lesquelles je dois une mention spéciale aux *troubles de la sensibilité générale*, observés et décrits pour la première fois par M. Fournier ; — 4° Le chapitre sur la fièvre syphilitique, où l'auteur s'applique à démontrer que la syphilis, loin d'être une maladie invariablement apyrétique, comme on le croit communément, est l'occasion fréquente d'accidents fébriles ; que ces accidents fébriles ne sont pas toujours symptomatiques, tant s'en faut, de troubles fonctionnels ou de lésions qui les provoquent ou les expliquent ; mais qu'il existe une véritable fièvre syphilitique, dérivant directement et sans intermédiaire de la diathèse. — Enfin et surtout, je signalerai le chapitre consacré à l'étude de la *syphilis viscérale secondaire*, où l'auteur, passant en revue tous les organes splanchniques, les montre presque influencés à des degrés divers, et parfois d'une façon grave, par la maladie syphilitique. Cette dernière partie de l'ouvrage mérite la plus sérieuse attention ; on y trouve des idées entièrement nouvelles sur un grand nombre d'états morbides jusque-là nosologiquement mal définis, *incertæ sedis*, et auxquels M. Fournier me paraît avoir assigné, dans l'espèce, leur véritable place en les considérant comme de nature syphilitique.

Le livre se termine par des généralités sur le diagnostic de la syphilis, sur son pronostic, son traitement. M. Fournier proclame l'utilité du mercure, qui non-seulement guérit dans le présent, mais qui exerce en outre sur la diathèse elle-même une influence d'avenir, prophylactique et curative. Et s'il existe véritablement des médecins que cette question laisse indécis, je les renvoie aux pages éloquentes où l'auteur, mettant en parallèle les syphilis traitées et les syphilis non traitées, fait ressortir les désastreuses conséquences de l'expectoration appliquée au traitement de la vérole.

L. Guérard.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Nous avons le regret d'apprendre la mort de M. de Flavigny, président de la Société française de secours aux blessés militaires décédé à Suez, après une courte maladie, dans son château du Mortier, à Monnaie.

— Les cours de la Faculté de médecine commenceront à partir du mardi 4 novembre. — Les consignations seront reçues à partir du lundi 20 octobre.

— La Société de Médecine de Paris tiendra sa prochaine séance le samedi 11 octobre, 3, rue de l'Abbaye, à trois heures et demie très-précises du soir.

Ordre du jour : 1° Lecture du procès-verbal de la précédente séance; 2° Rapport de M. le docteur Camuset sur le travail de M. Lemoine à l'appui de sa candidature au titre de membre titulaire; 3° De l'insuffisance du procédé de M. Monod, dans le traitement de l'hydrocèle, par M. Perrin (Eugène); 4° Vote de la candidature de M. le docteur Moncorvo de Figueiredo au titre de membre correspondant.

— La fièvre jaune fait les plus grands ravages aux Etats-Unis. Une dépêche de New-York apprend que, le 15 septembre, 600 cas de fièvre jaune ont été constatés à Shreveport; la mortalité est de 60 pour 100.

— Le choléra est à Naples, où il se manifeste avec une certaine intensité : le dernier bulletin portait 29 cas.

Le choléra s'est manifesté aussi dans les faubourgs de Milan, et deux ou trois cas ont eu lieu à Florence, parmi lesquels celui de l'illustre astronome Donati. Partout le choléra se manifeste avec une grande bénignité.

— *Fabrique de médecins.* — Nous extrayons ce qui suit d'un article publié sous ce titre par le *New York Times* :

Il est connu depuis quelque temps qu'une institution de Philadelphie pourvue d'une charte a pour habitude de vendre des diplômes, et que son tarif est aussi régulièrement fixé que si elle l'avait annoncé publiquement. Cette institution, ainsi qu'il résulte de circulaires et lettres publiées en son nom, pratique ses fraudes sur une vaste échelle et avec des soins minutieux. Elle est prête à conférer les degrés de D. D. (docteur en théologie), L. L. D. (docteur en droit), ou M. D. (docteur en médecine), au choix de l'acheteur. Ces diplômes trompeurs ne sont naturellement convoités que par des ignorants qui obtiennent ainsi autorisation apparente d'essayer leur chance dans la guérison des maladies de l'âme ou du corps. Cette institution, connue sous le nom de *American University of Philadelphia*, a fait, avec ses diplômes irréprochables en la forme, un mal incalculable. Ses prétendus diplômés vivent habituellement à la campagne, dans des localités où, n'étant pas en contact avec des praticiens compétents, ils peuvent rester longtemps sans être découverts. Leur incapacité finit cependant par se découvrir et le résultat de cette découverte est de faire mépriser, dans beaucoup de communautés, la science et la pratique de la médecine. Un autre tort causé au public par cette entreprise frauduleuse, c'est d'amener beaucoup de personnes à la confondre avec l'*University of Pennsylvania*, confusion nuisible, dans une certaine mesure, à l'utilité d'une institution honorable et méritoire.

Une résolution, prise par le conseli communal, requiert l'attorney général de l'État de faire une enquête sur la légalité des diplômes médicaux délivrés par cette institution.

— Nous sommes invités à annoncer que le congrès des Sociétés protectrices de l'Enfance, qui devait se réunir à Paris le 8 de ce mois, a été ajourné.

— Clientèle médicale à céder à une heure de Paris. — Recettes de 1872 : 12,000 francs. — Prix de cession : 6,000 francs.

— Clientèle d'un produit assuré de 7,000 francs à céder, à Paris, pour cause de départ. — S'adresser au Bureau du Journal.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

L'ignipuncture, de ses différents emplois, de son indication spéciale dans les tumeurs blanches, par le docteur TRAPENARD. — 1 vol. in-8°. Prix : 2 francs. — Paris, Adrien Delahaye.

Doctrine rationnelle du choléra asiatique, prophylaxie et traitement de ce terrible fléau, par le docteur MAIRE. — 1 vol. in-8°. Prix : 1 franc. — Paris, Adrien Delahaye.

Le cholera à l'hôpital Cochin (1865). Étude clinique par le docteur BOURNEVILLE. — 1 vol. in-8°. Prix : 1 franc. — Paris, Adrien Delahaye.

Des fractures indirectes de la colonne dorso-lombaire par le docteur LE TEXIER. — 1 vol. in-8°. Prix : 2 francs. — Paris, Adrien Delahaye.

Thèses soutenues à la Faculté de médecine de Paris. A. Coccoz, libraire, rue de l'École-de-Médecine, n° 30.

Le Directeur : Dr E. LE SOURD.

Paris. — Typographie A. POUGIN, quai Voltaire, 13.

N° 119. — MARDI 14 OCTOBRE 1873. 46e ANNEE. MARDI 14 OCTOBRE 1873. — N° 119

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Bureaux : 57, rue des Saints-Pères, 57
PRÈS L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix d'abonnement doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois

On s'abonne hors de Paris dans les bureaux des Messageries et chez les Libraires. Les lettres non affranchies sont refusées.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui n'en peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS : Trois mois. . 8 fr. 50 c. — Six mois. . . 16 — — Un an. . . . 30 —

POUR L'ÉTRANGER le port en sus suivant les derniers tarifs des Postes.

SÉANCE DE L'ACADÉMIE DES SCIENCES

La discussion sur le pouls est close, à la satisfaction générale, et cela, faute de combattants. Néanmoins, M. Bouley a pris une dernière fois la parole au sujet de la citation que nous avions empruntée à Sénac dans notre dernier compterendu. Après avoir reconnu que l'idée qu'il avait attribuée à Hunter appartient de droit à l'auteur du *Traité de la structure du cœur*, etc., l'éminent académicien ajoute : « Cette revendication pour Sénac a été faite par la *Gazette des Hôpitaux*, dans son numéro du 30 septembre 1873, et il est de toute justice de l'inscrire dans les *comptes rendus.* »

— M. Déclat lit un mémoire intitulé : : *Traitement du charbon et de la pustule maligne par l'acide phénique et le phénate d'ammoniaque.* L'auteur conclut : 1° que le charbon de l'homme et même celui des gros animaux guérit *presque toujours*, traité au début de la maladie ; 2° que le charbon guérit très-souvent, même lorsque l'on n'est appelé à le traiter qu'à une période avancée de la maladie. » Le traitement consiste à cautériser le bouton initial avec de l'acide pur ou avec le phénate d'ammoniaque, et à faire boire un sirop renfermant 1 à 2 grammes d'acide phénique dans les vingt-quatre heures. Dans les cas graves, on complète le traitement précédent par des injections sous-cutanées, de 100 gouttes chacune, d'une solution d'acide phénique très-pur à 2 1/2 pour 100.

— M. Bouchut lit un mémoire intitulé : *Infarctus sanguins sous-cutanés du choléra et des maladies septicémiques.* (Voir plus loin.)

HOPITAL COCHIN. — M. DESPRÉS.

Phlegmon du petit bassin et de la fesse du côté gauche (suite de couches). — Phlegmatia alba dolens. — Ostéo-périostite et nécrose d'une portion du sacrum et de l'os iliaque. — Infection purulente.

Observation recueillie par M. SEUVRE, interne.

P... (Gabrielle), âgée de vingt ans, n'accuse aucun antécédent de scrofule ou de rhumatisme; elle n'a pas eu de maladie grave.

Le 20 mars 1873, elle accouche en ville, chez une sage-femme, d'un enfant à terme, mais peu vigoureux.

Délivrance normale; suites de couches régulière jusqu'au sixième jour. A ce moment, les forces ne se rétablissent pas : douleurs dans le bas-ventre, lochies abondantes, constipation. Pas d'appétit, fièvre marquée, surtout le soir; la sage-femme engage la malade à sortir de chez elle le huitième jour.

Dans les premiers jours d'avril, la malade entre à l'hôpital Cochin, et est placée dans le service de médecine. Un certain empâtement dans la fosse iliaque gauche, une douleur assez vive déterminée par la pression, les commémoratifs, font penser à un phlegmon de la fosse iliaque. Les frissons erratiques, le soir, avec sueurs profuses, annonçant la suppuration, la malade est envoyée le 7 avril en chirurgie.

Nous voyons une femme d'une constitution peu robuste. Pâleur de la face, physionomie exprimant la souffrance; peau chaude, pouls dépressible et fréquent (110). Le ventre est souple, non ballonné; l'utérus ne déborde pas la symphise pubienne, il n'existe qu'un peu d'empâtement vers la fosse iliaque gauche. C'est surtout dans la fesse que la malade souffre : cette région est d'ailleurs un peu tendue, œdématiée. La pression détermine des douleurs vives au niveau de l'articulation sacro-iliaque et de l'échancrure sciatique. Les mouvements de la cuisse sur le bassin sont faciles et peu douloureux.

Le toucher vaginal ne décèle rien; l'utérus est mobile; pas de tuméfaction dans l'épaisseur des ligaments larges; température du vagin normale. M. Després diagnostique un phlegmon du petit bassin et de la fosse iliaque.

Prescription : toniques; limonade, eau de Sedlitz. Catasplasmes laudanisés. Lavements huileux. Injections vaginales.

Les jours suivants, mêmes symptômes : la constipation persiste. La malade éprouve des douleurs réelles dans la fosse iliaque.

Prescription : vésicatoire sur la fosse iliaque et lavement purgatif.

15 avril. — L'œdème de la fesse est plus prononcé, il remonte jusqu'aux dernières vertèbres lombaires; toute la face postérieure de la cuisse est blanche, tendue; les veines sous-cutanées sont très-apparentes. La face antérieure de la cuisse est peu œdématiée, on ne sent pas de cordon dur le long de la veine fémorale. Les grandes lèvres sont elles-mêmes œdématiées, ainsi que le vagin, dans lequel le doigt pénètre difficilement.

20 avril. — La tuméfaction se circonscrit et tend à se limiter à la fesse : irradiations douloureuses, fréquentes et vives le long de la face postérieure de la cuisse. Le toucher vaginal permet de sentir une induration dans l'épaisseur du ligament large gauche; l'utérus est moins mobile; les lochies persistent et sont devenues franchement purulentes. Frissons le soir plus marqués, transpirations abondantes, urines chargées, brûlantes; défécation douloureuse : l'administration des lavements est pénible.

On applique sur la fesse un vésicatoire.

27 avril. — L'œdème blanc de la cuisse s'est effacé, mais un empâtement au niveau de la fesse persiste; la peau, qui est devenue

rosée, chaude et douloureuse, ne glisse pas sur les parties sous-jacentes.

Un trocart ayant 4 millimètres de diamètre est enfoncé profondément vers l'échancrure sciatique : il s'échappe par la canule 150 grammes environ d'un pus épais et crémeux.

28 avril. — Soulagement réel. Pas de frissons, sueurs moins abondantes. Sommeil plus paisible.

30 avril. — La plaie déterminée par la ponction s'est fermée; la fesse est de nouveau tendue et douloureuse. Un doigt introduit dans le vagin sent, sur le côté gauche, une impulsion quand on presse sur la fesse : il perçoit une fluctuation véritable.

1er mai. — M. Després fait une ponction avec un trocart plus volumineux et met un drain dans le foyer purulent. Le pus, qui s'écoule en abondance, est un peu fétide et contient des stries de sang; la pression sur la paroi latérale gauche du vagin facilite son écoulement.

2 mai. — Frisson intense. Prescription : sulfate de quinine.

Les jours suivants, frissons légers, mais faiblesse extrême; transpiration continuelle. Somnolence.

Pertes purulentes et sanieuses. L'abcès, malgré l'ouverture extérieure, s'est ouvert par le vagin. Le toucher conduit sur une perforation dans le cul-de-sac du vagin à gauche.

Toniques sous toutes les formes.

Injections fréquentes avec la macération de quinquina.

15 mai. — Abattement profond, subdélirium.

Râles muqueux à l'auscultation de la poitrine.

Ventre peu tendu, mais sensible ; quelques vomissements, diarrhée incoercible.

Eschare sur la fesse droite (la malade se couche sur ce côté).

20 mai. — La malade succombe.

Autopsie. — L'eschare, située à la partie moyenne de la fesse droite, n'a intéressé que la peau, le tissu cellulaire et les fibres superficielles du grand fessier.

Sur la fesse gauche, la trace des ponctions est entourée d'une auréole violacée. Un débridement fait à ce niveau permet de reconnaître un vaste décollement sous-cutané, une cavité aplatie d'aspect jaune brunâtre contenant un pus sanieux. Les fibres musculaires du grand fessier sont altérées, noirâtres, imbibées de pus, très-fragiles. Aucun trajet ne permet d'arriver directement sur les régions profondes : une nouvelle incision faite suivant la direction du grand sciatique fait découvrir une sorte de caverne anfractueuse, traversée par le grand nerf sciatique et les vaisseaux fessiers, et dans laquelle on ne put retrouver les fibres musculaires du pyramidal. Le doigt pénètre difficilement par l'échancrure sciatique dans l'intérieur de la cavité pelvienne.

Les intestins et l'estomac sont sains. Foie, rate et reins un peu congestionnés.

Les fibres musculaires du cœur sont pâles, décolorées; mais il n'existe aucune lésion des orifices.

Abcès métastatiques nombreux dans les deux poumons, qui sont très-congestionnés; autour de plusieurs abcès, zone hépatisée.

Aucune adhérence avec la plèvre; pas d'épanchement dans sa cavité.

Pas de pus dans le péritoine. Quelques fausses membranes dans le cul-de-sac recto-utérin : adhérences de l'ovaire et de la trompe gauches avec les parties voisines.

La vessie, le rectum ne présentent rien à noter : les vaisseaux hémorrhoïdaux ont leur volume normal, le muscle releveur n'est pas altéré.

L'utérus est bien rétracté; pas de pus le long de ses vaisseaux. Les deux ovaires, un peu variqueux, contiennent chacun un abcès ressemblant de tous points aux abcès métastatiques.

La paroi latérale gauche du vagin est profondément modifiée; indurée, noirâtre, comme sphacélée; elle n'offre aucune solution de continuité, mais elle contribue à former la paroi antérieure d'un vaste foyer purulent, qu'il me reste à décrire.

Nous avons vu qu'il se continuait par l'échancrure sciatique avec le foyer fessier. Ses limites dans le bassin sont : en avant, la base du ligament large gauche et le vagin; en dehors, l'obturateur interne à peine altéré; en dedans, le rectum resté sain; en arrière, le muscle pyramidal et le sacrum. Les fibres les plus internes du muscle psoas forment la limite supérieure.

La région ainsi limitée est traversée par l'hypogastrique et ses divisions, par les veines correspondantes et par les branches du plexus sacré, origines du nerf sciatique. Après avoir épongé avec soin le pus qui avait comme disséqué ces vaisseaux et nerfs, on put reconnaître que certaines divisions ou subdivisions de la veine hypogastrique étaient complétement oblitérées : telles que la fessière, une des sacrées latérales et la veine qui sort par le trou nourricier principal de l'os iliaque et se jette, comme on le sait, dans l'iléo-lombaire. Quelques artérioles correspondantes étaient également oblitérées. Les vaisseaux de l'utérus et du vagin nous ont paru sains.

Le muscle pyramidal est transformé en une masse, ici d'apparence lardacée, là grisâtre ou lardacée et tombant en détritus. Sous ce muscle, le périoste décollé laisse apercevoir le bord gauche du sacrum, noirâtre et donnant un son sec sous le scalpel. Le périoste qui recouvre le bord de l'échancrure sciatique est également décollé et l'os iliaque est lui aussi en ce point nécrosé. Si l'on vient à scier ces os, on voit sortir des aréoles profondes agrandies, un suc couleur lie de vin, et l'on remarque que les lamelles osseuses superficielles étaient sur le point de tomber.

On pensa tout d'abord que l'articulation sacro-iliaque n'était pas intacte; elle est, en effet, un peu relâchée par suite de l'altération des ligaments sacro-sciatiques; mais le cartilage et le ligament interarticulaire ont conservé leur aspect et leur résistance.

Réflexions. — Cette observation présente ceci de remarquable que l'abcès développé primitivement dans le ligament large s'est frayé une route à la fois du côté de la grande échancrure sciatique et du côté du vagin.

Les faits de ce genre sont tout à fait exceptionnels. Velpeau en a signalé un exemple. Du reste, il est juste de dire que les abcès des ligaments larges et les phlegmons de la fosse iliaque ont déjà ménagé aux chirurgiens de nombreuses surprises, puisqu'on les a vus parfois perforer la veine cave (observation de Demeaux), traverser l'os iliaque pour faire naître une arthrite coxo-fémorale. Ces faits ont été analysés dans l'excellent mémoire de Grisolles *sur les tumeurs phlegmoneuses de la fosse iliaque*.

Une autre particularité confirme les remarques déjà faites à propos des abcès des ligaments larges c'est que l'ouverture extérieure de l'abcès n'empêche pas une seconde ouverture dans un des conduits naturels, tels que le vagin, le rectum ou la vessie. M. Després pense cependant qu'en plaçant une canule métallique à demeure dans un abcès de ce genre on pourrait prévenir la formation d'une ouverture dans le vagin. Il a mis dans le cas actuel un tube à drainage, mais celui-ci n'a point tenu suffisamment, car il est difficile de faire tenir un drain qui ne forme pas une anse dans un foyer. Autant le drain qui traverse de part en part une tumeur est bon, autant le drain qui forme mèche est infidèle. En effet, il tient peu et se bouche avec la plus grande facilité.

DU BROMURE DE POTASSIUM

DANS LES VOMISSEMENTS INCOERCIBLES DE LA GROSSSESSES

Un journal italien, la *Gazetta medica Lombarda* préconise l'emploi du bromure de potassium dans les vomissements incoëercibles de la grossesse, ou plutôt apporte de nouveaux faits à l'appui de cette méthode déjà préconisée. D'après la feuille italienne, on administre cet agent en lavements à la dose de 6 à 8 grammes par jour, en descendant progressivement à 2 grammes. — Moyen à essayer à l'occasion.

DES INFARCTUS SANGUINS DU TISSU CELLULAIRE SOUS-CUTANÉ DANS LE CHOLÉRA, DANS LA DIPHTÉRITE ET DANS LES MALADIES SEPTICÉMIQUES

Par E. Bouchut

(Un extrait de ce Mémoire a été communiqué à l'Académie des sciences le 6 octobre 1873.)

On rencontre souvent à la fin des maladies aiguës de l'enfance, telles que le choléra, la diphtérite, la fièvre typhoïde, la résorption purulente, etc., mais surtout dans les maladies septicémiques, des infarctus sanguins sous-cutanés et intermusculaires, qui n'ont pas encore été décrits et sur lesquels je désire appeler l'attention des médecins.

J'en ai déjà parlé à plusieurs reprises dans mes leçons cliniques de l'hôpital des Enfants, et dans la *sixième édition de mon Traité des maladies de l'enfance*, à l'occasion de la diphtérite; mais l'étude que j'en vais faire est plus générale, et a pour base une série de quarante-six observations recueillies dans les circonstances les plus variées.

Il s'agit d'infarctus sanguins, ou noyaux apoplectiques du tissu cellulaire sous-cutané, caractérisés par une tache bleuâtre placée sous la peau.

Ces infarctus sanguins, ou apoplectiques, se trouvent dans le tissu cellulaire sous-cutané et intermusculaire, principalement dans la diphthérite et le croup, dans les septicémies graves et prolongées, dans la fièvre typhoïde, dans le choléra, dans la résorption purulente traumatique et dans quelques affections inflammatoires, lorsque la maladie est compliquée de thrombose cardiaque ou d'endocardite végétante.

Je ne les ai jamais rencontrés chez des sujets qui aient guéri, sauf chez une petite fille affectée d'une angine couenneuse. Là, il m'a semblé trouver une de ces ecchymoses sous-cutanées au devant du tibia, la seule qui ait été vue, et cependant le sujet a guéri. Ces infarctus ont donc aussi une importance pronostique réelle, et cela devra désormais encourager les cliniciens à les rechercher pendant la vie.

On ne les trouve pas sur tous les sujets septicémiques, mais ils existent sur un grand nombre d'entre eux.

Ainsi, sur 46 autopsies de croup, d'origine couenneuse de diphthérite cutanée, faites sur des enfants de mon service ou des services voisins, je les ai observés 26 fois.

Je les ai vus sur sept enfants morts de fièvre typhoïde récente ou ancienne, car l'un de ces cas avait deux mois de date; mais n'ayant pas tenu note de toutes les autopsies de ce genre, il m'est impossible d'indiquer la proportion dans laquelle on les rencontre.

J'en ai observé dans six cas de choléra suivis de mort en quelques heures.

Trois autres ont été recueillis chez des sujets atteints de résorption purulente : l'un, suite de plaie de tête avec phlébite des sinus de la dure mère, encephalite et nombreux abcès métastatiques du poumon; — un autre à la suite d'une coxalgie dont l'abcès avait décolé tous les muscles de la cuisse et produit une ofléite considérable; — enfin, le troisième chez un enfant atteint de pleurésie purulente et empoisonné par la suppuration.

J'en ai vu un cas dans la méningite tuberculeuse; — deux autres dans des pneumonies au troisième degré; — enfin, un dernier chez un enfant écrasé par la roue d'une voiture et qui mourut au bout de douze heures avec une déchirure du foie, une péritonite commençante, un peu d'endocardite végétante et de la thrombose cardiaque.

Choléra	6 cas.
Diphtérite cutanée	3
Angine couenneuse	5
Croup	18
Septicémie typhoïde	7
Résorption purulente	3
Méningite tuberculeuse	1
Pneumonie	2
Péritonite et rupture du foie	1
	46 cas.

Il m'a paru que le développement de ces infarctus dépendait un peu de la durée de la maladie, et qu'il était très-rare de les rencontrer chez des enfants dont la mort était prompte. On vient cependant d'en lire un exemple. Chez tous les sujets, la maladie avait déjà six à huit jours d'existence lorsque je les ai constatés. Ils se montrent principalement aux approches de la mort, et il m'est arrivé, après avoir noté leur présence lors de ma visite du matin dans la salle, d'en trouver un bien plus grand nombre sur le cadavre. Ils s'étaient développés entre l'instant de ma visite et celui de la mort. Cela semblerait indiquer que les troubles circulatoires de l'agonie sont pour quelque chose dans leur apparition.

Quoi qu'il en soit, les infarctus apoplectiques sous-cutanés sont assez nettement caractérisés chez les malades pour qu'on puisse les reconnaître pendant la vie à travers la transparence de la peau. Ils occupent surtout les membres supérieurs et inférieurs, la face dorsale du pied; une seule fois j'en ai vu trois au pubis. On les trouve à la face antérieure du tibia et externe de la jambe, à la partie antérieure de la cuisse, sur l'avant-bras, au niveau des fléchisseurs des doigts. Je n'en ai encore jamais vu à la partie postérieure des membres et du tronc. Il y en a quelquefois quarante sur le même malade.

Ils se révèlent par une tache bleuâtre sous-cutanée, large au plus comme une grosse lentille ou petite comme un grain de millet, sans dureté ni douleur, et la peau qui les recouvre reste dans son état normal. Dans le choléra, ils sont violacés, lie de vin claire. Sauf trois cas sur trente de diphthérite et sauf quatre cas de fièvre typhoïde, il n'y avait point de purpura. Ce purpura était bien distinct des infarctus et le sang occupait l'épaisseur de la peau, tandis que, dans les infarctus, il était dans le tissu cellulaire sous-cutané.

Dans quelques cas de diphthérite, observés il y a longtemps, j'ai trouvé de petits abcès sous-cutanés que j'avais considérés comme étant de nature métastatique, et il ne serait pas impossible que ces petites collections purulentes ne soient le dernier terme d'évolution de ces petits infarctus apoplectiques. Je ne puis ni ne veux l'affirmer, mais la chose est possible. Cette année, dans un cas de diphtérite mort en trois jours, j'ai trouvé deux infarctus sous-cutanés à la jambe, l'un encore à l'état d'infiltration sanguine, et l'autre rempli de pus sanguinolent. Cet abcès avait le volume d'un petit pois.

Ces infarctus sous-cutanés s'accompagnent toujours de thrombose cardiaque avec endocardite valvulaire et dans les viscères de lésions analogues ou corrélatives de la noso-hémie septicémique. Ainsi, chez ces sujets, des noyaux d'apoplexie pulmonaire, plus ou moins considérables, à différents degrés d'évolution, y compris l'infiltration purulente centrale, existent constamment dans les poumons. Dans un cas, où j'ai trouvé

plusieurs de ces infarctus sur un enfant mort à la suite de phlébite de la veine ophthalmique et des sinus de la dure-mère, il y avait des abcès métastatiques nombreux dans les poumons.

Des infarctus sanguins de même nature se rencontrent aussi quelquefois dans le tissu cellulaire profond qui sépare les muscles des membres; j'en ai trouvé une fois sept le long des vaisseaux profonds du bras. De plus petits se trouvent dans le cœur, sous le péricarde, dans les reins, dans les muscles, etc., et s'associent souvent au purpura de la peau et des séreuses.

Les infarctus hémorrhagiques sous-cutanés sont donc extérieurement l'indice de lésions intérieures de même nature.

Toutes annoncent un état grave produit : soit par la septicémie, avec ou sans leucocythose aiguë ; soit par une thrombose cardiaque, plus ou moins ancienne, avec endocardite valvulaire occasionnant le transport de molécules fibrineuses dans les capillaires, c'est-à-dire des *embolies*. Ce sont des lésions communes au choléra, à la morve aiguë, à la fièvre puerpérale, à la fièvre typhoïde, à la résorption purulente des opérés et à la fièvre hectique purulente.

La coïncidence de la thrombose cardiaque, avec endocardite valvulaire végétante, est le fait le plus important de l'histoire de ces infarctus sous-cutanés. Dans tous les cas, sans exception, il y avait des caillots jaunâtres demi-transparents ou blanchâtres opaques dans les oreillettes ou dans les ventricules. La fibrine de ces caillots ramollie, granuleuse, était plus ou moins adhérente aux colonnes charnues du cœur, aux petits tendons valvules et au bord des valvules. Elle formait çà et là des filaments mobiles faciles à détacher et, en tout cas, pouvait aisément jeter des parcelles infiniment petites dans la grande et petite circulation. Toujours aussi les valvules étaient malades. C'était de préférence la mitrale dont le bord épaissi, tuméfié, rouge, était le siége d'une prolifération cellulaire abondante, mais la même lésion s'est aussi rencontrée sur la tricuspide. Je l'ai vue sur ces deux valvules à la fois et même sur l'aorte. Presque toujours aussi la substance charnue du cœur, molle, décolorée, granuleuse, offrait les signes de la myo-cardite.

Sur le cadavre, les infarctus sous-cutanés se révèlent de la même façon que sur le vivant, mais ils sont plus distincts. Ce sont habituellement des taches bleuâtres sous-cutanées dont la dissection révèle les caractères anatomiques, et elles ne sont violacées que dans le choléra.

A l'état frais, lorsqu'on a coupé la peau qui est saine, on arrive au panicule graisseux dans l'épaisseur duquel se trouve l'infarctus sous-cutané. Placé au-dessus des muscles, et sans rapport avec des vaisseaux d'un certain volume, c'est une hémorrhagie du tissu cellulo-graisseux formant une infiltration sanguine criblée de graisse avec un point plus noir au centre. Le volume varie entre la dimension d'une tête d'épingle et celle d'un gros pois. Deux fois j'ai cru y voir une veinule, dont je ne trouvai ni le tronc d'origine ni les branches terminales, mais au microscope je m'assurai qu'il n'y avait pas de vaisseaux au centre de cette hémorrhagie. Habituellement, je n'ai rien rencontré qui puisse donner lieu à cette illusion, et la suffusion sanguine formant un petit noyau hémorrhagique est facile à isoler.

Sur le cadavre, cette lésion pourrait être confondue par un observateur inexpérimenté avec les ecchymoses d'une contusion on avec plaques rouges cadavériques dues à la stase sanguine qui se fait à la partie postérieure du dos, des membres et dans les parties déclives. Mais les ecchymoses d'une contusion ne sont pas limitées et occupent l'épaisseur de la peau; d'autre part, ces vergetures cadavéreuses et ces taches violacées ou bleuâtres assez larges, sont superficielles, épidermiques. La coloration ne pénètre pas dans l'épaisseur de la peau dont le derme reste tout à fait blanc, tandis que les hémorrhagies, dont je parle, sont toujours au-dessous de la peau intacte, dans le tissu cellulaire graisseux qu'elle recouvre et au-dessus des aponévroses musculaires.

Dans l'espérance d'y découvrir quelque embolie capillaire dont la source serait la thrombose cardiaque et l'endocardite végétante, j'ai fait macérer les pièces dans une solution faible d'acide chromique et dans le liquide de Muller. Après durcissement et coupes faites avec soin, j'ai cherché avec altération pour voir s'il n'y avait pas de vaisseau obstrué ou rompu. Le docteur Chéron, avec lequel j'ai fait cette recherche, n'en a pas trouvé davantage, et c'est un fait que l'on peut encore vérifier sur les pièces préparées et conservées que je possède et que je mets à la disposition de ceux qui voudraient les étudier.

Ces infarctus apoplectiques sont, comme le montrent mes préparations conservées, de simples ecchymoses du tissu cellulo-graisseux. Elles sont formées de sang extravasé répandu dans le tissu cellulaire et voilà tout. Sous ce rapport, elles ressemblent aux taches d'infiltration sanguine du purpura, situé dans l'épaisseur de la peau et dont la cause est encore peu connue.

(*A suivre.*)

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 10 octobre 1873. — Présidence de M. Bernutz.

CORRESPONDANCE

M. Besnier signale, parmi les pièces de la correspondance :

1° Une brochure de M. le docteur Legroux, intitulée : *De l'expectoration albumineuse après la thoracentèse.* Après avoir discuté tous les faits relatifs à cette question, M. Legroux confirme de nouveau l'opinion généralement admise qui consiste à attribuer cet accident à la transsudation du liquide séro-albumineux à travers les parois alvéolaires par le fait d'une congestion rapide.

2° Une lettre de M. le docteur Charles Pellarin, ayant trait à l'étude des *moyens de préservation dans les épidémies cholériques.* (Voir le dernier numéro de la *Gazette des Hôpitaux*, 11 octobre 1873.)

PRÉSENTATION DE MALADES

M. Isambert présente deux malades atteints d'ulcères tuberculeux de la langue.

L'un présente tous les signes d'une tuberculose généralisée. On constate chez lui une phthisie laryngée, des tubercules du testicule et une otite chronique. L'autre, au contraire, offre à peine quelques signes très-douteux de phthisie, et cependant il présente, sur la base de la langue, un abcès dont l'aspect est tout à fait analogue à celui du premier malade.

Suite de la discussion sur le choléra.

M. Desnos, à propos du procès-verbal, appuie l'opinion émise dans la dernière séance par MM. Chauffard et Bergeron, relativement au danger que pourrait constituer le mécecin lui-même comme élément de contagion. Il n'admet en aucune façon que le médecin puisse transmettre le choléra. Il est démontré en effet que les réceptacles du contage ne sont dangereux qu'autant qu'ils restent confinés, et il n'est pas douteux qu'ils cessent de l'être aussitôt qu'on les soumet à l'aération. Or le médecin ne pourrait transmettre le choléra que par ses habits. Cette transmission n'est donc pas possible, puisque ses vêtements sont toujours soumis au contact de l'air entre chaque visite.

M. Besnier lit une nouvelle note sur la marche de l'épidémie cholérique.

Il donne les chiffres que nous avons fait connaître dans nos derniers numéros (jeudi 9 et samedi 11 octobre), puis il les fait suivre de quelques réflexions.

Il fait remarquer, entre autres choses, que jamais, dans une ma-

ladie épidémique et transmissible, les cas développés à l'intérieur n'ont fourni une mortalité semblable à celle qu'on a constatée dans l'épidémie actuelle. En effet, dans l'épidémie de variole de 1870, les cas intérieurs étaient, au contraire, pour la plupart, des cas bénins.

Dans le relevé des cas de choléra, très-peu nombreux, observés dans les hôpitaux pendant la dernière semaine, M. Besnier signale une exception pour l'hôpital du Gros-Caillou, qui a reçu 8 cholériques, dont 5 sont morts. Ces malades venaient tous d'un même foyer, dont le siége est à Courbevoie.

A Sainte-Périne, M. Proust a observé un premier et unique cas de choléra. Ce cas offre ceci de particulier que la malade avait présenté la diarrhée prémonitoire, traitée d'abord avec succès, puis a été reprise et est morte le 2 octobre. Les mesures mises aussitôt en pratique par M. Proust, si compétent, comme on sait, dans cette question, ont empêché que ce cas fût suivi d'autres cas de choléra.

M. FOURNIER, dans une précédente séance, avait demandé que l'administration de l'Assistance publique obtînt de certains pays étrangers des renseignements sur les mesures prophylactiques mises en usage dans ces pays pendant les épidémies cholériques. L'administration n'a pas encore répondu à cette demande. C'est pourquoi M. Fournier s'est adressé directement à quelques médecins allemands, et voici les renseignements qu'il a obtenus relativement à la question des hôpitaux spéciaux :

A Berlin, il y a déjà longtemps que l'on établit des hôpitaux spéciaux pour les cholériques.

A Vienne, où le choléra règne maintenant encore, existent trois hôpitaux spéciaux qui se trouvent en dehors de la ville. L'agglomération des cholériques dans ces maisons spéciales n'entraîne nul inconvénient pour les cholériques eux-mêmes, pourvu toutefois que certaines mesures hygiéniques soient rigoureusement observées et que les cas graves soient séparés des cas bénins. Par principe, on ne reçoit aucun cholérique à l'hôpital général. Dans la ville ont été observés certains foyers épidémiques en rapport avec l'état de l'eau potable dans ces parties de la ville. Ni la température, ni les changements atmosphériques paraissent n'avoir exercé aucune influence sur la marche de l'épidémie.

M. Fournier, après avoir donné connaissance de ces lettres, appelle l'attention sur ces trois points importants : 1° il existe à Berlin et à Vienne des hôpitaux spéciaux pour les cholériques ; 2° l'agglomération des cholériques dans un même lieu n'entraîne aucun danger ; 3° on ne reçoit pas, par principe, des cholériques dans le grand hôpital. Pourquoi, ajoute-t-il, ne ferait-on pas à Paris ce qui se fait à Vienne et à Berlin ? Il serait très-facile d'empêcher que les cas extérieurs soient transportés dans tel ou tel hôpital. Voici, en effet, comment les choses se passent : lorsqu'on veut transporter un malade à l'hôpital, on est obligé d'aller chercher un brancard au poste de police le plus voisin. Or, il suffirait d'un mot d'ordre donné aux brancardiers pour que les cholériques fussent dirigés sur tel hôpital qu'on leur désignerait.

M. ISAMBERT, qui connaît la ville de Vienne, complète les renseignements donnés par M. Fournier, en disant que ces hôpitaux spéciaux sont en dehors des glacis de la ville et dans les faubourgs qui sont très-vastes. Les distances plus ou moins longues qu'il faut parcourir pour aller à ces hôpitaux ne sont nullement un obstacle à la mise en pratique de cette mesure à Vienne.

M. BERGERON désirerait savoir ce qu'il en est résulté pour les cholériques et persiste à regarder comme impossible le transport d'un cholérique habitant le centre de Paris en dehors des fortifications.

M. BROUARDEL fait remarquer que cette mesure pourrait au moins être appliquée avec avantage pour les cholériques habitant les faubourgs.

M. DAMASCHINO lit un travail sur *la diarrhée dite prémonitoire dans le choléra.*

Ce travail repose sur 113 observations dont 101 ont été prises, pendant l'épidémie de 1866, à l'hôpital Lariboisière, et 12, cette année, à l'Hôtel-Dieu.

Tout d'abord M. Damaschino fait ressortir toutes les difficultés qu'il y a d'obtenir des renseignements précis sur ce sujet de la part des cholériques eux-mêmes. Leurs souffrances d'ordinaire si vives, l'insouciance de tout ce qui les entoure, puis la prostration profonde où ils sont plongés pendant la période typhoïde, ont rendu très-difficiles les recherches auxquelles il s'est livré. D'autre part, si l'on tient compte du grand nombre de malades atteints de diarrhée depuis un temps parfois assez long et sous l'influence de causes diverses, mauvais régime, fièvre typhoïde, phthisie, suppurations prolongées de quelque nature qu'elles soient, etc., on conçoit combien il est peu aisé, en pareil cas, de délimiter ce qui appartient au choléra et ce qui dépend de l'une de ces causes. C'est pourquoi M. Damaschino a dû écarter de la statistique suivante un grand nombre de cas rendus ainsi très-douteux, pour ne présenter que des faits positifs.

Sur les 101 cas observés par M. Damaschino, en 1866, la diarrhée prémonitoire a fait absolument défaut 35 fois (soit 34,8 p. 100). Chez 22 autres malades, le flux intestinal a duré une heure à six heures au maximum (soit 21,8 p. 100), en tout 57 malades (56,9 p. 100) chez lesquels la diarrhée a manqué totalement, ou n'a pas dépassé six heures. Enfin, chez 9 des 44 malades restants, la diarrhée s'est montrée douze heures au maximum avant l'attaque.

Des résultats analogues ont été constatés pendant l'épidémie actuelle. Sur 12 malades, la diarrhée a fait absolument défaut 4 fois.

Il importait de rechercher si l'existence de la diarrhée pouvait influencer la léthalité future du choléra. M. Damaschino a eu soin de séparer les guérisons des morts. Or, si l'on envisage seulement les cas où le choléra a débuté subitement sans diarrhée, la proportion est à peu près la même (37,8 et 32,9 p. 100); mais si l'on ajoute à ces faits ceux où la diarrhée n'a duré que quelques heures (six au maximum), on constate un écart sensible (48 p. 100) pour les guérisons et 61 p. 100 pour les morts). En s'en rapportant à ces résultats, il faudrait donc, toutes choses égales, d'ailleurs, envisager comme étant plus gravement atteints les cholériques chez lesquels la diarrée dite prémonitoire a manqué ou bien a duré quelques heures seulement.

Quoi qu'il en soit de cette dernière conclusion, un fait ressort clairement de ces recherches, c'est que le choléra débute souvent brusquement, sans diarrhée antécédente. Dans ces conditions, M. Damaschino ne croit pas possible de conserver à ce flux intestinal la qualification de prémonitoire et la dénomination de diarrhée prodromique lui semble préférable.

Ce flux intestinal est bien réellement de nature cholérique : aussi faut-il le traiter et le traiter énergiquement. Pourra-t-on chez des malades, pris dès son début, suspendre l'évolution de l'affection et faire avorter le choléra ? Malheureusement, non; le succès n'est point assuré et le grand nombre des cas intérieurs en est la preuve : car si quelques malades cachent au médecin les troubles intestinaux, un plus grand nombre appellent l'attention sur le moindre symptôme abdominal. Or, parmi ces derniers, il en est qui, bien que traités énergiquement, sont pris du choléra et succombent.

Des faits et des considérations contenus dans son travail, M. Damaschino déduit la conclusion suivante :

« La diarrhée dite prémonitoire fait fréquemment défaut d'une manière absolue et assez souvent quand elle existe, elle ne dure guère qu'au delà de quelques heures : elle constitue donc essentiellement un symptôme du choléra et un symptôme prodromique ; elle n'est pas l'annonce du choléra ; elle en est le commencement. »

M. DUJARDIN-BEAUMETZ lit un travail sur *les injections d'eau et de solutions salines par les veines dans le traitement de la période algide du choléra.* Cette méthode, employée dès 1830, par Jaehnichen, en Russie, puis en 1832 par Magendie en France, et par Thomas Latta en Écosse, a été reprise à chaque nouvelle épidémie cholérique par quelques médecins, sans cependant jamais avoir été suffisamment expérimentée pour qu'il soit possible d'être fixé sur sa valeur réelle.

M. Beaumetz, s'appuyant sur trois observations prises dans son service à l'hôpital Beaujon, a pour but de démontrer que cette méthode est la seule rationnelle aux périodes ultimes du choléra. Voici le résumé de ces trois observations : Dans la première, il s'agit d'une femme de quarante-trois ans, qui présente les symptômes de la période algide la plus prononcée ; le pouls radial est nul, la température axillaire + 35 : à dix heures du matin. On lui injecte 450 grammes d'eau tiède à + 40 c., additionnée de 3 grammes de chlorure de sodium; amélioration sensible; le pouls reparaît, la température axillaire remonte à + 36, la voix revient. A deux heures, l'algidité reparaît, nouvelle injection de 350 grammes, nouvelle amélioration, puis rechute; à dix heures du soir, une troisième injection de 350 grammes d'eau avec 2 grammes d'alcool, ramène un peu de chaleur, ranime un peu la circulation, mais la malade succombe à sept heures du matin. Dans la deuxième observation, il s'agit d'une malade scrofuleuse, cachectique, présentant l'algidité la plus complète, agonisante. On lui injecte 800 grammes d'un sérum artificiel, puis 800 grammes une heure et demie après, puis 300 grammes. Cette malade revient; elle parle, reprend sa connaissance, mange et se trouve soulagée. Cette amélioration dure deux heures et la malade succombe. Le troisième fait est encore celui d'une femme à la période ultime ; température axillaire + 34°; injection de 400 gr. d'eau à + 40° avec 3 gr. de chlorure de sodium ; la cyanose disparaît, le regard reprend de la vie, la parole renaît, la température s'élève. Cependant, mort le lendemain matin.

Malgré ces résultats identiques à ceux obtenus par presque tous les médecins qui ont expérimenté cette médication, M. Beaumetz pense qu'elle ne doit pas être abandonnée, et qu'on doit, au contraire, chercher, par tous les moyens, à la rendre plus profitable. Il relate quinze observations dans lesquelles les injections ont été suivies d'un succès complet. Il étudie ensuite les trois points suivants : 1° la période de la maladie à laquelle doivent être pratiquées ces injections veineuses ; 2° la nature et la quantité de liquide injecté; 3° le manuel opératoire.

Jusqu'ici, comme il résulte de toutes les observations publiées, ces injections ont toujours été pratiquées à la période algide du choléra et toujours dans des cas désespérés. On s'adressait ainsi, ajoute M. Beaumetz, à la cause première de l'algidité, à la perte de sérum du sang qui en modifie si profondément les qualités physiques qu'il ne peut plus circuler dans les vaisseaux.

Il existe cependant une observation due à M. Piorry dans laquelle l'injection a été faite à la période de réaction. Le malade, après une amélioration sensible, n'en a pas moins succombé. M. Beaumetz pense que l'injection veineuse doit rester jusqu'à nouvel ordre une médication ultime, s'adressant aux cas désespérés, attendu qu'on n'est pas encore assez bien fixé sur sa complète innocuité. Mais on doit toujours y avoir recours à la période ultime, comme à une dernière ressource. Toutefois, il est incontestable, suivant lui, qu'on obtiendrait des résultats bien plus satisfaisants si on pouvait la pratiquer plutôt avec un liquide capable de suppléer complétement au sérum du sang.

2° Quelles doivent être la nature et la quantité du liquide injecté? On voit que dans tous les cas où la guérison a été obtenue, on avait eu recours à des solutions salines à titres variables, excepté dans un cas de M. Lorain où on a seulement injecté de l'eau pure. Voici la formule de Latta, employée depuis par un grand nombre de médecins :

Muriate de soude........	3 à 5 grammes
Sous-carbonate de soude...	2 gr. 50
Eau distillée...............	2 kil. 838 —

M. Beaumetz, pour se rapprocher autant que possible de la composition du sérum, a eu recours à la formule suivante :

Eau distillée...............		1000 grammes
Chlorure de sodium........		3 gr. 10
Phosphate de soude........		0 — 30
Carbonate de soude...	aa	1 —
Sulfate de potasse....		
Lactate de soude.....		

On a remarqué que l'adjonction de l'albumine n'a jamais été favorable.

M. Beaumetz, avec l'aide de M. Grancher, a étudié au microscope l'action de l'eau et des solutions salines sur les globules sanguins. L'eau les détruit immédiatement ; les solutions salines, sans les détruire, les altèrent dans leur forme. Il faudrait donc, autant que possible, se servir, pour ces injections, de sérum naturel; malheureusement celui-ci est très-difficile à conserver. M. Beaumetz se demande si l'on n'y parviendrait pas au moyen du chloral. Quant à la transfusion du sang défibriné, il est persuadé que les mauvais résultats qu'elle a donnés jusqu'ici sont dus surtout au manuel opératoire.

3° Le manuel opératoire doit être très-simple et à la portée de tous. La seringue à hydrocèle ayant l'inconvénient de fournir une injection par saccade, M. Beaumetz a adopté le procédé suivant : un irrigateur ordinaire, chargé de la solution saline, est placé dans un vase contenant de l'eau chaude à la température de 41° à 42°. A l'extrémité du tube de l'irrigateur, on place un tube en caoutchouc auquel est ajoutée une extrémité en métal, pénétrant jusqu'au bout inférieur de la gaine du trocart employé dans le transjuseur de Mathieu. On peut régler l'écoulement en ouvrant plus ou moins le robinet. On fait au poignet ou au bras une courte incision à la peau permettant d'isoler la veine; on passe au-dessous de celle-ci une sonde cannelée, puis on la ponctionne obliquement; on retire l'aiguille du trocart et on fait pénétrer un peu plus avant la gaîne de ce dernier entre les parois de la veine ; on introduit l'extrémité métallique du tube de l'irrigateur, en ayant soin de faire couler le liquide au moment même de l'introduction. La ligature qui a été placée au-dessus de la veine est enlevée. M. Beaumetz préfère à l'aiguille à trocart le trocart à dard, la première exposant à faire des contre-ouvertures.

Cette opération est le plus habituellement bénigne; cependant, dans quelques cas, elle a été suivie de phlébite, soit que celle-ci ait été due au traumatisme, soit qu'elle ait été déterminée par un liquide trop irritant.

Il est difficile d'établir une statistique sérieuse sur les résultats de ces injections. Toutefois, M. Beaumetz fait remarquer que dans tous les cas où elles ont été pratiquées, elles ont prolongé la vie des malades. « En effet, le malade agonisant, ajoute-t-il en terminant, renaît à la vie, il reprend connaissance, il parle, il voit, il reconnaît les siens; sa circulation reparaît, sa température s'élève, il éprouve un bien-être notable et un grand soulagement. »

Bien que cette amélioration n'ait été jusqu'ici que passagère, M. Beaumetz croit qu'il ne faut pas abandonner cette méthode et qu'il faut chercher, au contraire, à la perfectionner.

M. MOUTARD-MARTIN fait observer que M. Beaumetz a bien rapporté 16 cas de guérison, mais qu'on ne sait pas combien il a été fait d'injections. Ces faits n'ont donc pas une réelle valeur, car on sait que toute espèce de médication peut réussir. M. Moutard-Martin ne partage donc pas l'enthousiasme de M. Beaumetz au sujet de cette médication.

M. Hodder (du Canada), a obtenu deux cas de guérison en injectant du lait, 220 grammes dans le premier, deux fois 448 grammes dans le second. Quelques auteurs ont conseillé d'ajouter des substances médicamenteuses aux solutions salines telles que du chlorhydrate de morphine, de l'alcool, une infusion de menthe, etc. M. Beaumetz préfère chercher, autant que possible, à se rapprocher de la composition du sérum.

La quantité du liquide injecté est très-variable dans les faits cités par M. Beaumetz. Dans une observation anglaise, elle se monte à 18 kil. 190 grammes en treize heures. Dans beaucoup d'autres cas, elle est de 1,000 à 1,500 grammes. Dans la plupart des cas où le succès a été obtenu, la quantité de liquide injecté est toujours très-considérable. Il ne faut donc pas craindre de répéter souvent et de prolonger l'injection.

M. CHAUFFARD n'accepte pas la théorie par laquelle M. Beaumetz semble expliquer les effets de cette médication, théorie qui consiste à considérer la perte du sérum du sang comme la cause de la

cyanose. En effet, on observe bien des cas où les malades ont des évacuations très-abondantes sans présenter de cyanose, ni d'algidité, ni d'arrêt de la circulation, et bien d'autres cas, au contraire, où tous ces phénomènes existent alors que les malades ont à peine quelques évacuations.

M. CHAMPOUILLON, à propos des cas de phlébite signalés par M. Beaumetz, demande si les médecins qui ont eu recours à cette médication faisaient une nouvelle ponction à chaque nouvelle injection.

M. BEAUMETZ répond affirmativement.

M. COLIN dit que c'est l'eau surtout qui fait défaut dans le sang des cholériques et ne croit pas que la perte seule du sérum n'entraine toutes les conséquences qu'on lui attribue.

M. BLACHEZ fait observer que les médecins français qui ont expérimenté cette médication ne se sont pas mis dans les mêmes conditions que les Anglais, par exemple, qui ont pratiqué ces injections par kilos; les cas qui ont été suivis de succès paraissent être ceux dans lesquels ont été injectées ces énormes quantités de liquide. Cependant M. Lorain a obtenu la guérison dans un cas où il n'a été injecté que 400 grammes de liquide. Il y a donc là une question importante à élucider.

M. Blachez demande, en outre, si c'est toujours dans la période ultime de la maladie que M. Beaumetz a eu recours à ce mode de traitement.

M. BEAUMETZ répond que c'est toujours à la période ultime qu'il a pratiqué ces injections, et que, chaque fois, il a vu les malades revenir à la vie. C'est, dit il, une véritable résurrection.

Il répond, en outre, à M. Chauffard qu'il lui semble que c'est bien à la perte du serum du sang qu'il faut attribuer la cyanose, car celle-ci ne saurait, selon lui, s'expliquer autrement.

La Société décide qu'elle reprendra le cours habituel de ses séances et que, par conséquent, la prochaine réunion aura lieu sous quinze jours.

La séance est levée à cinq heures un quart.

THÈSES
SOUTENUES A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS
PENDANT L'ANNÉE 1873.

358. Favre. Étude historique et étiologique sur la pleurésie purulente.

359. Dussutour. Des plaies de la veine jugulaire interne et de leur traitement.

360. Moreau. Des affections syphilitiques tertiaires des bourses séreuses.

361. Prodhomme. De l'expectoration albumineuse.

362. Rigaud. Quelques considérations sur le rôle éliminateur du poumon.

363. Gassion. Sur un anévrysme de la portion ascendante de la crosse de l'aorte, avec accidents cérébraux.

Le Directeur : Dr E. LE SOURD.

Paris.— Typographie A. POUGIN, quai Voltaire, 15.

Eaux minérales de Vals acidules.

Gazeuses, Bicarbonatées, Sodiques, analysées par O. Henri.

Thermalit 13°	Saint-Jean	Rigolette	Précieuse	Désirée	Magdeleine
Acide carbonique libre...	1.425	2.095	2.218	2.145	2.050
Bicarbonate de soude....	1.480	5.800	5.940	6.040	6.280
— de potasse...	0.040	0.263	0.230	0.263	0.255
— de chaux....	0.310	0.259 (chaux et magnésie)	0.630	0.571	0.520
— de magnésie.	0.120		0.750	0.900	0.672
— fer et mang.	0.006	0.024	0.010	0.010	0.029
Chlorure de sodium......	0.060	1.200	1.080	1.100	0.169
Sulfate de soude et chaux.	0.054	0.220	1.185	0.200	0.235
Silicate et silice, alumine..	0.080	0.060	0.060	0.058	0.097
Iodure alcal. arsenic lit...	indice	traces	indice	indice	traces
	2.151	7.826	8.885	9.142	9.248

Ces eaux sont *très-agréables* à boire à table, pures ou coupées avec du vin. Un excès d'acide carbonique et la proportion heureuse des bicarbonates calciques-magnésiens en font, malgré la plus riche minéralisation qui soit connue en France, des eaux *légères, douces,* essentiellement *digestives.* Dose ordinaire, une bouteille par jour. (*Indiquer autant que possible la source que l'on entend prescrire.*) *Emplois spéciaux* : SAINT-JEAN, maladie des organes digestifs ;—PRECIEUSE, maladies de l'appareil biliaire ; — DESIREE, maladies de l'appareil urinaire ; — RIGOLETTE, chlorose, anémie ; — MAGDELEINE, maladies de l'appareil sexuel.

SOURCE FERRO-ARSENICALE DE LA DOMINIQUE

Acide sulfurique libre..............		1.33
Silicate acide	sesqui-oxyde de fer	0.44
Arséniate »		
Phosphate »		
Sulfate »		
— de chaux..........		
Chlorure de sodium..........		
Matières organiques..........		

Cette eau est arsenicale; elle n'a aucune analogie avec les précédentes. Fièvres intermittentes, cachexies, dyspnée, maladies de la peau, scrofule, maladies organiques, etc.

Les eaux de ces sources se transportent et se conservent sans altération ; elles se trouvent dans les principales pharmacies de France, au prix de 8,80 c. la bouteille en verre noir, revêtue d'une étiquette et coiffée d'une capsule en étain indiquant la source où elle a été puisée.

EXPOSITION DE 1867

La seule et unique Médaille pour la Pepsine, en récompense de la supériorité de fabrication constatée après expériences faites par les membres du Jury de l'Exposition 1867, MM. Fehling (de Stuttgart), Fritsche (de Saint-Pétersbourg), a été accordée exclusivement à la

Pepsine de Boudault, seul fabricant et fournisseur de la Pepsine dans les hôpitaux de Paris depuis 1854.

Quinze années de fabrication supérieure.

Elle est employée dans les *dyspepsies légères et rebelles, gastrites, gastralgies, dans les vomissements incoercibles de la grossesse, la lienterie des enfants, et autres affections des organes digestifs,* sous forme de vin, Elixir, Prises, Pastilles et Dragées. *Se méfier des contrefaçons.*

Pharmacie Hottot, 24, rue des Lombards, Paris

Aménorrhée, Dysménorrhée. — L'observation médicale confirme chaque jour les propriétés véritablement spécifiques de l'Apiol des docteurs Joret et Homolle comme emménagogues, et sa supériorité bien marquée sur les agents thérapeutiques de la même classe. Le succès est assuré quand l'aménorrhée ou la dysménorrhée est indépendante d'un état anatomique ou d'une lésion organique, mais se rattache à un trouble de l'innervation vaso-motrice de l'utérus et des ovaires. *Il provoque les règles, prévient les coliques, dissipe les douleurs des reins et les tranchées* qui accompagnent souvent les *Epoques*, sans qu'on ait jamais à redouter aucun accident de son emploi, même dans le cas de grossesse.

Le seul moment opportun pour administrer l'Apiol est celui qui correspond à l'époque présumée des règles ou la précède immédiatement. — Dose, une capsule matin et soir pendant six jours.

Dépôt général, pharm. Briant, 150, r. de Rivoli.

AVIS AUX ÉTUDIANTS

Dans la maison où demeure M. Ruhmkorff, constructeur d'instruments de sciences, rue Champollion, 15, près la Sorbonne, le CONCIERGE a un très grand choix de chambres meublées très-confortables, à louer à des prix modérés.

VIANDE CRUE & ALCOOL

Traitement par l'ÉLIXIR alimentaire de DUCRO. PHTHISIE, anémie, **rachitisme,** DIABETE, *Diarrhée,* **Cachexies,** *Albuminurie, la* **Convalescence,** *l'épuisement. (Gros), 8, r. Neuve-Saint-Augustin, Paris.*

EPILEPSIE

HYSTERIE — NEVROSES

Le Sirop de Henry Mure, **au bromure de potassium** (exempt d'iodure), dont l'usage est aujourd'hui universellement répandu, a déterminé un nombre considérable de guérisons publiées dans les recueils scientifiques.

Chaque cuillerée de Sirop de Henry Mure contient 2 grammes de **bromure de potassium** d'une pureté chimique irréprochable.

PRIX DU FLACON : 5 francs.

Vente au détail. — A Paris, 16, rue de Richelieu, pharmacie Lebrou.

Vente en gros. — S'adresser à M. Henry Mure, pharmacien, à Pont-Saint-Esprit (Gard).

VIN DE BUGEAUD

Au quinquina et au cacao combinés

La difficulté d'obtenir la tolérance de l'estomac pour le quinquina et les amers, en général, a fait plus d'une fois le désespoir des praticiens. Mais depuis l'introduction dans la matière médicale de la combinaison dite **Vin de Bugeaud,** où le cacao se trouve uni au quinquina, pour en tempérer l'astringence, cet inconvénient n'existe plus.

Aussi, cette préparation est définitivement entrée dans le domaine de la pratique et s'est substituée à toutes les autres préparations de quinquina.

Les propriétés du **Vin de Bugeaud,** *préparé au vin d'Espagne,* étant celles des toniques radicaux et analeptiques réunis, ce médicament est indiqué dans *l'appauvrissement du sang,* dans les *névroses, les flueurs blanches, la diarrhée chronique, les pertes séminales involontaires, les hémorragies passives, les affections scorbutiques,* etc.

La préparation de ce vin exige pour la dissolution du cacao des appareils spéciaux qui ne se trouvent point dans les officines. Il faut donc, pour être sûr de l'authenticité du médicament, le prescrire sous le nom de **Vin de Bugeaud.**

Dépôt général, pharmacie Lebeault, 53, rue Réaumur.

Se trouve rue du Cherche-Midi, et dans toutes les pharmacies.

PRIME DE **16,600** FRANCS — MÉDAILLE D'**OR** A LAROCHE

QUINA LAROCHE

Extrait COMPLET **des 3 SORTES de quinquinas**

ÉLIXIR *reconstituant, tonique* et *fébrifuge.* A base de vin d'Espagne et d'un goût agréable, ce produit participe du vin et du sirop de quinquina, mais leur est bien supérieur en efficacité.

Le procédé **Laroche** consiste à épuiser par une série de véhicules variés, et un outillage spécial, la totalité des nombreux principes contenus dans les 3 meilleures sortes de quinquinas (*jaune, rouge et gris*), principes essentiels qui se complètent l'un par l'autre, et qui manquent presque toujours dans les préparations ordinaires.

Combiné au fer le *Quina Laroche* **Ferrugineux** offre une préparation aussi complète que possible, pour tous les cas où le *quinquina* et *le fer* sont jugés utiles.

PARIS, 22 et 15, rue Drouot, et dans toutes les pharmacies françaises et étrangères.

Laroche

VIN ET SIROP AROUD AU QUINA

ET A TOUS LES PRINCIPES NUTRITIFS SOLUBLES DE LA VIANDE

Médicament aliment d'une supériorité incontestable sur tous les vins de quina et sur tous les toniques et nutritifs connus, renfermant tous les principes solubles des plus riches écorces de quina et de la viande, représentant, par 30 gr., 3 gr. de quina et 27 gr. de viande. — *A la même base et à la même dose :* Vin et Sirop ferrugineux Aroud. Sirop concentré Aroud. Vin Aroud au Malaga. Bonbons, Pates, Pastilles Aroud. — Dépôt, Lyon, pharmacie AROUD, 4, rue Lanterne.

LIENTERIE et DYSPEPSIE — GASTRALGIE et ANOREXIE

PANCRÉATINE DEFRESNE

HUILE DE FOIE DE MORUE DEFRESNE ÉMULSIONNÉE PAR LA PANCRÉATINE.

PILULES, VIN, ÉLIXIR, ÉMULSION PANCRÉATIQUE DEFRESNE

EMPLOYÉS DANS LES HOPITAUX DE PARIS

(Voir les Mémoires présentés à l'Académie de médecine et à l'Institut.)

La **Pancréatine Defresne** perd un tiers de sa force dans l'estomac, mais continue son action dans le duodénum en présence de la bile alcaline. Elle rend assimilable, 15 fois son poids de corps gras ; elle digère 50 fois son poids de fibrine, 140 gr. d'empois ou 8,90 d'amidon.

Pharmacie DEFRESNE, rue des Lombards, 2 et 4, et dans toutes les autres pharmacies.

VIN DE QUINQUINA AU MALAGA D'ABBADIE

Rue Sainte-Apolline, 21 (Porte Saint-Denis), Paris

Ce vin qui, depuis 1814, est préparé avec le plus grand soin, **avec des quinquinas choisis et d'excellent vin,** se recommande à MM. les médecins qui veulent prescrire l'emploi d'une préparation sûre et toujours identique.

Ce vin, d'une saveur agréable, est parfaitement pris par les enfants, les vieillards, les convalescents, et par toutes les personnes dont l'estomac est délicat. — *Dépôts dans toute la France.*

N° 120. — JEUDI 14 OCTOBRE 1873. 46e ANNEE. JEUDI 14 OCTOBRE 1873. — N° 120

Ce journal parait trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Bureaux : 57, rue des Saints-Pères, 57
PRÈS L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix d'abonnement doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

On s'abonne hors de Paris dans les bureaux des Messageries et chez les Libraires. Les lettres non affranchies sont refusées.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui n'en peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS : Trois mois. . 8 fr. 50 c. — Six mois. . . 16 — — Un an. . . . 30 —

POUR L'ÉTRANGER le port en sus suivant les derniers tarifs des Postes.

Paris, le 15 octobre 1873.

SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

M. Colin a continué, dans cette séance, la lecture de ses recherches expérimentales sur la septicémie. Nous avons indiqué, dans le numéro de jeudi dernier, l'ordre et le texte des questions dont il s'est proposé de chercher la solution par ses expériences. On a vu quelle a été, pour la première question, sa conclusion. M. Colin, en montrant la variabilité des résultats, tend par cela même à infirmer ou à atténuer ce que les propositions de M. Davaine paraissaient avoir de trop absolu. Là où M. Davaine voyait un effet constant et invariable du sang putréfié à l'air ou altéré dans l'organisme, M. Colin nous a montré une réaction morbide propre à certains animaux seulement, mais qui n'est ni commune à tous ni la même pour tous.

Dans la partie de son travail dont il a donné lecture hier, M. Colin a examiné successivement les 2e, 3e, 4e et 5e questions de son programme ; savoir : à quelle dose le sang putréfié hors de l'organisme ou modifié par le fait de la septicémie peut produire une affection mortelle ; si le pus, les fluides sécrétés, la plupart des matières animales, altérés par la septicité, jouissent des mêmes propriétés contagieuses ou infectieuses que le sang ; si la septicémie est contagieuse par les produits volatils émanés des sujets malades ou de leurs cadavres ; enfin, si les produits de la septicémie sont inoculables par les muqueuses intactes. On trouvera dans le compte rendu de la séance le résumé des résultats généraux auxquels M. Colin a été conduit sur chacun de ces points.

Sans préjuger quelle sera la conclusion générale et définitive de ce vaste ensemble d'expériences, que l'on peut déjà entrevoir cependant, nous ne pouvons nous empêcher de faire remarquer dès à présent avec quel esprit scientifique M. Colin a conçu et suivi le vaste et difficile programme qu'il s'est proposé, avec quelle prudence il en tire une à une les déductions qui en découlent.

Pour faire partager à nos lecteurs l'opinion qui est résultée pour nous de l'audition des premières parties du travail de M. Colin, il nous suffira de citer ce passage de son préambule où, avant d'exposer la méthode d'expérimentation dont il a fait choix, il présente de judicieuses critiques sur la manière dont on a procédé, en général jusqu'à présent, dans cet ordre de recherches :

« Dès le début, j'insiste sur le choix de la méthode à suivre dans des études aussi compliquées que celle des maladies putrides. Si l'expérimentation appliquée à l'analyse des actes physiologiques est déjà fort difficile, elle le devient bien davantage en entrant dans le domaine des troubles morbides, et c'est là qu'elle expose à des illusions de toutes sortes ceux qui s'en servent légèrement. Le plus souvent, dans les recherches de médecine expérimentale qui portent sur les plus profonds mystères de la maladie, on marche à l'aventure, sur un terrain inconnu, en se servant d'instruments qu'on ne sait pas assez bien manier, de réactifs vivants dont la sensibilité est variable ou équivoque ; on tire du lapin ou du cochon d'Inde mutilés des déductions applicables à la pathologie humaine, comme naguère on formulait des principes de physiologie générale d'après des vivisections exécutées sur la grenouille ou la salamandre, et l'on élève ainsi des édifices fantastiques que le moindre souffle peut renverser.

« Dans l'étude des questions qui s'agitent en ce moment devant vous, je crois que nous n'évitons pas les écueils dont je parle. Les procédés d'investigation adoptés jusqu'ici laissent beaucoup à désirer. Pour rechercher si l'infection putride, la fièvre traumatique, la fièvre typhoïde, sont des états de même nature qu'un autre appelé septicémie, nous nous bornons à inoculer à des lapins, suivant une formule invariable, un peu de sang pris sur le sujet malade, ou de sang putréfié au contact de l'air. Ce liquide est soumis à la putréfaction dans la couveuse à la température de 38 à 40° centigrades, dilué au millième ou au millionième, injecté à l'aide de la seringue de Pravaz dans le tissu cellulaire de la nuque et du dos. Des lapins, par séries, sont tués ainsi dans des délais presque uniformes, et en présence de la mort des animaux, d'une bactérie ou de quelques granules mouvants dans leurs vaisseaux, on conclut à l'identité des états morbides comparés entre eux ! Mais l'assimilation admise ne repose pas sur des indices suffisants. Le cercle où l'on s'enferme est trop étroit et il est vicieux. Pour peu qu'on s'en écarte, les résultats changent. Que le sang soit putréfié lentement au lieu de l'être en quatorze à quinze heures, qu'il soit inoculé pur, au lieu de l'être à l'état de dilution, qu'il le soit dans l'épaisseur du derme et non dans le tissu cellulaire de la région occipitale, ses effets changent de caractère ; que le lapin soit remplacé par le rat, le chien, le mouton, le cheval, et voilà les effets septiques de ce sang atténués, même entièrement annulés. En d'autres termes que l'une des conditions artificielles où nous nous plaçons fasse défaut, et tout manque à la fois. En se bornant à étudier les phénomènes sur une seule espèce animale, on ne les voit que sous l'une de leurs formes, peut-être sous la forme exceptionnelle la plus éloignée de celles qu'ils présentent chez l'homme. Au surplus, le lapin n'est-il pas, par son organisation, sa constitution, son idiosyncrasie, l'animal le moins bien choisi pour l'étude des altérations du sang. C'est un herbivore devenant anémique, hydrohémique,

avec une extrême facilité, sur lequel le pus, les dépôts caséeux, les infiltrations se développent rapidement; c'est un animal sans résistance qui ne supporte ni la diète, ni les autres privations, que les aliments aqueux, l'humidité, les changements de régime et d'habitude tuent en très-peu de temps, une bête d'une sensibilité exagérée dont les réactions s'éloignent beaucoup de la plupart des autres types. En le prenant pour unique sujet de recherches, on ne voit pas les choses sous leur physionomie la plus commune et la plus vraie; ainsi on se place à un mauvais point de vue pour les déductions applicables à la pathologie humaine. Il est donc indispensable d'agrandir le cercle étroit où l'expérimentation s'enferme, de procéder à des investigations variées et toujours comparatives, de contrôler les données obtenues sur un animal par celles qu'on peut tirer d'animaux d'espèce, de constitution, de susceptibilité différentes. C'est ce que j'ai cherché à faire dans ce travail comme dans toutes mes études de physiologie normale ou pathologique. »

A mardi prochain, probablement, la fin de ce remarquable travail, qui va considérablement élargir, en l'éclairant, le champ de la discussion sur la septicémie.

— L'Académie a procédé, dans cette séance, à l'élection de deux correspondants étrangers dans la première et dans la deuxième division. MM. Van Beneden (de Louvain), et Barnes (de Washington), ont été élus à la presque unanimité des suffrages.

Dr Brochin.

HOTEL-DIEU. — CLINIQUE MÉDICALE DE LA FACULTÉ.

M. B. Ball, suppléant M. le professeur Béhier.

Du choléra.

(Leçons recueillies par M. le docteur H. Liouville.)

Première Leçon.

Messieurs, l'épidémie qui règne à Paris depuis les premiers jours de septembre, a fait, il y a peu de temps, une irruption soudaine dans notre service; et vous avez pu constater que sur une population de quarante malades environ, que possède la salle Saint-Antoine, il s'est produit huit cas de choléra, dont plusieurs se sont terminés par la mort. C'est dans l'intérieur de la salle que se sont développés ces accidents, car nous n'y avons reçu aucun cas venu de l'extérieur. En même temps, plusieurs de nos malades étaient atteintes d'une diarrhée inquiétante, qui se rattachait évidemment à l'influence épidémique.

La plupart des sujets ainsi frappés ont été transportés dans un service spécial, conformément aux sages prescriptions de l'administration. Mais la femme qui la première a ouvert la série, et que nous considérons à tort ou à raison comme le point de départ de cette petite épidémie locale, est restée dans le service de la Clinique, et vous avez pu suivre chez elle, pendant plusieurs jours, l'évolution complète des accidents qui viennent de se terminer par la mort.

Il m'a semblé utile de saisir cette occasion pour vous entretenir d'une maladie qui, même aujourd'hui, a le privilége d'intéresser si vivement le public; et je le ferai d'autant plus volontiers qu'il est facile de s'apercevoir que des notions exactes et précises sur cette affection depuis si longtemps connue sont loin d'être aussi généralement répandues qu'on pourrait le supposer.

Deux points de vue fort différents devront successivement attirer notre attention. Sans être absolument indépendants l'un de l'autre, ils se trouvent peut-être plus nettement séparés ici que dans la plupart des sujets qui nous ont occupés jusqu'à présent.

Rien de plus intéressant, en effet, que l'étude des causes qui peuvent donner naissance au choléra, des conditions qui président à sa dissémination, et des caractères spéciaux qui en font une maladie à part : mais, en dehors de ces problèmes si vivement controversés, et dont la solution intéresse à un si haut degré l'hygiène et la législation internationale, il reste des questions d'un ordre essentiellement pratique, et qui appartiennent exclusivement au domaine de la clinique : il s'agit des phénomènes pathologiques qui marquent les phases successives de la maladie, des indices qui permettent de la reconnaître dans les cas douteux, enfin des principaux moyens de traitement qu'il convient de lui opposer aux diverses périodes de son évolution. En d'autres termes, après avoir envisagé le choléra au point de vue *scientifique*, il nous resterait à l'étudier au point de vue *médical* : et si vous voulez bien me permettre de renverser l'ordre logique des idées, c'est par ce dernier côté que nous commencerons ces études : car avant de discuter ces grandes questions, qui se rattachent à la nature et à l'origine du choléra, il me paraît indispensable d'avoir quelques notions sur la physionomie générale de cette affection.

Je ne chercherai point, messieurs, à vous donner ici une définition du choléra; car l'étude à laquelle nous allons nous livrer ne sera d'un bout à l'autre qu'une longue définition; et je partage à cet égard l'opinion de Condillac, qui juge qu'une définition est mieux placée à la fin d'un ouvrage qu'à son commencement.

C'est donc une description du choléra que nous allons vous présenter; nous passerons ensuite aux altérations anatomiques que comporte la maladie, et nous terminerons par quelques indications sommaires sur le diagnostic et le traitement.

Bien que le choléra puisse ne se prolonger dans les cas foudroyants que pendant quelques heures, il me paraît indispensable, pour classer les symptômes de la maladie, d'en diviser l'évolution en plusieurs périodes successives. Nous admettrons donc une période d'incubation; une période prodromique; une période gastro-intestinale; une période algide; une période asphyxique; et une période de réaction. Cette classification, peut-être arbitraire, est du moins fort commode pour la description des symptômes; elle a été d'ailleurs adoptée par beaucoup d'auteurs. Nous sommes donc autorisés à suivre leur exemple.

1° *Période d'incubation.* — Il est incontestable que, comme toutes les autres maladies de même nature, le choléra comporte une période d'incubation, pendant laquelle le poison est déposé en germe dans l'économie, mais ne manifeste pas encore sa présence au dehors. Malheureusement, il paraît impossible d'assigner à cette période une durée bien précise. S'il existe, en effet, des cas tardifs dans lesquels l'explosion de la maladie s'est fait attendre plusieurs jours et même plusieurs semaines, il en est d'autres où elle semble avoir éclaté avec une rapidité qui exclut complétement l'idée d'une longue préparation.

D'ailleurs, les autorités les plus compétentes n'ont point réussi à se mettre d'accord sur la durée des précautions sanitaires qu'il convient d'imposer aux voyageurs en temps de choléra; et c'est d'une façon plus ou moins arbitraire que ce point a été décidé dans les divers pays de l'Europe, qui sont loin d'avoir adopté une pratique uniforme à cet égard.

2° *Période prodromique.* — S'il est incontestable que le choléra se manifeste souvent d'emblée, sans prodromes d'aucune nature, il n'est pas moins certain que, dans la grande majorité

des cas, cinq fois sur six environ, il est précédé par des prodromes très-caractéristiques, qui constituent, à proprement parler, la période initiale de la maladie.

C'est le plus habituellement sous forme d'une diarrhée, plus ou moins intense, plus ou moins persistante, dont la durée peut varier de plusieurs jours à quelques heures, que se manifeste tout d'abord l'invasion du mal. Des vomissements bilieux accompagnent assez souvent cette diarrhée.

Les selles ont, au début, une abondance moyenne, une couleur café au lait, une odeur caractéristique qu'on a comparée à celle du sperme,mais qui est en réalité *sui generis ;* elle échappe à toute comparaison. Mais il n'existe à ce moment aucun élément riziforme dans les déjections. Leur nombre varie de deux à dix dans les vingt-quatre heures; elles sont accompagnées de flatulence, mais *n'occasionnent presque jamais de coliques ;* c'est là un caractère des plus importants et qui donne à cette affection un cachet spécial.

Il ne faudrait cependant pas supposer que les malades sont exempts de toute espèce de souffrance : le plus souvent ils éprouvent un malaise général que les médecins anglais, qui ont observé le choléra aux Indes, dans son foyer primitif, considèrent comme un signe précurseur d'une signification plus précise encore que la diarrhée, à laquelle on attache une si grande importance dans nos climats.

La *diarrhée cholériforme* est incontestablement le premier degré de choléra; non-seulement elle possède des propriétés contagieuses qui peuvent développer l'épidémie dans une localité jusqu'alors épargnée, mais encore elle peut se terminer par la mort, après une durée souvent assez courte. C'est surtout chez les vieillards, les enfants, et les soldats réunis en grand nombre dans les camps, que s'observent de pareils accidents ; mais dans la majorité des cas, lorsque la *diarrhée prodromique* ne passe pas à la seconde période, elle se termine par la guérison, après une durée de cinq a six jours.

On commettrait une erreur considérable en supposant que l'invasion du choléra est toujours caractérisée par les symptômes que nous venons de décrire : c'est quelquefois l'état inverse qui se manifeste tout d'abord; c'est une constipation opiniâtre qui précède et prépare les accidents ultérieurs. Vous venez, messieurs, d'en avoir un exemple frappant sous les yeux.

Un jeune homme de dix-neuf ans est amené à l'hôpital en proie à de vives douleurs; le facies était altéré, le nez et les extrémités froids. Depuis deux jours il était en proie à des vomissements bilieux. Au moment de son entrée dans les salles, nous fûmes tentés de le prendre pour un véritable cholérique. Mais l'examen de l'abdomen nous révéla l'existence d'une tumeur arrondie, proéminente, extrêmement douloureuse, qui occupait la fosse iliaque droite. La percussion nous permit de constater que le cæcum était le siége d'une accumulation de matières fécales, tandis que dans toute l'étendue du côlon et de l'*S* iliaque, une sonorité tympanique venait attester la vacuité complète du gros intestin.

Les renseignements puisés auprès du malade étaient parfaitement en rapport avec les données de l'exploration physique.

Depuis quatre jours il souffrait d'une constipation opiniâtre; les vomissements n'étaient survenus que plus tard. Enfin, dernier détail qui nous éloignait de l'idée du choléra, la miction était parfaitement régulière et il n'existait pas d'albumine dans ses urines.

Un traitement énergique sembla triompher presque aussitôt de ces accidents. Un vésicatoire volant fut appliqué sur la tumeur intestinale, et dès le lendemain les douleurs étaient presque entièrement calmées. Des lavements huileux furent administrés à plusieurs reprises successives; en même temps, une faible dose d'opium (10 centigrammes) fut administrée à l'intérieur.

Il fallut deux jours pour déterminer l'expulsion des matières fécales. Mais après quarante-huit heures, il y eut une *véritable débâcle*, qui procura au malade un immense soulagement.

On s'applaudissait de cet heureux résultat et l'on croyait marcher vers une guérison rapide, lorsque, le jour suivant (le quatrième depuis son entrée), le malade, dont les évacuations n'avaient point cessé, fut pris de tous les symptômes du choléra confirmé et dut être transporté dans le service spécial.

On ne saurait accuser ici, nous le croyons du moins, l'intervention du médecin ; aucun purgatif n'avait été prescrit, et si des lavements détersifs avaient été administrés, on avait contrebalancé leur influence, dans une certaine mesure, par de faibles doses d'opium. Nous sommes donc autorisés à voir dans cette intéressante observation un de ces cas où la constipation (et non la diarrhée) précède l'invasion du choléra.

Ces faits sont depuis longtemps connus en Angleterre; il n'est pas sans quelque utilité de les rappeler en France, où l'importance exagérée qu'on a cru devoir accorder à certaines idées théoriques les a fait presque complétement perdre de vue.

Les accidents intestinaux, lorsqu'ils offrent une gravité exceptionnelle, prennent le nom de *cholérine*. Cette affection, comme son nom l'indique, se rapproche notablement du choléra, elle lui ressemble par le caractère des déjections et des vomissements, par le refroidissement des extrémités, par la contagion ; enfin, par la gravité considérable que comporte le pronostic en temps d'épidémie. Elle n'en diffère, à proprement parler, que par la moindre intensité des principaux symptômes.

3° *Période gastro-intestinale.* — Comme nous venons de le voir, c'est habituellement par la diarrhée que débute le choléra. Mais lorsqu'il n'en est pas ainsi, le contenu de l'intestin est subitement évacué, en une ou deux selles fort copieuses, et le choléra se manifeste dans toute la plénitude de ses symptômes.

Alors surviennent les selles vraiment caractéristiques de la maladie : elles se composent d'un liquide blanchâtre dans lequel flottent des débris riziformes; l'odeur fade, spermatique que nous avons signalée plus haut, s'accentue bien plus fortement encore. Enfin, les selles sont quelquefois bilieuses et peuvent contenir du sang; mais c'est là plutôt une exception que la règle.

Un caractère essentiel des évacuations cholériques c'est leur abondance extrême : souvent le malade remplit d'un seul coup le vase tout entier; par contre, leur fréquence n'est pas excessive; elles se reproduisent dix, douze ou vingt fois dans les vingt-quatre heures; mais la déperdition totale de liquide est énorme.

Il existe cependant des cas de *choléra sec* (Gendrin) dans lesquels il ne se produit pas d'évacuations alvines ; mais la percussion démontre la présence d'un liquide dans les anses intestinales : à l'autopsie, on constate que ce liquide est identique à celui des déjections cholériques ordinaires.

Presque toujours les selles sont accompagnées de *vomissements* d'abord bilieux, puis aqueux, ou même riziformes; quelquefois ils précèdent les autres symptômes, mais le plus souvent ils les accompagnent ou les précèdent.

A ce moment, des *phénomènes nerveux*, qui constituent l'une des manifestations les plus pénibles de la maladie, se déclarent et s'aggravent à mesure qu'elle fait des progrès. Dès les

premières selles, le malade éprouve une dépression extrême, qui ne tarde pas à se transformer en une angoisse épouvantable; une sensation déchirante se développe à la région précordiale, avec une vive douleur épigastrique qui prend quelquefois la forme de *barre*: chez beaucoup de sujets il se produit une dyspnée essentiellement nerveuse, car elle n'est justifiée par aucun trouble appréciable à l'auscultation.

C'est alors que surviennent des *crampes* excessivement douloureuses, dont le siége principal est dans les mollets, mais qui peuvent occuper presque tous les muscles de l'économie.

En même temps, les doigts et les orteils sont écartés et recourbés, phénomène signalé depuis longtemps dans le récit des anciennes épidémies qui ont régné dans l'Inde au seizième siècle.

Des troubles fort accentués se déclarent dès le début du côté de la circulation. Le pouls s'accélère, devient faible, petit, irrégulier, puis insensible; il faut remonter vers la racine des membres pour le saisir. Le refroidissement extérieur qui s'est manifesté dès les premières évacuations tend à s'aggraver de plus en plus; l'haleine est glacée; la langue, les lèvres et les extrémités sont froides; la sécrétion urinaire disparaît; la bouche se dessèche, tandis qu'une sueur souvent abondante inonde le corps du malade. La voix devient rauque, cassée, et, chez certains malades, il existe une aphonie complète.

L'altération de la physionomie n'est pas moins caractéristique que les autres symptômes; les yeux sont enfoncés, bordés d'un cercle noir; les traits sont contractés, amaigris; l'expression générale du visage est celle d'un cadavre.

La mort peut survenir au milieu de ces symptômes, dans un espace de temps qui varie de quelques heures à un jour ou deux; mais si le sujet résiste, la maladie poursuit son évolution progressive pour entrer bientôt dans la période de l'algidité.

4° *Période algide.* — Il semble assez naturel, au premier abord, d'attribuer à la perte subite d'une aussi grande quantité de liquide l'état particulier du sang qui caractérise les périodes les plus avancées du choléra. Le fluide sanguin n'est plus un liquide; c'est une matière visqueuse assez semblable à de la gelée de groseilles. Il résulte de ce phénomène un arrêt presque complet de la circulation qui entraîne une impossibilité presque absolue de pratiquer la saignée. On sait, en effet, et Magendie l'a démontré le premier, que la section transversale d'une grosse artère ne détermine aucune hémorrhagie chez les cholériques parvenus à l'état algide; à plus forte raison la phlébotomie ne donne-t-elle aucun résultat; et lorsqu'on songe que le choléra a fait sa première apparition à Paris en 1832, à l'époque où la doctrine de Broussais jouissait d'une si grande influence, on comprend combien les médecins de l'époque ont dû être vexés de ne pas pouvoir saigner leur malades.

Or, dans ces conditions, l'hématose devient presque impossible, et la circulation ne s'opère qu'avec une extrême lenteur, avant de s'arrêter complétement. Aussi la surface du corps se refroidit-elle de plus en plus; la température extérieure peut tomber à 17° ou 19° centigrades; mais ce qu'il ne faut pas oublier, c'est qu'en ce moment même la température centrale s'élève. On trouve de 38° à 39° dans le rectum; et cette augmentation de chaleur peut aller jusqu'à 40° (Charcot).

5° *Période asphyxique.* — Les phénomènes que nous venons d'indiquer atteignent leur plus haute intensité à la période asphyxique. Le pouls a complétement cessé; une cyanose générale envahit le corps tout entier, en commençant par les extrémités; les doigts des pieds et des mains, les oreilles, le nez, les lèvres offrent une coloration presque noire; d'autres fois, la surface cutanée est d'une teinte blême, d'un gris blafard.

Le volume du corps, pris dans son entier, a singulièrement diminué; la peau est flasque, plissée, ridée; le sujet semble parvenu au dernier terme d'une longue maladie. Ses doigts sont amaigris au point de laisser échapper les bagues qui les garnissaient. Les joues et les tempes sont fortement creusées; la conjonctive est flétrie et, phénomène plus frappant encore, la cornée s'affaisse, comme après la mort.

Il est à peine nécessaire de signaler la cessation complète des vomissements et de la diarrhée; mais il n'est pas sans intérêt de noter la persistance de la soif, qui semble indiquer le besoin de réparer ses pertes, que ressent encore l'économie au moment de se dissoudre.

Ajoutons enfin, qu'à ce moment, la respiration est presque nulle, et que l'angoisse précordiale est portée au plus haut degré.

C'est alors qu'on assiste parfois à cet étrange spectacle d'un cadavre qui parle, agit, se remue, alors que la circulation s'est complétement arrêtée et que le sujet présente toutes les apparences extérieures de la mort. Chez un malade observé par M. Briquet, la vie s'est prolongée quatre heures après la cessation complète des bruits du cœur. Un fait aussi extraordinaire semblerait impossible s'il n'était attesté par une autorité si respectable.

Mais ce qu'il importe avant tout de savoir, c'est que, même après être parvenu à cet état presque désespéré, le malade peut guérir. Les cas de ce genre sont assurément au nombre des plus exceptionnels; mais c'est surtout en matière de choléra qu'il est permis d'espérer contre toute espérance, jusqu'à l'installation définitive de la mort.

Au reste, ce ne sont pas les cas les plus accentués qui arrivent à l'asphyxie cholérique. Quand le mal est foudroyant, il tue dès le début, sans laisser à l'évolution complète des symptômes le temps de se produire. Le malade expire en quelques heures, — en une heure, en moins d'une heure dans les cas les plus graves. Il est difficile de ne pas admettre ici une sidération subite du système nerveux.

Les cas où le malade parvient à l'asphyxie sont donc ceux où il a lutté le plus longtemps. Mais s'il vit encore vingt-quatre ou quarante-huit heures après l'invasion des premiers symptômes du choléra confirmé, la malade entre dans une nouvelle phase, et la réaction commence.

(*A suivre.*)

FRACTURE DU FÉMUR PAR COUP DE FEU

GANGRÈNE DU PIED. ACCIDENTS EMBOLIQUES

Par le docteur Bazin (de Corbeilles-en-Gâtinais).

L'observation d'embolie survenue à la suite d'une fracture de la jambe, et communiquée récemment à l'Académie par M. le docteur Demarquay, me rappelle un fait du même genre que j'ai recueilli pendant la dernière guerre.

R... (Hyacinthe), soldat au 3e bataillon de chasseurs à pied, fut blessé à Corbeilles, le 28 novembre 1870, jour de l'affaire de Beaune-la-Rolande et de Juranville. Une balle lui traversa la cuisse dans son tiers supérieur en fracturant le fémur.

Ce blessé fut recueilli dans une maison voisine du champ de ba-

taille, et je le vis le 30 seulement. Il était resté jusque-là sans appareil ni pansement. Je réduisis la fracture et immobilisai le membre dans une situation convenable à l'aide d'un appareil de Scultet, que j'improvisai séance tenante.

J'avais remarqué que le pied et le bas de la jambe étaient froids, tuméfiés, violacés, et j'avais prescrit des applications de chaleur sèche, comptant peu d'ailleurs sur leur effet, car la gangrène me paraissait imminente. Effectivement, trois ou quatre jours après se présentèrent des phlyctènes remplies d'une sérosité roussâtre, et il n'y avait plus d'incertitude possible.

Cette gangrène avait, comme la suite le démontra, envahi d'emblée toute l'épaisseur des parties atteintes. A quoi pouvait être attribuée une pareille lésion, si loin du point frappé par le coup de feu?

Un instant je cherchai une relation directe entre la blessure et la gangrène qui la venait si gravement compliquer; mais je finis par rejeter toutes les hypothèses anatomiquement insoutenables que j'avais imaginées pour établir cette relation, et je m'arrêtai à l'idée, beaucoup plus simple, que ce sphacèle était le résultat d'une phlébite.

Le blessé avait marché tout le jour à travers des champs détrempés par la pluie. Il était, après sa blessure, demeuré quelques heures exposé au froid avant qu'on le secourût. La rotation du membre inférieur, entraîné par son propre poids, avait pu être, pour les vaisseaux, la cause d'une compression mettant obstacle à la circulation en retour. Froidure et gêne circulatoire avaient concouru à produire une phlébite promptement suivie de gangrène.

Quelle conduite devais-je tenir en pareil cas?

La gangrène n'était pas encore limitée, et l'eût-elle été d'ailleurs, qu'il m'eût semblé tout à fait irrationnel, sans parler des difficultés inhérentes à une telle opération, d'amputer entre une gangrène et une fracture. Amputer au-dessus de celle-ci, c'était porter si haut l'instrument tranchant que les chances d'une semblable opération ne me parurent pas balancer les chances de l'expectation, et c'est à l'expectation que je m'arrêtai. Je pris le parti de laisser la nature accomplir seule son œuvre d'élimination.

Le 12 décembre, mon blessé fut pris subitement de suffocation violente, d'angoisse précordiale extrêmement pénible. J'étouffe, répétait-il sans cesse d'une voix mourante, et, assis sur son lit, la bouche béante, il cherchait, par des inspirations fréquentes et profondes, à faire pénétrer dans sa poitrine l'air qui semblait lui manquer. Il avait le visage excessivement pâle, le pouls petit et fréquent. Pas de toux. Ayant été, au début de ma carrière médicale, témoin d'un cas de mort par embolie chez une femme récemment accouchée, je n'hésitai pas à rattacher, dans ma pensée, les phénomènes que j'avais sous les yeux, à la pénétration, dans le cœur, de caillots emboliques; et je portai un pronostic en rapport avec la gravité de la lésion présumée. Heureusement il ne se réalisa pas. Pendant trois jours, ces symptômes persistèrent avec des alternatives de calme et de recrudescence. Il semblait qu'il y eût au cœur des arrivages successifs d'embolies peu volumineuses. Enfin, les choses rentrèrent dans l'ordre, et les accès de suffocation ne reparurent plus.

La gangrène se limita. Comme elle avait frappé dans toute leur épaisseur les parties envahies, je désarticulai le pied et j'enlevai les parties mortes aussi près que possible des parties vivantes afin d'éviter les inconvénients de la putréfaction. Je raclai les bouts proéminents du péroné et du tibia, dont j'attendis patiemment la séparation spontanée. Comme pansement, je me bornai (n'ayant pas d'autre désinfectant à ma disposition), à couvrir les parties dénudées, d'épais tampons de charpie arrosés d'eau-de-vie camphrée et fréquemment renouvelés.

Cependant l'état général du malade allait s'améliorant. Sa fracture se consolidait aussi vite que chez cinq de ses camarades également fracturés du fémur, auxquels je donnais des soins dans le même temps, et qui avaient été blessés à la même affaire.

Vers le trente-cinquième jour, le péroné devint mobile et céda à un éclatement. Une dizaine de jours plus tard, ce fut le tour du tibia. Les fragments de ces os avaient 13 centimètres de longueur. En même temps que s'était faite la séparation des os, les parties molles, complétement mondifiées de toute gangrène, avaient marché vers la cicatrisation, et j'entrevoyais déjà que, grâce à la direction suivie par le cercle d'élimination, mon blessé posséderait un moignon naturel assez bien conformé. Les deux plaies causées par le projectile ne suppuraient plus que médiocrement. Un bourgeonnement rapide s'établit sur les extrémités des os qui s'étaient d'ailleurs brisés dans l'intérieur des chairs. J'enlevai, au bout de quelque temps un séquestre qui s'était montré du côté du péroné. La cicatrisation commença et marcha assez vite pour que le blessé pût se lever vers la mi-mars, et bientôt après se promener avec l'aide de béquilles.

Au commencement d'avril, j'eus à extraire un fragment de balle apparu sous la peau de la cuisse au niveau de la fracture.

La cicatrice était presque complète quand ce blessé rejoignit le dépôt de son bataillon, à Grenoble (mai 1871). J'appris plus tard qu'on lui avait extrait trois nouveaux séquestres et qu'il était guéri. Depuis, je n'ai pas eu de ses nouvelles.

Un tel succès fait plus honneur à la nature qu'au chirurgien; mais si, par celui-ci, une intervention active eût été plus brillante, en revanche elle eût probablement tué le blessé qu'a sauvé l'expectation. C'est une preuve ajoutée à tant d'autres des avantages de la méthode conservatrice en chirurgie.

Quant aux symptômes de suffocation observés dans la première quinzaine de la fracture, j'ai cru qu'on pouvait légitimement les attribuer à des caillots emboliques détachés d'une veine phlogosée. La gangrène, comme j'ai cherché à l'établir plus haut, était probablement due à une phlébite, et celle-ci devint ultérieurement le point de départ des embolies.

Le fait n'a pu être anatomiquement démontré, mais la nature des phénomènes observés le caractérise suffisamment, et désormais l'on devra tenir compte, dans les fractures, de la possibilité d'une pareille complication.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 14 octobre 1873. — Présidence de M. Depaul.

CORRESPONDANCE OFFICIELLE

M. le ministre de l'agriculture et du commerce transmet :

1° Le compte rendu négatif des maladies épidémiques dans le département de Maine-et-Loire pendant l'année 1872;

2° Un exemplaire des rapports des médecins des épidémies du département de la Somme pour l'année 1872.

CORRESPONDANCE NON OFFICIELLE

Elle comprend une note de M. le docteur Netter sur le choléra.

COMMUNICATIONS

M. Delpech communique le tableau suivant :

Choléra. — *Situation du 7 au 13 octobre :*

	Hôpit. civils.			Hôpit. milit.	A domicile.	Totaux
	Entrées.	Intér.	Décès.	Décès.	Décès.	par jour.
7 oct.	7	2	6	2	2	14
8 —	3	1	4	0	0	4
9 —	4	0	0	1	2	3
10 —	7	2	3	1	3	7
11 —	10	3	4	0	5	9
12 —	5	1	4	1	4	9
13 —	4	0	3	0	7	10
	40	9	24	5	27	56

Il fait observer que le mouvement de décroissance de l'épidémie a eu, dans cette dernière semaine, un temps d'arrêt. Le nombre des décès s'est accru de 5 sur celui de la semaine précédente (56 au lieu de 51). C'est, cette fois, la mortalité de la ville qui constitue la différence (17 à 27). Les hôpitaux militaires ont enregistré 5 décès (3 de plus); les hôpitaux civils, au contraire, continuent à s'améliorer. On n'y a constaté que 21 décès au lieu de 32; il ne s'y est développé à l'intérieur que 9 cas de choléra (au lieu de 10). Les malades venus de l'extérieur ont été au nombre de 31 (au lieu de 27).

Au point de vue du sexe, les cas se sont égalisés (24 hommes et 24 femmes). Le nombre des femmes admises s'est abaissé, il a été de 27, tandis que celui des hommes a été de 37.

En résumé, il ne faut voir dans ces différences que les oscillations observées dans toutes les épidémies. L'accroissement des décès est insignifiant; il n'a même pas atteint celui de l'avant-dernière semaine; il ne doit donc pas inspirer de craintes sérieuses pour l'avenir.

PRÉSENTATIONS

M. LARREY, au nom de M. le docteur Aug. Durand (de Lunel), ancien médecin de l'hôpital militaire de Vichy, présente un volume intitulé : *Une synthèse physique.*

ÉLECTION

L'Académie procède par voie de scrutin à l'élection de deux membres correspondants étrangers : le premier dans la première division; le second dans la deuxième division.

Sont nommés : MM. Van Beneden (de Louvain) et Barnes (de Washington), par 43 suffrages sur 44 votants.

Suite de la discussion sur la septicémie.

M. COLIN continue la lecture de ses recherches sur l'action des matières putrides.

La deuxième question est conçue en ces termes : A quelle dose le sang putréfié hors de l'économie ou altéré par le fait de la septicémie peut-il produire une affection mortelle?

Pour cette seconde question, sur laquelle on s'est complétement étendu dès le début de la discussion, M. Colin expose une nombreuse série d'expériences faites d'abord avec le sang putréfié, puis avec le sang virulent de la septicémie, expériences dont il résume les résultats principaux en ces termes :

1° Les dilutions de sang putréfié hors de l'organisme au millième, même au centième, n'ont rien produit sur le lapin à la dose de une, deux, trois gouttes, insérées au moyen de la lancette tant dans le derme que dans le tissu conjonctif sous-jacent.

2° Mais les dilutions de sang d'animaux septicémiques se sont, à ces mêmes doses, toujours montrées fertiles. Ainsi, une goutte de dilution au 300e, obtenue par le mélange direct d'une goutte de sang avec 10 grammes d'eau, a tué un lapin en vingt-six heures.

Quant aux dilutions à un titre plus faible, toujours faites directement avec la quantité d'eau voulue, et utilisées sur-le-champ, elles n'ont donné que des résultats négatifs.

La conclusion qu'il tire de ces faits est que les données expérimentales obtenues sur les animaux ne doivent pas être d'emblée appliquées à l'homme, et que même il est déjà téméraire de conclure d'un animal à un autre.

Troisième question : le pus, les fluides sécrétés, la plupart des matières animales, altérés par la septicité, jouissent-ils des mêmes propriétés contagifères ou infectieuses que le sang?

Toutes les parties du sang sont virulentes, le sérum et les globules, la sérosité, même le sang ne renfermant pas de globules; le chyle, la lymphe d'animaux septicémiques sont virulents, la salive également, ainsi que les mucosités intestinales. Leur virulence n'est pas détruite par la bile. L'urine, l'humeur aqueuse des chambres de l'œil sont dans le même cas.

Le pus en voie de décomposition se comporte comme le sang putréfié.

Les tissus eux-mêmes, plus ou moins imprégnés de sang, de sérosité ou de liquides morbides, sont eux-mêmes susceptibles de donner la septicémie.

En somme, toutes les parties d'un cadavre peuvent être dangereuses, mais à des degrés divers. Les parties des cadavres d'animaux septicémiques le sont à un degré extrême, mais elles perdent ces propriétés à mesure qu'elles se putréfient.

Quatrième question : La septicémie est-elle contagieuse par les produits volatils émanés des sujets malades ou de leurs cadavres?

La matière volatile du milieu dans lequel se trouve l'animal septicémique ne paraît agir qu'en altérant le pus produit suivant les lois ordinaires.

Cinquième question : Les produits de la septicémie sont-ils inoculables par les muqueuses intactes, notamment par celles des voies digestives?

Il semble établi, dit M. Colin après avoir résumé les résultats des expériences qui se rapportent à ce cinquième point, que dans les cas où le lapin est tué après avoir mangé ou avalé soit du sang, soit d'autres débris septicémiques, il l'est non parce qu'il en arrive dans le tube gastro-intestinal, mais par les fractions qui en tombent dans les voies aériennes. Les mêmes expériences répétées chez divers autres animaux, l'ont conduit aux mêmes résultats.

La suite de la lecture de M. Colin est remise à la prochaine séance.

La séance est levée à quatre heures trois quarts.

ÉTAT SANITAIRE.

Pendant la semaine finissant le 10 octobre, on a constaté 735 décès, savoir :

Variole, 0; rougeole, 10; scarlatine, 2; fièvre typhoïde, 36; érysipèle, 0; bronchite aiguë, 14; pneumonie, 23; dysentérie, 4; diarrhée cholériforme des jeunes enfants, 26; choléra, 43; angine couenneuse, 4; croup, 2; affections puerpérales, 2; autres affections aiguës, 215; affections chroniques, 279, dont 129 dues à la phthisie pulmonaire; affections chirurgicales, 58; causes accidentelles, 17.

Renseignements sur quelques autres villes :

Londres. — Population : 3,356,073 habitants. — Décès du 28 septembre au 4 octobre 1873, 1,386.

Variole, 1; — rougeole, 32; — scarlatine, 19; — fièvre typhoïde, 39; — érysipèle, 4; — bronchite, 130; — pneumonie, 87; — dysentérie, 1; — diarrhée, 71; — choléra nostras, 1; — diphthérie, 8; — croup, 15; — coqueluche, 38.

New-York. — Population : 1,000,000 d'habitants. — Décès du 31 août au 6 septembre 1873 : 634.

Variole, 0; — rougeole, 2; — scarlatine, 7; — fièvre typhoïde, 13; — bronchite, 9; — pneumonie, 29; — diarrhée, 327; — croup, 9; — diphthérie, 24.

Rome. — Population : 244,484 habitants. — Décès du 22 au 28 septembre 1873 : 168.

Variole, 0; — fièvre typhoïde, 9; — érysipèle, 0; bronchite, 1; pneumonie, 7; — diphthérie et croup, 3.

Bruxelles. — Population : 185,000 habitants. — Décès du 21 au 27 septembre 1873 : 91.

Rougeole, 0; — fièvre typhoïde, 1; — bronchite et pneumonie, »; croup et angine couenneuse, 2; — diarrhée des jeunes enfants, 16.

Lille. — Population : 158,117 habitants. — Décès du 1er au 15 septembre 1873 : 195.

Rougeole, 2; — fièvre typhoïde, 3; — érysipèle, 1; — bronchite, 15; — pneumonie, 8; — cholérine, 9; — diarrhée entérite, 68; — diphthérite et croup, 2.

THÈSES
SOUTENUES A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS
PENDANT L'ANNÉE 1873.

364. Morcrette. Essai sur les abcès d'origine dentaire et les accidents qui les accompagnent.

365. Deschamps. Quelques considérations sur l'emploi de la compression mécanique comme moyen hémostatique.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Par décret en date du 11 octobre 1872, ont été nommés dans l'ordre de la Légion d'honneur :

Au grade d'officier : MM. Hattute, Martin, Spire, médecins-majors de 1re classe, et Cassaigne, pharmacien-major.

Au grade de chevalier : M. Noizet, médecin-major de 1re classe; MM. Cotte, Badour, Jourdan et Girod de Mizerey, médecins-majors de 2e classe.

— M. Fort recommencera ses *cours particuliers* le lundi 20 octobre. Il y aura *deux leçons* par jour, dans l'amphithéâtre de la rue Antoine-Dubois, nº 2, et dans l'amphithéâtre nº 3 de l'école pratique. Les élèves seront exercés aux *dissections*. — Pour les renseignements et l'inscription de ces cours, s'adresser tous les matins, rue Caumartin, nº 12.

Concours. — Les juges pour le concours de l'internat qui a dû s'ouvrir le 13 octobre sont : MM. Ball, Desormeaux, Frémy, Alphons Guérin, Hardy, Marjolin et Ollivier.

Les juges pour l'externat sont : MM. Anger (Th.), Audhoui, Duguet, Delens, Lecorché, Rigal, Terrier. On a fait subir tout d'abord les épreuves aux volontaires d'un an. Ils ont eu à traiter, dans la première séance, la question suivante : Du maxillaire inférieur ; — et dans la seconde : De la saignée.

— Le 16 mars 1874, il sera ouvert, à l'hôtel-dieu de Lyon, un concours public pour une place de médecin. Le concours se composera de cinq épreuves, à savoir : question d'anatomie et de physiologie; question de pathologie interne; question d'hygiène et de thérapeutique. Deux autres épreuves cliniques consisteront en une consultation orale et une consultation écrite. — Deux années de pratique comme docteur sont exigées des candidats qui n'auraient pas fait dans les hôpitaux de Lyon, pendant trois ans, le service d'élève interne.

— Le docteur Mandron de Pellegrue (Gironde), changeant de résidence, demande un docteur en médecine pour lui succéder *immédiatement*, à des conditions très-avantageuses. — S'adresser *de suite* au docteur Mandron, à Pellegrue (Gironde).

Rectification. Dans notre avant-dernier numéro, une phrase de l'article de M. Pellarin demandait, pour garder son sens, à être complétée comme il suit : « Ne convient-il pas dès lors d'ouvrir des services spéciaux pour les cholériques parvenus à la phase de convalescence afin de les soustraire au péril qui les menace *tant qu'ils demeurent dans le voisinage d'autres malades qui sont aux périodes aiguës du mal épidémique*. »

Le Directeur : Dr E. Le Sourd.

Paris. — Typographie A. Pougin, quai Voltaire, 13.

N° 121. — SAMEDI 18 OCTOBRE 1873. 46e ANNÉE. SAMEDI 18 OCTOBRE 1873. — N° 121.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Bureaux : 57, rue des Saints-Pères, 57
PRÈS L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix d'abonnement doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

On s'abonne hors de Paris dans les bureaux des Messageries et chez les Libraires. Les lettres non affranchies sont refusées.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui n'en peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS: Trois mois. . 8 fr. 50 c. — Six mois. . . 16 — Un an. . . . 30 —

POUR L'ÉTRANGER le port en sus suivant les derniers tarifs des Postes.

REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE

Choléra.

Voici la situation générale du mouvement des cholériques dans tous les hôpitaux de Paris, du 4 septembre au 16 octobre :

Entrés jusqu'au 16 octobre au soir. . .		352
Sortis.	94	305
Décédés.	211	
Restant le 16 octobre au soir		47

Dans la journée du 16, il a été admis, dans les hôpitaux et hospices, 6 malades nouveaux : 2 à l'Hôtel-Dieu, 3 à Saint-Antoine, 1 à Beaujon. Aucun cas ne s'est développé à l'intérieur. Il y a eu 2 sorties : 1 de Beaujon et 1 de Lariboisière, et 3 décès : 1 à Saint-Antoine, 1 à Necker et 1 à Beaujon.

La mortalité dans l'ensemble des hôpitaux et hospices de Paris, jusqu'au 16 octobre au soir, est de 69,18 pour 100.

Nouveaux cas de choléra d'emblée.

Nous avons signalé dans nos précédentes Revues une des circonstances de l'épidémie actuelle, qui, si elle venait à être observée partout dans les proportions où il nous a été donné de la voir, prendrait une certaine importance et pourrait être justement considérée comme l'un des traits caractéristiques de l'épidémie actuelle.

Cette circonstance, c'est la fréquence relativement considérable des cas d'invasion d'emblée du choléra, contrairement à ce que nous avions observé avec la grande généralité des médecins dans les épidémies précédentes. Aux quelques faits que nous avons rapportés et qui avaient déjà reçu une première confirmation par ceux du même genre qui nous ont été communiqués par M. le docteur de Séré, nous pouvons ajouter aujourd'hui le témoignage de M. Bourdon, qui nous a dit avoir fait plusieurs fois en ville des observations semblables. De ce concours de témoignages il semblerait ressortir que si le choléra pénètre le plus souvent dans une maison par une personne malade, valétudinaire ou qui, par son âge (enfant ou vieillard) se trouve plus particulièrement prédisposé ou accessible à l'influence épidémique, et si chez cette première personne atteinte la maladie suit ses phases régulières ordinaires, y compris la période prodromique, il n'en est plus de même chez celles qui contractent la maladie de seconde main. Il semble chez celles-ci que le poison cholérigène, comme s'il s'était multiplié en passant par sa première victime, agisse avec une telle intensité qu'elles entrent d'emblée en plein développement de l'affection en passant par-dessus sa phase prodromique.

Voici un nouveau groupe de faits qui, en augmentant le chiffre des cas d'invasion d'emblée, semble donner un nouvel appui à cette manière de voir.

M. le docteur Laurans (de Boulogne) nous communique la relation de quatre cas de choléra foudroyant qui viennent de se produire dans une même famille de cette localité.

Le 2 octobre courant, vers dix heures et demie du soir, nous écrit notre confrère, je suis appelé en toute hâte auprès d'un enfant de onze mois, que je trouve dans l'état suivant : faciès pâle et grippé, yeux caves et entourés d'un cercle brunâtre très-prononcé, lèvres cyanosées, membres froids et contracturés, pouls rapide et filiforme. L'enfant crie faiblement ; son vagissement, qui exprime la souffrance, ne cesse que pour faire place aux vomissements ou à un état de prostration profonde, mais de courte durée. Une diarrhée abondante et riziforme complète ce tableau symptomatique. J'apprends que l'enfant, qui est élevé au biberon, est malade depuis la veille ; qu'un médecin, M. le docteur Desfossez (de Saint-Cloud), dont on a saisi le passage, l'a vu le matin même, et que sa petite sœur, âgée de sept ans, malade depuis le commencement de la journée, vient de succomber après avoir présenté les mêmes symptômes.

Par l'inspection rapide du cadavre, j'acquiers la conviction qu'elle a succombé aux atteintes cholériques. Les yeux sont profondément enfoncés dans leur orbite et entourés d'un cercle fortement teinté en noir : la bouche laisse échapper un liquide sanieux, semblable à du chocolat délayé. Le cadavre est cyanosé, et bien que la mort ne remonte qu'à quatre heures, il paraît déjà décomposé. Je fais enlever le petit malade du voisinage de la défunte.

Comme la famille comprenait six enfants, je demande, avant de formuler, si parmi les quatre qui restaient, aucun n'était atteint. On me répond négativement. Or, quelle n'est pas ma surprise, quand en examinant de près et comme malgré elle, l'aînée des filles âgée de neuf ans, je reconnais la plupart des symptômes cholériques, avec des gargouillements très-prononcés dans la fosse iliaque droite ? En questionnant, j'apprends que cet enfant arrive de Passy, où son père l'a menée passer

la journée, en société de sa deuxième sœur et de son frère, que vers le soir avant le dîner, elle a eu quelques malaises, et même deux ou trois légers vomissements avec manque d'appétit, mais que cet ensemble de symptômes n'a inquiété personne. Je finissais à peine mes investigations, que tout à coup des évacuations stomacales et alvines surviennent en abondance, et que tout le cortége cholérique, y compris une soif ardente, déjà reconnue chez les deux autres victimes, fait subitement irruption. En même temps, le petit garçon de cinq ans, qui dormait dans un autre lit à côté d'une jeune sœur de quatre ans, se réveille atteint d'accidents analogues et aussi intenses. Ce dernier avait aussi passé la journée à Passy. En présence de cette quatrième invasion, je me hâte d'organiser une médication prompte et énergique.

Je m'empresse de faire continuer le traitement déjà institué par le docteur Desfossez, qui avait assisté à l'invasion subite du mal chez l'enfant de sept ans, frictions énergiques sur tout le corps avec du vin chaud à la cannelle, lavements chauds toniques et laudanisés. En même temps, les trois malades prennent à tour de rôle et de dix en dix minutes, une cuillerée à bouche de la potion suivante :

Eau gommeuse.	300	grammes
Sirop de ratanhia.	60	—
Sirop d'opium.	90	—
Acétate d'ammoniaque. . .	20	—

Je prescris, en y insistant, des bains généraux très-chauds.

Sans parler du refroidissement glacial des membres, de la suppression des urines et des autres symptômes déjà signalés, les phénomènes dominants étaient toujours les vomissements, la diarrhée et la soif. La famille se trouvant à bout de forces, je conseille, comme moyen extrême, de conduire les trois malades dans un hôpital, à Paris. Cette démarche, en allégeant le fardeau de la famille devait avoir l'avantage d'éloigner du foyer cholérique les deux enfants jusque-là réfractaires au fléau. Ce conseil est accepté, et vers cinq heures du matin, les deux aînés, la mère n'ayant voulu, à aucun prix, se séparer de la plus jeune, sont conduits à l'hôpital des Enfants-Malades. Pendant que le nourrisson succombait vers onze heures du matin, une dépêche annonçait que la sœur et le frère avaient aussi expiré, l'une quatre heures après son arrivée à l'hôpital, et l'autre seulement deux heures. En moyenne, la maladie avait duré, chez chacune des quatre victimes, à peine quinze heures.

Des réflexions très-judicieuses dont notre confrère accompagne la relation de ces quatre faits, nous n'extrairons que celles qui sont relatives au mode d'invasion de la maladie, car il serait superflu d'insister avec lui sur la nature même de la maladie, qui ne saurait un instant être mise en doute. Voilà quatre enfants d'une même famille, tous saisis presque en même temps par le fléau, en dehors de toute intervention médiate ou immédiate d'éléments cholériques. Le pays où s'est passée cette scène (Boulogne), pouvait à bon droit passer pour indemne, de même que le quartier (Passy), où deux d'entre eux avaient fait un séjour de quelques heures.

Quant à la question des prodromes, il y a ceci de remarquable, comme dans les faits que nous avons déjà rapportés, que à l'exception de l'enfant de onze mois, le premier atteint et qui avait déjà la diarrhée au moment de l'invasion, il est notoire que chez aucun des autres malades la diarrhée n'a précédé l'invasion de la maladie.

Traitement du choléra par les injections morphinées hypodermiques.

M. le docteur Darin (de Meudon), l'un de nos collaborateurs, nous communique sur ce sujet le fait suivant :

La note du docteur Goussin, publiée dans le n° 112 de la *Gazette* me donne l'idée de vous adresser quelques lignes sur un cas analogue au sien. Le 1er septembre dernier, je suis appelé en toute hâte pour voir un honorable confrère de Clamart; je le trouvai dans l'état suivant :

Le visage et les extrémités étaient violacés et donnaient au toucher la sensation de froid et de viscosité bien connus; yeux enfoncés dans les orbites et cernés d'un cercle livide. La voix était éteinte, l'oppression extrême, l'haleine froide. Le pouls, petit, filiforme, était très-accéléré (110 pulsations). Grande agitation et pressentiments sinistres, soif ardente, nausées. Le malade vomit en ma présence une quantité abondante de matières blanchâtres, et la famille me dit qu'il était allé, dans la journée, plus de quarante fois à la garde-robe. Je vis les selles; c'était bien le liquide floconneux, riziforme, caractéristique du choléra.

« J'étouffe, donnez-moi de l'air », répétait le malade en se découvrant sans cesse; puis, tombant dans une sorte d'assoupissement avec les yeux entr'ouverts et les globes renversés en haut, il en sortait bientôt pour nous dire : « C'est fini, mes amis, je sens les crampes qui viennent, » et pour nous faire remarquer la lenteur avec laquelle s'effaçaient les plis formés sur la peau.

Les moyens ordinaires avaient déjà été employés par la femme et la belle-mère du malade (personnes fort intelligentes). Du laudanum avait été donné en lavements; 2 pilules d'extrait thébaïque de 5 centigrammes chacune avaient également fait partie de la médication ; mais qu'en était-il resté dans l'organisme avec ces évacuations incessantes ? Une des pilules avait été retrouvée intacte dans les matières d'un vomissement. C'est ce qui me décida à faire une injection hypodermique de chlorhydrate de morphine dont j'avais sur moi une solution au 1/40e. Sachant que mon confrère avait l'habitude de ces injections, je n'hésitai pas à faire pénétrer dans le tissu cellulaire 1 gramme de ma solution, soit 25 milligrammes de sel.

A dater de ce moment, les déjections s'arrêtèrent. Le lendemain matin, je trouvai le malade dans l'état de réaction dite *typhoïde*. La congestion de la face et la stupeur n'étaient pas sans m'inquiéter. Enfin, après quelques oscillations, le mieux se dessina de la façon la plus nette, et dix jours après notre confrère recommençait ses pérégrinations journalières. A la suite de l'injection de morphine, il n'y eut plus que quelques rares vomissements provoqués par des tentatives d'ingurgitation de bouillon.

Notre confrère avait dîné à Paris la veille de l'invasion du mal ; il est très-difficile de ne pas admettre qu'il a été frappé là. Mais comment l'a-t-il été?...

Je l'avais vu quelques jours avant, et je sais qu'il se plaignait alors d'un peu de diarrhée. Était-ce déjà le prélude de l'attaque ultérieure, le symptôme prémonitoire d'un véritable empoisonnement, ou simplement l'indice d'un dérangement d'une autre nature et qui devait prendre plus tard des proportions formidables ?

Moyens prophylactiques.

M. le docteur Latapie (de Lourdes) nous adresse, sous forme d'aphorismes, un certain nombre de propositions dont nous n'extrairons que la suivante.

Notre confrère, partant de l'hypothèse, assez généralement

acceptée aujourd'hui, que c'est par les déjections des cholériques que le poison, après s'être multiplié dans le corps humain, est rejeté au dehors, pour se répandre ensuite dans un rayon plus ou moins étendu, propose les deux moyens suivants de désinfection :

1° Détruire les germes que contient l'atmosphère au moyen de feux allumés sur les places publiques (le moyen n'est pas nouveau, mais il a été si peu usité qu'on peut le considérer comme tel) ;

2° Annihiler les germes des déjections en recueillant toutes les déjections des cholériques pour les plonger immédiatement dans l'eau bouillante, où on les laisserait assez longtemps pour acquérir la certitude que tous les êtres organisés qu'elles peuvent contenir sont détruits.

Ce moyen simple pourrait bien être le meilleur de tous les désinfectants.

Abaissement traumatique du nez.

M. Ollier, dans la séance de la Société de chirurgie du 15 juillet dernier, entretenant ses collègues des moyens d'arriver sur le pédicule des fibromes naso-pharyngiens, a développé son procédé d'abaissement du nez de haut en bas (1). Ce procédé, a-t-il dit, est d'une application facile, prompte et sans danger aucun ; elle ne laisse qu'une cicatrice linéaire qui s'efface de plus en plus. M. le docteur Pichot (de la Loupe) nous adresse, à cette occasion, la note suivante :

« J'ai eu l'occasion, nous écrit-il, de voir la même opération, non pas faite par le chirurgien, mais par le cercle en fer de la partie inférieure d'un seau de puisatier, chargé de 40 kilogrammes d'outils, et se détachant de la corde qui le supportait pour tomber, d'une très-grande hauteur, sur la racine du nez d'un ouvrier et le lui détacher en entier, sauf les adhérences qu'il a conservées avec la lèvre supérieure.

Le 25 octobre 1872, le nommé L..., puisatier, est atteint, en travaillant au fond de son puits, par le cercle inférieur en fer d'un seau chargé de 40 kilogrammes d'outils et de matériaux, qui, se détachant brusquement de la corde qui le supportait, tombe d'une très-grande hauteur, lui rase le front dont il excorie la peau, et lui abat le nez, fendant en même temps, dans toute sa longueur, le manche de l'outil qu'il tient.

Le blessé est remonté immédiatement et apporté de suite à la Loupe, où il est placé à l'hospice par les soins de M. le docteur Hulot. Lorsque j'arrive, je trouve le nez réappliqué contre la face et maintenu par un mouchoir ; toute hémorrhagie a cessé. Après avoir défait ce bandage, je vois que le nez est complétement abaissé, qu'il n'adhère plus qu'à la lèvre supérieure et que les fosses nasales sont complétement obstruées par du sang coagulé ; après les avoir nettoyées aussi bien que possible, avoir reséqué quelques esquilles qui s'opposaient à l'adaptation parfaite, je relève le nez et je fais, avec des aiguilles courbes, six ou sept points de suture simple.

Aucun pansement n'est appliqué sur la face. Je prescris de coucher le blessé la tête élevée et de faire dans les fosses nasales, par les narines, des injections fréquentes d'eau tiède avec l'irrigateur.

Du 25 au 27, L..., boit de l'eau de tilleul, de l'eau vineuse et du bouillon.

Le 28, je coupe quelques points de suture ; le 29, j'enlève trois ligatures ; le 30 et le 1er novembre, le mieux continue, le blessé mange, la plaie est réunie, et, le 2, il est reconduit à son logement, à 5 kilomètres.

Depuis cette époque, je l'ai revu bien des fois ; la cicatrice est parfaitement linéaire, presque invisible ; les fosses nasales sont très-libres, la peau du dos du nez a sa sensibilité normale.

Si un tel résultat peut être obtenu après un traumatisme aussi violent que celui dont j'ai indiqué la cause, n'est-ce pas un encouragement bien grand pour les chirurgiens à mettre en pratique le procédé préconisé par notre savant confrère ? »

(1) Le mot renversement nous paraîtrait mieux exprimer la pensée de l'auteur que celui d'abaissement. (*Note de la réd.*)

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 23 juillet. — Présidence de M. Trélat.

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

CORRESPONDANCE

La correspondance comprend :

La *Gazette des Hôpitaux* ; — l'*Union médicale*; — la *Gazette hebdomadaire*; — la *Tribune médicale*; — la *France médicale*; — le *Progrès médical* ; — le *Bordeaux médical* ; — le *Lyon médical.*

M. George W. Norris adresse un ouvrage imprimé intitulé : *Contribution à la chirurgie pratique.*

M. Verneuil offre à la Société les thèses suivantes : *De la pustule maligne*, par Eugène Tardif. — *Du traitement du testicule tuberculeux par la cautérisation au fer rouge. Du traitement chirurgical des hémorrhoïdes par la cautérisation interstitielle en particulier. Tumeurs des amygdales*, par le docteur René Passaquay.

M. A. Guérin adresse, de la part de M. le docteur Susmay, chirurgien de l'hôpital de Ham, un travail manuscrit ayant pour but d'appeler l'attention de la Société : *Sur un nouveau procédé pour obtenir l'anesthésie dans les opérations chirurgicales, et qui consiste dans l'association de l'opium et du chloral.* (Commissaires, MM. Lannelongue, Polaillon, A. Guérin.)

M. Susmay désire être compris sur la liste des candidats au titre de membre correspondant national.

M. Desormeaux offre, de la part de M. Julliard (de Genève), candidat au titre de membre correspondant national, un mémoire imprimé : *Sur l'emploi du plâtre coulé dans le traitement des fractures.*

M. Verneuil fait le discours suivant :

Quelques mots d'historique sur les opérations préliminaires désignées sous le nom de résections temporaires.

Depuis la guerre franco-allemande, les savants d'outre-Rhin ont pris l'habitude de dénigrer systématiquement les savants français et leurs travaux. Comme, par suite d'un mot d'ordre, on les entend chaque jour réclamer pour eux avec une insistance singulière, des idées ou des découvertes qui nous appartiennent de toute évidence.

Trop souvent ils accompagnent leur réclamations d'insinuations malveillantes, sinon d'injures plus ou moins grossières. C'est contre une nouvelle attaque de ce genre que je viens aujourd'hui protester au nom de l'équité méconnue et de la vérité travestie.

Quoique personnellement accusé d'un crime de lèse-probité scientifique, je m'efforcerai de répondre avec fermeté mais sans user de représailles et sans user d'une forme offensante que les savants doivent répudier.

Voici ce dont il s'agit :

M. Paul Bruns, assistant de la clinique chirurgicale du professeur Victor Bruns (de Tubingen), a publié : *In Berliner Klinische Wochenscrift*, nos des 18 et 25 mars 1872, un mémoire intitulé : *Eine neue Methode der temporaren (osteoplastichen) Resection der aüsseren Nase zur Entfermung der Nasenrachenpolypen.*

Le but de cette publication est de faire connaître un nouveau procédé opératoire servant d'acte préliminaire à l'ablation des polypes naso-pharyngiens. Ce procédé, exécuté trois fois sur le vivant par M. le professeur V. Bruns, s'est montré tel sous plusieurs rapports, qu'il mérite d'être répété.

Dans son premier article, M. P. Bruns rappelle brièvement les essais tentés déjà à l'aide des opérations préliminaires, — les avantages des voies larges et directes,—les modifications ayant pour but de corriger les inconvénients de ces voies larges. Enfin il attribue le mérite de cette dernière idée et de son application heureuse au professeur Langenbeck, qui, en 1861, grâce au succès de ses premières tentatives, pouvait dire que l'extirpation d'une moitié de la mâchoire supérieure n'était plus permise. (*Deutsche Klinik*, 1861, n° 29).

Après avoir discuté les dénominations imposées à ces opérations, *opérations ostéoplastiques, déplacements, résections temporaires*, il adopte ce dernier terme par opposition à celui de résections définitives, et, en cela, il suit l'exemple de M. Bœckel (de Strasbourg), dont il cite même l'ouvrage (traduction française du *Traité des résections*, d'O. Heyfelder, avec addition et notes, par le docteur Eug. Bœckel, Strasbourg 1863).

Après quoi M. P. Bruns décrit deux procédés, l'un pour déplacer le nez en totalité, l'autre dans lequel une moitié seulement de cet organe est déplacée.

Dans le deuxième article, l'auteur, pour juger et apprécier les procédés susdits, jette un coup d'œil sur les procédés déjà connus et employés qui s'en rapprochent par le but et l'exécution. « Comme, dit-il, on ne trouve nulle part une confrontation (*Zuzammen stellung*) complète de ces procédés, je crois utile de la faire d'après les documents qui sont venus à ma connaissance. » Il ajoute : « Je pourrais mettre en tête de cette série un procédé bien connu, bien qu'il ne rentre pas sous la même rubrique ; parce que, dans une certaine mesure, il constitue le premier degré des autres, et présente un intérêt de premier ordre dans le combat de priorité qui concerne cette méthode. » Il s'agit du procédé de M. Chassaignac que M. Bruns décrit sommairement en donnant avec exactitude l'indication bibliographique des deux ouvrages de notre collègue où ce procédé est décrit.

Toutefois, il fait remarquer qu'il ne s'agit pas là d'une résection temporaire, mais bien d'une résection définitive avec ablation des fragments osseux. Dans ses deux opérations, Chassaignac s'est contenté de déplacer les parties molles et cartilagineuses du nez, parce que le néoplasme avait déjà détruit les os, et il est certainement peu plausible de faire l'éloge de ce procédé en disant qu'il n'entraîne que fort peu de difformité. »

« En considération de ces faits, continue M. P. Bruns, il paraît incompréhensible que, se basant sur le procédé de Chassaignac, on revendique, du côté français, le mérite de la découverte des résections temporaires et comment Verneuil, dans la séance de la Société de chirurgie du 30 mai 1866, a pu s'exprimer en ces termes : *Les procédés de déplacement des os appartiennent incontestablement à la Société de chirurgie dans la personne de MM. Chassaignac et Huguier. Langenbeck et les Allemands en ont revendiqué l'invention, mais c'est tout à fait à tort; leur prétention à ce sujet ne peut être justifiée.* »

« En présence de cette falsification évidente des faits (*Dieser offenbaren Falschung der Thatsachen gegenüber*), on doit encore répéter que cette conception est incontestablement liée au nom de Langenbeck, qui, pour la première fois, en 1859, exécuta son procédé de résection ostéoplastique du processus nasal du maxillaire supérieur et de l'os du nez comme opération préliminaire pour l'ablation d'un polype naso-pharyngien. »

Pour ajouter à la force de son argumentation, M. P. Bruns met au bas de la même page, la note suivante : « L'opération de Huguier (résection temporaire de toute la moitié inférieure d'un maxillaire supérieur, avec déplacement en bas et en dedans), date de l'année 1860. La première résection ostéoplastique de Langenbeck date de 1859 ! Le point d'exclamation est placé là sans doute par l'auteur pour exprimer sa surprise et montrer l'importance des dates. Le travail se termine par les trois observations.

En résumé, M. P. Bruns décrit, d'après la pratique de son père, un procédé destiné à faciliter l'extraction des polypes naso-pharyngiens. — Pour établir la nouveauté du procédé susdit, il entreprend de tracer, d'après les documents venus à sa connaissance, un historique prétendu complet. — Il cite Chassaignac, Huguier, Bœckel, de manière à laisser croire qu'il les a lus. — Il attribue sans hésiter à Langenbeck le mérite de l'invention, de l'exécution et du succès des résections temporaires. — Les dates sous les yeux, il ne peut comprendre l'opiniâtre revendication des chirurgiens français, et comme je m'étais fait, en 1866, l'organe de cette revendication, il m'accuse tout simplement d'avoir FALSIFIÉ LES FAITS.

Ces assertions étranges ont déjà suscité de justes protestations, d'abord de la part de M. Bœckel (de Strasbourg), puis de notre collègue, M. Chassaignac, qui a défendu sa cause dans une de nos dernières séances.

Huguier, mort, ne peut réclamer ses droits si évidents ; mais on peut prendre sa place. Quant à moi, qui suis vivant et fort peu disposé à me laisser traiter de faussaire en matière scientifique, je vais démontrer successivement :

1° Que l'invention de M. V. Bruns n'est rien moins que nouvelle ;

2° Que le procédé des résections temporaires appartient sans conteste possible à M. Chassaignac et surtout à Huguier ;

3° Que M. Langenbeck n'a tout d'abord pris qu'une part très-restreinte à la consécration pratique de la méthode ;

4° Que M. P. Bruns n'a pas su lire convenablement les documents venus à sa connaissance, ou que s'il les a lus en entier, il en a supprimé les passages contraires à la théorie qu'il soutient ;

5° Qu'enfin, s'il y a falsification évidente des faits, le reproche s'applique, non point à moi, mais à celui qui m'en accuse si imprudemment et si calomnieusement.

Ces démonstrations faites, j'établirai à mon tour la vérité historique sur ce point de science et de pratique :

1° Le procédé de M. V. Bruns n'est point nouveau. En effet, il ressemble, de la façon la plus claire, comme but et comme manuel, à celui que M. Bœckel a décrit tout au long, en 1863, dans les notes ajoutées à la traduction du *Traité des résections* d'O. Heyfelder. On pourra s'en convaincre en lisant la page 294 de cet ouvrage.

Un seul détail pourrait paraître original. On sait que le reproche principal qu'on adresse à l'ouverture du nez suivie de restauration immédiate est de cacher au regard l'insertion du polype, de sorte que la récidive est imminente si on n'a pas pu faire en une seule séance l'extirpation complète de la tumeur. Aussi, la possibilité de surveiller longtemps le pédicule constitue le mérite essentiel des opérations par les voies palatine et maxillaire. Pour arriver au même résultat, M. Bruns a retardé la réunion du nez déplacé, deux jours, douze jours, vingt jours, et cela, dit-il, sans inconvénient, et sans que la cicatrice fût défectueuse. J'ai, pour ma part, fait la même chose depuis bien longtemps, en différant plus encore la restauration définitive, et n'ai pas eu beaucoup à m'en louer, ayant remarqué qu'au bout d'un mois déjà, les parties séparées du nez se sont rétractées, déformées de manière à rendre la restauration laborieuse et médiocrement satisfaisante.

Cependant, d'autres chirurgiens semblent avoir été plus heureux. J'en donne pour preuve une belle observation de mon éminent collègue et ami, M. le professeur Denucé (de Bordeaux). La voie, ouverte le 13 avril 1867, ne fut fermée que le 18 mai suivant. La cicatrice, d'abord assez difforme, finit à la longue par s'améliorer. (Ed. Baudrimont, *De la méthode nasale dans le traitement des polypes naso-pharyngiens*, *Th. inaug. de Paris*, 1869, p. 36).

2° Les droits de Huguier et de M. Chassaignac sont établis par les textes suivants : Le 3 mars 1852, Huguier, à propos de la présentation d'un polype naso-pharyngien à prolongements multiples, dit que dans deux cas, moins graves à la vérité, mais présentant de l'analogie, il a suffi d'ouvrir la paroi antérieure du sinus pour terminer l'opération, et il demande si on ne pourrait pas, après avoir

enlevé la partie antérieure et extérieure du sinus maxillaire, *luxer en bas et en dedans la portion palatine de cet os.* Un peu plus loin, dans la même discussion, il précise davantage son idée; dans les cas de ce genre, dit-il, il y a presque toujours une déformation des cavités et un commencement de disjonction des os; ne pourrait-on pas mettre à profit ce travail morbide, et après avoir détaché la paroi antérieure du maxillaire luxer en bas et en dedans la portion palatine de cet os, et une fois l'opération terminée, *le refouler à sa place?* De la sorte, on éviterait la perte de parties considérables et on se ménagerait un obturateur naturel. (*Bulletin de la Société de Chirurgie*, 1re série, t. 2, p. 491-492).

Le 8 novembre 1854, Huguier renouvelle sa proposition. Il présente à la Société de Chirurgie un enfant de huit ans, atteint d'une tumeur du sinus maxillaire qui déprime la voûte palatine, bouche les fosses nasales, repousse la cloison du côté opposé et projette un peu l'œil en dehors, il dit à ce propos : « Chez cet enfant on pourrait pratiquer seulement une espèce de porte au sinus en coupant le bord alvéolaire du maxillaire supérieur, détachant la voûte palatine et la repliant en arrière de façon à mettre le produit morbide à nu. La tumeur enlevée, il serait très-facile de remettre les os en place et d'oblitérer ainsi la communication que l'os maxillaire laisse entre la bouche et les fosses nasales, de cette manière une obturation (c'est obturateur qu'il faut lire), deviendrait inutile. » (*Bulletin de la Société de Chirurgie*, 1re série, t. 5, p. 178.)

Je pense, que pour tout esprit impartial, ces passages sont décisifs. En 1852, Huguier proposa la combinaison d'une résection partielle et d'un déplacement temporaire des os pour faciliter la création d'une large voie.

En 1854, il ne parle plus de sacrifier la moindre partie osseuse, mais seulement de diviser le bord alvéolaire, de détacher la voûte palatine, de l'abaisser et ensuite de la remettre en place. Est-ce assez clair? On ne pratique pas tous les jours des opérations de ce genre. Aussi, n'est-ce qu'en 1860 que notre regretté collègue mit à exécution un plan conçu et médité depuis huit ans, mais comment lui refuser la priorité de la conception?

La part qui revient à M. Chassaignac est plus restreinte; mais, cependant, il exprime très-nettement la même idée : après avoir fait ressortir les avantages de son procédé, il termine par la phrase suivante : « Il (ce procédé) n'entraîne que fort peu de difformité, mais cela ne sera complétement vrai que quand on aura soin de *laisser adhérer au lambeau cutané l'auvent nasal formé par les os propres du nez.* Les faits d'aposképarnismos sont là pour établir la possibilité d'une réunion après détachement d'une partie osseuse formant pièce commune avec les téguments (1). »

Il est facile de comprendre que M. Chassaignac n'ait point appliqué ce dernier principe, si l'on songe que chez ses deux opérés de 1854 et de 1855, la tumeur avait, par ses progrès, détruit les os propres du nez et dilaté l'orifice osseux antérieur de la narine, de façon à rendre inutile toute résection ou tout déplacement des os.

3° Examinons maintenant la part de M. B. von Langenbeck. Que ce chirurgien ait, pour la première fois, appliqué à l'ablation des polypes fibreux des foses nasales le principe du déplacement temporaire des os, la chose n'est pas douteuse, et comme je ne poursuis en somme que la justice et la vérité, je me fais un devoir de le reconnaître. Mais application et invention sont choses distinctes, et en droit scientifique, celui qui découvre une idée a toujours le pas sur celui qui la met en pratique. Les citations qui précèdent ne permettent pas de ravir à Huguier la conception des résections temporaires, et d'admettre qu'il se soit inspiré, en 1852 et 1854, d'une opération pratiquée en 1859. A coup sûr je serais à mon tour en droit de faire suivre ces dates d'un grand point d'exclamation!

Voyons d'ailleurs en quoi consiste cette fameuse observation, dont M. P. Bruns fait si grand cas.

Un jeune homme de dix-huit ans est affecté de deux fibroïdes (chose inconnue jusqu'à ce jour) insérés profondément dans les fosses nasales. On découvre l'os nasal, en respectant soigneusement son périoste, puis on le détache avec la pince de Liston tout près de la cloison. Un second coup de pince divise la base de l'apophyse montante du maxillaire jusque dans le sinus; à l'aide d'un élévatoire on luxe l'os nasal et l'apophyse montante et on les replie vers le front. Ils restent en communication avec le frontal par un pont de périoste et de muqueuse. Après l'extirpation du polype on fait la suture des parties molles (voir *Deusche Klinik*, 1859, n° 48, et Bœckel, ouvrage cité, p. 293).

On remarquera sans peine combien cette manière d'agir diffère de celle qui avait été recommandée par Huguier et par M. Chassaignac. Tandis que ce dernier, par exemple, recommande expressément de laisser les os adhérer au lambeau cutané, Langenbrek dissèque préalablement les parties molles et dénude les os avant de les séparer de leurs connexions et de les déplacer, de sorte qu'ils ne tiennent plus au frontal que par le périoste et la muqueuse.

Pour dire toute ma pensée, j'incline à croire qu'en 1859 le chirurgien de Berlin n'avait pas présent à l'esprit les procédés proposés par les chirurgiens français en 1852, 1854 et 1856.

Je soupçonne qu'il a puisé son inspiration à des sources non allemandes, soit au travail de Borelli : *Cenni storico-patologici intorno alle resezioni sotto periostie, Torino* 1858, soit aux belles recherches d'Ollier, publiées en 1858, qui allaient avoir en Allemagne un retentissement si mérité, et qui devaient conduire M. Langenbeck lui-même à ses importants travaux sur l'uranoplastie.

En France, à cette époque, les tendances conservatrices appliquées aux opérations préliminaires étaient dans tous les esprits. J'en puis fournir une preuve décisive.

Le 25 août 1857, un jeune docteur, M. Desprez, soutenait à Paris, sa thèse intitulée : *Des polypes nasaux et naso-pharyngiens et de leur traitement par un nouveau procédé opératoire.*

A la page 8 de ce modeste travail on lit : « Les beaux succès de réparation de diverses natures obtenus sur la face par la chirurgie contemporaine, nous ont porté à chercher à appliquer, à l'affection qui produit de si affreux accidents, des données éminemment conservatrices.

« Nous nous sommes proposé un double but : 1° Arriver au siége du mal par une voie large directe, rapide; 2° éviter au malade les stigmates d'une grande opération. »

A la page 29 il décrit son procédé, qui consiste à ouvrir latéralement le nez par une incision qui va depuis l'os propre du nez jusqu'à l'orifice de la narine, en suivant le sillon naso-labial et naso-génien. Il incise la sous-cloison, détache le cartilage triangulaire, divise ce cartilage de bas en haut jusqu'aux os du nez, et resèque le vomer.

Si la voie n'est pas assez large, avec la gouge et le maillet ou la scie, on peut disséquer l'os dans une étendue de un à un centimètre et demi; *mais il faut préalablement détacher avec le périoste la lèvre externe de la plaie latérale,* comme on le fait, par exemple, dans l'ablation du premier métacarpien, en conservant le pouce. *Ce supplément à l'opération peut devenir très-utile.*

Voici indiqué, en termes à coup sûr très-précis, un procédé ostéoplastique qui n'a pu être inspiré par l'opération également dénommée ostéoplastique, que Langenbeck a exécuté *deux ans plus tard.*

Pour chercher à rendre classiques ces essais conservateurs, j'inscrivais moi-même, dans un rapport à la Société de chirurgie (14 mars 1860), sur le procédé de MM. Palasciano et Rampolla, la proposition suivante :

« Tout en donnant à la voie préparatoire toute l'ampleur nécessaire, on atténuera les difformités consécutives, en comblant le plus tôt possible les brèches ouvertes : *ce qui se fait en déplaçant, sans les sacrifier, les parties osseuses qui masquent l'abord du polype.*

J'ajoutais, « je fais allusion à des procédés dans lesquels les os sectionnés linéairement et non reséqués, restent adhérents aux membranes qui les revêtent et conservent ainsi des moyens de nutrition suffisants. Dès lors il devient possible d'ouvrir la face, de pénétrer

(1) *Traité de l'écrasement linéaire*, p. 430, 1856.

dans sa profondeur, puis le polype détruit de replacer les pièces osseuses écartées comme on le faisait autrefois pour les simples lambeaux tégumentaires. L'idée de tailler des lambeaux ostéo-cutanés date déjà d'assez loin, dans cette enceinte même elle a été produite par deux de nos collègues, MM. Chassaignac et Huguier... Si je ne me trompe, ils ont même réalisé en pratique cette conception, aussi ingénieuse que rationnelle (or je me trompais sur ce point de l'application sur le vivant). Enfin, tout récemment, un célèbre chirurgien étranger, M. Langenbeck, vient de publier une observation d'ostéoplastique des os nasaux habilement pratiquée dans une opération nécessitée par un polype naso-pharyngien. »

Si je cite textuellement ces passages, c'est pour montrer qu'en 1860, à Paris, nous étions parfaitement au courant de la question.

Mais je vais plus loin, et dussé-je être accusé de partialité, je suis convaincu que le principe des déplacements osseux n'a reçu d'impulsion véritablement forte qu'à partir de la grande opération d'Huguier, pratiquée le 11 août 1860, dans un service d'hôpital très-suivi, et où les assistants étrangers ne faisaient pas défaut. Aussitôt cette opération importante pratiquée par un procédé dès longtemps médité par l'auteur, les imitations et les perfectionnements se succèdent et se multiplient, sans qu'on puisse méconnaître leur parenté avec la tentative hardie de l'habile chirurgien de Beaujon.

4° Prouvons maintenant que M. P. Bruns a mal lu les documents venus à sa connaissance, et qu'il n'a pas pris assez de peine pour connaître la question.

Ce critique, si sévère pour les chirurgiens français, lit le travail de M. Chassaignac, et en cite les sources bibliographiques. Il commence le paragraphe dans lequel notre collègue avance que son procédé *n'entraîne que fort peu de difformité* (*Traité de l'écrasement linéaire*, p. 430), et trouve cette assertion peu plausible. Mais, par une négligence singulière, il s'arrête à la ligne 21, et ne finit pas le paragraphe, car il ne voit pas que dans les lignes 22 et suivantes, M. Chassaignac indique, de la manière la plus nette, la formation des lambeaux ostéo-cutanés, et la nécessité de laisser adhérer au lambeau cutané l'auvent nasal formé par les os propres du nez !

Autre distraction non moins regrettable : M. P. Bruns connaît et cite le livre de M. Bœckel (1863). Il adopte la dénomination de *résections temporaires*, que celui-ci propose de substituer au terme d'*ostéoplastie*, usité jusqu'alors. Donc M. P. Bruns a lu la page 292, pourquoi n'a-t-il pas eu la curiosité de tourner un feuillet, il aurait vu, à la page 294, la description complète d'un procédé qui a les plus grandes analogies avec celui de M. le professeur Bruns, son père.

M. P. Bruns cite Huguier, mais seulement à propos de l'opération de 1860, mais il garde le silence sur les propositions faites par ce chirurgien en 1852 et 1854. Peut-être, dira-t-il, que ces documents ne sont pas venus à sa connaissance, mais ils sont tout au long dans les bulletins de la Société de chirurgie, où ils ne sont pas difficiles à trouver à qui veut bien chercher.

Enfin, M. P. Bruns me cite moi-même, mais il ne reproduit que ma phrase de 1866 (phrase que, soit dit en passant, j'ai prononcée le 6 juin, *Bulletin de la Société de chirurgie*, 2e série le VII, p. 265, et non le 30 mai. La chose serait sans importance en elle-même si elle ne prouvait que M. P. Bruns cite légèrement, ce qui n'est pas permis à un historien si peu indulgent pour les autres). Il paraît ignorer que je n'avais pas attendu jusque-là pour soutenir les droits de la chirurgie française. J'avais déjà, non-seulement la même année, dans la séance du 31 janvier (*Bulletin de la Société de chirurgie*, même volume, p. 39), mais dès 1860 (dans le rapport sur M. Rampolla, rapport que M. P. Bruns a lu, puisqu'il en cite une phrase), j'avais rendu justice à Huguier et à M. Chassaignac, tout en signalant l'application heureuse du principe fait récemment par M. Langenbeck (ce qui prouve, en passant, que nous n'ignorons pas en France ce qui se fait à l'étranger autant qu'on veut bien le dire, ce qui nous autorise à réclamer la réciproque de nos confrères d'outre-Rhin).

J'avoue même qu'une chose me surprend : si à trois reprises différentes, j'affirme publiquement les droits des chirurgiens français, probablement c'est que j'étais sûr de mon fait, et que je m'appuyais sur des textes. Au lieu de se donner la peine de rechercher ces textes, M. P. Bruns trouve plus expéditif de dire que je falsifie les faits. Manière commode et expéditive d'abréger la tâche d'historien, qui cependant n'est pas passée en usage chez les érudits.

5° Je crois m'être assez justifié de l'accusation de faussaire scientifique, pour ne pas insister davantage. Je donnerai toutefois le conseil à M. P. Bruns de se montrer à l'avenir plus circonspect avant de lancer de semblables calomnies, et de se procurer les documents nécessaires quand il voudra faire l'histoire complète d'une question chirurgicale.

Jadis, à propos de la section de la mâchoire inférieure pour remédier à la fausse ankylose temporo-maxillaire, j'ai déjà convaincu d'ignorance un autre Germain qui avait tracé de cette opération, au profit de la patrie allemande bien entendu, un historique par trop fantaisiste. Décidément ces messieurs d'outre-Rhin sont coutumiers du fait, mais il faut convenir que la question des mâchoires leur porte malheur ; en tout cas, s'ils continuent à traiter l'histoire avec ce sans-gêne, ils auront peine à conserver longtemps cette réputation d'érudits parfaits qu'ils se donnent volontiers.

Pour éviter à l'avenir de nouveaux conflits et faire cesser de fâcheux malentendus, il ne sera peut-être pas inutile de résumer une fois pour toutes, au point de vue historique, cette question des résections temporaires dans ses applications à la cure des polypes naso-pharyngiens, tout en réservant, pour une époque ultérieure, une appréciation pratique basée sur des faits plus nombreux.

Mais pour faire à chacun une part équitable, il est indispensable de poser le problème mieux qu'il ne l'a été jusqu'à ce jour et de reprendre au besoin les choses d'un peu loin.

La cure difficile des tumeurs profondes de la face, et en particulier des polypes fibreux naso-pharyngiens, a de tout temps préoccupé les chirurgiens; mais depuis une trentaine d'années surtout, elle a provoqué de leur part d'incessants efforts d'imagination. Tout le monde est tombé d'accord sur la nécessité d'ouvrir une voie directe jusqu'au néoplasme, et pour la plupart des cas au moins on a reconnu l'impuissance des méthodes anciennes, qui n'utilisaient que les voies naturelles. Le principe des opérations préliminaires, indiqué déjà dans Hippocrate, et si heureusement étendu par Manne (d'Avignon) en 1717, a été généralement adopté. Mais alors trois tendances se sont manifestées : les uns s'attachant surtout au succès de l'opération radicale, ne ménagent point les sacrifices et préconisent la création des voies préliminaires larges; les autres, plus économes et regrettant des mutilations irrémédiables qui compromettent plus ou moins la beauté des formes, vantent les procédés conservateurs et ne créent que des voies étroites. D'autres enfin, cherchant à concilier les deux exigences si légitimes, imaginent des opérations préliminaires qui, tout en mettant librement à nu le parasite, ménagent cependant la charpente osseuse et la traversent sans la sacrifier; en d'autres termes, ils traitent les parties dures comme les parties molles, les sectionnent, les déplacent, les écartent; puis, le but atteint et la tumeur détruite, ils reportent les parties molles et les parties dures en leur lieu primitif par une opération complémentaire, immédiatement ou tardivement exécutée. Ceci est, au point de vue opératoire, le dernier mot du progrès jusqu'à ce jour.

Dans cette succession d'idées et dans cette remarquable évolution de la pratique, il faut évidemment distinguer trois choses ;

1° Condamnation et abandon des voies naturelles et des voies préliminaires étroites;

2° Création des voies préliminaires larges et suffisantes;

3° Découverte de procédés facilitant l'extirpation à la manière des opérations préliminaires larges et sauvegardant la forme à la façon des opérations préliminaires étroites.

Je crois que si, dans le procès pendant, on s'était donné la peine de faire les distinctions si simples que je propose, le débat serait déjà tranché et peut-être même ne se serait pas élevé. Cherchons, à la lueur des données précédentes, s'il ne serait pas possible de

rattacher des noms et des dates à chacune des idées distinctes dont je viens de présenter l'inventaire.

L'inauguration des voies préliminaires larges appartient à plusieurs chirurgiens. Je nomme Adelmann (1843), et surtout Nélaton (1848) pour la voie buccale; Syme (1832) et Flaubert, de Rouen (1840) pour la voie maxillaire (extirpation de la mâchoire supérieure). Enfin, sans contredit et sans partage, Chassaignac (1854) pour la voie nasale, que jamais personne avant lui n'avait ouverte aussi hardiment.

L'idée théorique du déplacement des os et leur réintégration en leur lieu primitif après l'ablation du polype, appartient entièrement et absolument à Huguier (1852-1854).

E. Després (1857) formule très-nettement l'association des voies larges avec les mesures conservatrices; il conseille de sacrifier certaines parties osseuses, mais de conserver leur périoste.

Langenbeck (1859) applique enfin le déplacement des os à la voie nasale, mais sur une petite échelle et par un procédé imparfait.

Huguier (1860) met enfin en usage ses idées théoriques et pratique pour la première fois une grande opération par la voie maxillaire.

L'année suivante (1861) Langenbeck, J. Roux, modifient et perfectionnent le procédé d'Huguier.

Lawrence (1862) revient à la voie nasale, et cette fois fait de l'auvent nasal un vaste lambeau osséo-chondro-cutané, qu'il relève sur le front.

Ollier (1863) enlève complétement l'os maxillaire supérieur, mais en conservant avec soin le périoste; le résultat est excellent (1).

Bœckel (1863) revient au déplacement latéral de Chassaignac, mais il taille aussi un lambeau nasal, comprenant à la fois les parties molles et les parties dures.

Ollier (1864) fait une opération analogue à celle de Lawrence, mais en renversant le nez de haut en bas.

Denucé (1867) ouvre le nez sur un côté, le renverse sur la joue opposée et laisse béante l'ouverture préliminaire tout le temps nécessaire à la destruction radicale du polype, c'est-à-dire pendant trente-cinq jours.

A partir de ce moment, je trouve des imitations, des modifications dictées par la nature du mal, mais aucune idée nouvelle ne se produit. Et maintenant que j'ai rempli ma tâche, je laisse au public médical le soin de juger si j'ai eu tort ou raison de réclamer la meilleure part pour le *côté français*, comme dit M. l'assistant de la clinique chirurgicale de Tubingen.

(1) *Résection sous-périostée du maxillaire supérieur. Reproduction de l'os enlevé.* Brochure à Paris-Lyon, 1864.

La séance est levée.

Le secrétaire : TILLAUX.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Par décret en date du 6 octobre 1873, ont été promus ou nommés dans la Légion d'honneur :

Au grade d'officier : M. le docteur Thomas (E. A.), chirurgien en chef de l'hôpital de Nevers ;

Au grade de chevalier : MM. les docteurs Laroche (E.), médecin honoraire de l'hôtel-dieu d'Angers; Leroux (C. H.), médecin de l'hôpital de Versailles ; Martin (J.-B-V.), médecin en chef de l'hôpital de Nevers; Collin (E.), médecin-inspecteur des eaux de Saint-Honoré; Bossu (A.-F.), médecin de l'infirmerie de Marie-Thérèse, rédacteur en chef de l'*Abeille médicale*.

— M. le docteur Mallez commencera des conférences de thérapeutique sur les maladies de l'appareil urinaire le lundi 20 octobre, à midi et demi, à sa clinique, rue Christine, n° 1. Il les continuera les mercredis, vendredis et lundis suivants, à la même heure.

— On désire acquérir une clientèle médicale aux environs de Paris ou de Marseille, dans un rayon peu éloigné de ces villes. — S'adresser au bureau du journal.

Anatomie descriptive et dissection, contenant un Précis d'embryologie, la structure microscopique des organes et celle des tissus, par le docteur FORT, ancien interne des hôpitaux, professeur d'anatomie à l'École pratique. 2e édition, considérablement augmentée. 3 vol. in-12, avec 662 fig. intercalées dans le texte. — Prix : 25 fr. *franco*.

Résumé d'anatomie, par le docteur FORT. — 1 vol. in-32 de 500 pages, avec figures. — Prix : 5 fr.

Le Directeur : Dr E. LE SOURD.

Paris. — Typographie A. POUGIN, quai Voltaire, 13.

N° 122. — MARDI 21 OCTOBRE 1873. 46e ANNÉE. MARDI 21 OCTOBRE 1873. — N° 122.

Ce journal parait trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Bureaux : 57, rue des Saints-Pères, 57
PRÈS L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix d'abonnement
doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois

On s'abonne hors de Paris
dans les bureaux des Messageries et chez les Libraires
Les lettres non affranchies sont refusées.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui n'en peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS	
Trois mois. .	8 fr. 50 c.
Six mois. . .	16 —
Un an. . . .	30 —

POUR L'ÉTRANGER le port en sus suivant les derniers tarifs des Postes.

Paris, le 20 octobre 1873.

SÉANCE DE L'ACADÉMIE DES SCIENCES

Vers la fin du dix-septième siècle, un voyageur français, Leguat, arrivait dans l'île Rodrigues, située à 300 milles marins de Maurice et y séjournait deux années. Dans la relation de son voyage, Leguat vante beaucoup la richesse de la végétation et les variétés infinies de la faune de l'île Rodrigues ; mais ce récit s'accorde si peu avec les indications fournies par d'autres navigateurs plus récents, la flore et la faune actuelles de ce pays sont d'ailleurs si pauvres que la véracité de Leguat fut mise en doute. Cependant les assertions de ce naturaliste étaient exactes, car les débris appartenant à des espèces éteintes et découvertes depuis quelques années dans les terrains meubles de l'île Rodrigues sont autant de témoins irrécusables de l'exactitude de ses observations. MM. Strickland et Melville d'abord ; puis MM. A. et E. Newton ont commencé, par leurs recherches, la réhabilitation de notre voyageur. Le mémoire que M. Alphonse Milne Edwards présente aujourd'hui à l'Académie *sur la faune ancienne de l'île Rodrigues* lève tous les doutes et justifie complétement les assertions de Leguat. Parmi les ossements recueillis dans les cavernes, l'auteur a remarqué un sternum, un fragment de crâne, un tarso-métatarsien qui proviennent d'un oiseau de la taille d'une petite poule, mais qui ressemble beaucoup à l'Ocydrome de la Nouvelle-Zélande, et comme celui-ci, incapable de voler. Aujourd'hui, il n'existe, à Rodrigues, aucun oiseau ressemblant aux Ocydromes ; mais les caractères ostéologiques que signale M. Milne Edwards dans les débris qu'il a entre les mains témoignent de l'existence antérieure de ces oiseaux dans l'île. Leguat les désigne sous le nom de *gelinottes*, mais à tort. Au dire de ce dernier, ces oiseaux ont le bec long et pointu, à peu près comme celui des Ocydromes, et, comme ceux-ci, ils ne volent presque pas. Leguat ajoute même que, nouveau trait de ressemblance avec les Ocydromes, ils ont une antipathie pour la couleur rouge : « Si on leur présente quelque chose de rouge, dit-il, cela les irrite si fort, qu'ils viennent l'attaquer pour tâcher de l'emporter ; si bien que, dans l'ardeur du combat, on a occasion de les prendre facilement. »

D'autres débris, fournis à M. A. Milne Edwards par le professeur Newton, lui ont permis de reconstituer un échassier que Leguat désignait sous le nom de *butor*, et deux espèces de hibous dont l'une appartient au genre *athene*.

Les pigeons, les perroquets, les passereaux dont parle Leguat, comme vivant à Rodrigues, et qui sont complétement disparus aujourd hui ou à peu près, ont également laissé des débris que M. Milne Edwards a pu reconnaître. « C'est en comparant, dit M. Milne Edwards, la faune ornithologique telle qu'elle est aujourd'hui, aux espèces que recèlent les ossements extraits du sol des cavernes et que Leguat avait observée, qu'il est possible de constater que, en moins de deux siècles, des changements très-considérables se sont accomplis dans la composition de cette faune, riche jadis et aujourd'hui remarquablement pauvre.

« La végétation y a changé aussi de caractère, car les beaux arbres dont parle Leguat ont, pour la plupart, fait place à des broussailles; mais ces modifications ne sont dues ni à une catastrophe géologique, ni à des phénomènes météorologiques particuliers, car le climat n'a pas varié.

« Les traditions locales attribuent la destruction des bois à de grands incendies, allumés par l'homme, et c'est aussi l'influence soit directe, soit indirecte de celui-ci qui me paraît avoir déterminé l'extinction des espèces animales dont je viens de parler. »

— Dans une précédente communication intitulée : *Recherches relatives à l'action de la chaleur sur le virus charbonneux*, M. Davaine avait établi que le virus charbonneux est détruit par une température qui varie entre 48 et 55 degrés centigrades.

On sait aujourd'hui que le principe virulent du sang charbonneux est formé par de petits végétaux de la famille des *vibrioniens*, et que M. Davaine appelle des *bactéridies*. La plupart de ces organismes, végétaux ou animaux, sont détruits par une certaine température : les rotifères par une température de 100 degrés, les petits végétaux filiformes qui se développent dans le vin par une température de 60 à 70 degrés (c'est sur cette propriété que M. Pasteur a fondé le procédé de conservation du vin par la chaleur), les bactéries mouvantes qui déterminent la pourriture de certains végétaux par une température de 52 à 55 degrés, etc., etc. Ces faits ont suggéré à M. Davaine l'idée de détruire, par le même agent, les bactéridies du sang charbonneux. Mais ici se présentait une difficulté : ces bactéridies ne sont détruites qu'à une température de 48 à 55 degrés, et, d'après les travaux de M. Cl. Bernard, les mammifères meurent instantanément dès que leur sang acquiert une température de 45 degrés.

M. Davaine ne pouvait donc songer à appliquer la chaleur lorsque le charbon a envahi tout l'organisme ; mais il pouvait

l'essayer dans les cas où le charbon est local, réduit à l'état de simple pustule (pustule maligne) comme cela se présente toujours chez l'homme. C'est ce qu'il a fait. Il a inoculé le charbon sur l'oreille d'un lapin, et après avoir arrêté la circulation dans cet organe par la compression des vaisseaux (cette précaution est indispensable pour obtenir facilement la température de 51 degrés), il a appliqué sur la partie inoculée un corps chauffé à 51 degrés et il l'a laissé en place pendant un quart d'heure. Dans le plus grand nombre des cas, M. Davaine est parvenu, par ce moyen, à arrêter le développement du charbon chez les lapins et les cobayes; mais il s'agit d'appliquer le même procédé à l'homme.

M. Davaine pense « que l'application, sur la peau de l'homme, d'un fer chauffé à 51 degrés, donne lieu à une cuisson très-tolérable et à une rougeur qui se dissipe en quelques heures. Cependant, ajoute-t-il honnêtement, avant que j'ose conseiller l'usage de ce moyen de traitement, de nouvelles études sont nécessaires pour reconnaître toutes les conditions qui peuvent en assurer le succès. »

En attendant que M. Davaine ait trouvé ces conditions précieuses, il communique aujourd'hui, dans une nouvelle note, ses *Recherches relatives à l'action des substances dites antiseptiques sur le virus charbonneux*. Le cobaye étant pris comme pierre de touche, M. Davaine mêle avec de l'eau un centième, un millième, un dix millième de sang charbonneux; puis il ajoute à cette eau la substance dont il veut reconnaître l'action antiseptique, et il injecte sous la peau de l'animal une goutte de ce mélange. Comme le cobaye est tué constamment par une quantité de sang charbonneux frais inférieure à un cent millième de goutte, il résultera de l'injection pratiquée, que l'animal continuera de vivre si le virus a été détruit par la substance antiseptique, et qu'il mourra, au contraire, si le virus est resté intact. La mort du cobaye, après l'injection du virus charbonneux, arrive dans les limites de un à quatre jours; exceptionnellement plus tard.

M. Davaine a institué 101 expériences d'après ces principes, et voici comment il propose de classer les substances d'après leurs propriétés antiseptiques :

1° L'ammoniaque, le silicate de soude, le vinaigre et l'acide phénique sont, relativement, des antiseptiques faibles. La solution de ces substances, au centième, mélangée à du sang charbonneux, empêche le cobaye de mourir; mais si la solution est portée au deux centième l'animal succombe.

2° La potasse caustique, le chlorure d'oxyde de sodium, l'acide chlorhydrique, le permanganate de potasse, l'acide chromique, l'acide sulfurique, l'iode, ont une puissance antiseptique beaucoup plus considérable. Il suffit, en effet, d'une solution très-étendue à 1/300, 1/1000, 1/10000, pour préserver l'animal de l'empoisonnement. L'iode serait le plus puissant des antiseptiques, puisqu'il suffit d'ajouter une solution de 1/12000 de cette substance à la solution de sang charbonneux pour détruire le virus.

M. Davaine pense que des injections d'eau iodée au 1/6000 peuvent donner de très-bons résultats contre l'œdème charbonneux, qui est constamment mortel pour l'homme.

— Dans une précédente communication, M. Bergeret, par l'intermédiaire de M. Boussingault, avait informé l'Académie que le goître épidémique avait atteint plus de deux cent cinquante soldats dans la caserne de Saint-Étienne. Ne pouvant attribuer la cause de cette épidémie à l'eau de la ville, qui est très-pure (presque de l'eau distillée), l'honorable praticien, très au fait des théories chimiques, est allé la chercher, l'éprouvette en main, dans l'organisme lui-même. Analysant l'urine des goîtreux, il a constaté qu'elle renferme des sulfates en quantité trois à quatre fois plus grande qu'à l'état normal; d'où il a conclu que le goître se développe, soit que les sulfates viennent du dehors, avec l'eau ingérée, soit qu'ils naissent dans l'organisme par désassimilation exagérée des muscles. On sait, en effet, que lorsqu'un muscle travaille avec force et continuité, il devient acide, et que les acides produits sont l'acide sulfurique et l'acide phosphorique; de sorte que le sang d'un homme qui travaille trop renferme une quantité anormale de sulfates et est ainsi comparable au sang de l'homme qui boit des eaux plâtreuses. Les soldats de la caserne de Saint-Étienne sont soumis à un travail exagéré et ils n'ont pas une alimentation en rapport avec la force qu'ils dépensent; il résulte de cet excès d'un côté, de cette insuffisance de l'autre que le sang des soldats renferme trop de sulfates, et voilà pourquoi, dit M. Bergeret, ces soldats sont goîtreux. Cette théorie, reposant sur un fait certain, *l'influence des eaux gypseuses sur le développement du goître*, se présente avec une bonne apparence; mais s'il suffisait d'un ensemble de causes dépressives pour provoquer le goître épidémique, on pourrait bientôt compter le nombre de ceux qui ne sont pas goîtreux. Que de pauvres hères qui auraient des sulfates dans les urines, et combien il serait urgent, pour ne pas en avoir à notre tour, d'appeler à notre aide les nobles prérogatives de nos anciens rois! Heureusement pour nous, cette théorie a reçu un coup dont elle ne se relèvera pas. M. Larrey, dont les remarquables travaux ont été jugés dignes de toutes les académies, s'est souvenu que, jadis, dans ses inspections réglementaires, il avait constaté la pernicieuse influence du col d'uniforme sur le développement des adénites cervicales et qu'il avait obtenu du ministre de la guerre une décision qui prescrivait le remplacement du col par la cravate dans toute l'infanterie. « Je crois donc, par analogie, ajoute l'illustre académicien, que l'engorgement accidentel ou aigu de la glande et de la région thyréoïdienne requiert, avant tout, une mesure semblable, la recherche et la suppression de la cause locale de compression, sauf l'emploi réservé des moyens applicables aux causes générales et surtout à l'influence des eaux. »

Il résulte de ces paroles, qu'après avoir obtenu la suppression du col d'uniforme, M. Larrey en veut à la cravate, peut être aussi à la chemise, car il ne nous dit pas sur quel vêtement il place les limites de la compression réglementaire. M. Bergeret ne doit pas être content. Il est pénible, en effet, d'avoir dépensé quelque labeur à étudier scientifiquement un sujet pour le voir réduit aux modestes proportions d'une question de cravate.

DES INFARCTUS SANGUINS DU TISSU CELLULAIRE SOUS-CUTANÉ DANS LE CHOLÉRA, DANS LA DIPHTHÉRITE ET DANS LES MALADIES SEPTICÉMIQUES (1)

Par E. Bouchut

(Un extrait de ce Mémoire a été communiqué à l'Académie des sciences le 6 octobre 1873.)

Maintenant, quelle est la nature de ces infarctus apoplectiques?

Je vais essayer de le dire.

Sont-ce des embolies capillaires artérielles, car il est impossible que ce soient des embolies veineuses?

(1) Suite. — Voir le numéro du 14 octobre 1873.

Sont-ce là des effets de leucocythose, car on sait que cette nosohémie s'accompagne souvent d'hémorrhagies sous-cutanées et intermusculaires plus ou moins considérables ?

Sont-ce là des thromboses veineuses spontanées ou des phlébites capillaires (Cruveilhier), dues à l'état du sang et qui produiraient une rupture accompagnée d'hémorrhagie ?

Sont-ce là des ruptures capillaires produites par l'état septicémique qui favorise les hémorrhagies cutanées, notamment le purpura, ou bien enfin n'y a-t-il là que *diapédèse*, c'est-à-dire simple transsudation du sang hors des vaisseaux, fait tour à tour admis et rejeté, puis de nouveau considéré comme possible en raison des mouvements propres des globules sanguins?

Tout cela est possible, mais entre ces hypothèses laquelle mérite le mieux notre considération ? C'est ce qu'il faut examiner.

Attribuer ces infarctus apoplectiques sous-cutanés à une embolie artérielle capillaire venant de l'aorte est chose toute naturelle. En effet, dans la septicémie, dans la diphthérite, dans les maladies aiguës graves, il y a presque toujours une endocardite végétante mitrale ou tricuspide, et toujours une thrombose cardiaque valvulaire fibrineuse. La fibrine décolorée, filamenteuse et granuleuse, adhérente aux bords de la valvule mitrale et aux colonnes charnues du cœur, est souvent granuleuse, désagrégée et peut envoyer dans l'aorte des molécules fibrineuses très-fines qui, en arrivant dans les capillaires artériels des membres, y feraient *obstruction* ou *embolie*, puis rupture et infiltration sanguine circonscrite. Tout cela est parfait de raisonnement et d'induction. Mais on ne peut affirmer un fait qu'après démonstration. Or la démonstration n'est pas faite. Une embolie est ou n'est pas. Il n'y a pas d'hypothèse à cet égard. Que dans la conversation des médecins placés en présence d'un noyau apoplectique qu'ils n'ont pas le temps d'examiner au microscope, disent : il est probable que c'est le résultat d'une embolie, l'hypothèse est admissible. Mais, si l'on veut aller au fond des choses, et qu'après la préparation nécessaire et l'examen par le microscope on dise encore : c'est une embolie, lorsque la preuve est impossible à fournir, alors, c'est une affirmation hasardée. Voir les embolies où elles sont, c'est très-bien, mais il faut se garder d'en voir partout et là où il n'y a en a pas. D'après mes recherches, il est difficile de dire que les infarctus sous-cutanés du choléra, de la diphthérite et de la septicémie sont des embolies capillaires artérielles, pas plus qu'on ne peut affirmer que les noyaux apoplectiques du poumon résultent d'embolies provenant du cœur droit. C'est probable et voilà tout.

Maintenant, comment ces embolies des capillaires artériels produiraient-ils une hémorrhagie? On a dit que, dans ce cas, l'artériole étant obstruée, le sang revenait par les capillaires collatéraux, et qu'au lieu d'avoir une anémie locale, il y avait une hypérémie par fluxion collatérale. Cette explication ne me satisfait nullement. S'il y a embolie capillaire suivie d'hémorrhagie locale circonscrite autour de l'obstruction, je crois plutôt, comme l'a soutenu Feltz, à une rupture au-dessus de l'obstacle, et ce mécanisme me paraît infiniment plus compréhensible que l'autre.

La seconde hypothèse, est relative à un effet de leucocythose produisant l'hémorrhagie. Mais dans la leucocythose, les hémorrhagies sont bien plus considérables que celles qui constituent les infarctus sous-cutanées dont je parle dans ce travail, et ce sont des phénomènes difficiles à rapprocher l'un de l'autre. Je n'y insisterai pas.

Dans la troisième hypothèse, il faudrait admettre une thrombose veineuse locale et spontanée d'une capillaire, comparable à la thrombose spontanée des grosses veines des membres dan la *phlegmatia alba dolens*. Cruveilhier a émis cette hypothèse. C'est un fait qui n'est pas encore entré dans la science et sur lequel on ne saurait trop discuter.

Une quatrième hypothèse consiste à dire que ces infarctus sous-cutanés ou pulmonaires résultent de l'état septicémique produisant l'altération granuleuse des vaisseaux capillaires, favorisant leur rupture ou seulement la transsudation sanguine par *diapédèse*.

L'opinion systématique qui consiste à admetttre que les infarctus dépendent d'une rupture vasculaire des petites artères capillaires n'est soutenable que par ceux qui croient que le sang ne peut sortir des vaisseaux capillaires sans déchirure des parois. C'est pure affaire de raisonnement, car en fait de démonstration, il ne faut pas y compter. Lors même que le fait serait vrai, il serait indémontrable. Quant à l'altération des parois capillaires, amenant leur rupture sous l'influence de la diphthérite ou de toute autre maladie, on ne l'a pas encore fait connaître.

Ceux qui admettent, d'après les observations nouvelles de Conheim, confirmatives de l'enseignement de Galien à ce sujet, que les globules rouges peuvent sortir des capillaires *par diapédèse*, en vertu de leur contractilité propre, à l'aide de ce qu'on appelle des mouvements amiboïdes, affirment que dans la septicémie il n'y a que transsudation sanguine par suite de l'altération du sang. Cette affirmation est très-soutenable et a pour elle l'appui de nombreuses analogies.

En effet, le purpura, la septicémie et la leucocythose sont des nosohémies différentes qui s'accompagnent de nombreuses hémorrhagies cutanées, petéchies ou autres, dont la cause peut être attribuée à une simple transsudation du sang altéré. Il en est de même de certaines hémorrhagies du scorbut et de l'hémorrhaphilie, lorsqu'on presse la peau sans la blesser.

Or, dans la diphthérite grave et dans le choléra il y a toujours une leucocythose aiguë qui, en outre de l'élément surabondant, altère les globules rouges et peut disposer aux hémorrhagies cutanées, intermusculaires et autres. Donc, si dans la leucocythose il y a des hémorrhagies sous-cutanées, et que la diphthérite grave ou le choléra soient accompagnés de leucocythose, c'est cette nosohémie qui peut être considérée comme étant la cause de la transsudation du sang sur les différents points où il se forme des infarctus.

Ne s'échappe-t-il alors que des globules rouges, ne passe-t-il pas aussi des leucocythes et avec eux, les éléments spécifiques de la septicémie ? Il est impossible de le dire sans faire des hypothèses inadmissibles.

Voulant rester dans les limites de l'observation clinique et de l'examen cadavérique direct, je n'irai pas plus loin dans ce champ de l'inconnu, d'où l'on ne peut tirer que des erreurs. Je voulais faire connaître les infarctus apoplectiques sous-cutanés et intermusculaires du choléra, de la diphthérite et de la septicémie typhoïde ou purulente, indiquer les caractères qu'ils offrent pendant la vie, leur disposition cadavérique et histologique. Cette tâche est accomplie, et pour ce qui concerne la nature de ces infarctus, je pense qu'on ne peut émettre qu'une opinion probable à cet égard. On ne peut avoir la certitude ni démontrer que ces infarctus ont une embolie fibrineuse des capillaires pour origine. Cependant, en raison de la thrombose cardiaque et de l'endocardite végétante mitrale ou tricuspide qui les accompagne avec septicémie et leucocythose aiguë, il est à présumer que l'embolie capillaire est la cause de leur apparition.

(*A suivre.*)

REVUE DE LA PRESSE

Maladie d'Addison sans coloration bronzée. — M. Laveran, médecin-major, rapporte deux observations de maladie d'Addison sans coloration bronzée.

Dans la première, il s'agit d'un soldat de ligne chez lequel avait été diagnostiquée une ostéite du fémur avec infection purulente consécutive. Ce malade, très-affaibli, présente un état typhique très-prononcé, une asthénie profonde et ne cesse pendant deux jours d'avoir des vomissements bilieux, incoercibles; il meurt le troisième jour. A l'autopsie, on trouve le cerveau, le cœur et les poumons sains, quelques taches noirâtres sur la muqueuse buccale, une hypertrophie de la rate, des ganglions lymphatiques abdominaux qui sont en même temps pigmentés, ainsi que les follicules clos de l'intestin; les glandes sanguines étaient hypertrophiées et plusieurs présentaient du pigment dans leur intérieur; les globules blancs du sang sont notablement augmentés en nombre. Mais les altérations les plus importantes sont celles des capsules surrénales; celles ci ont triplé de volume; elles contiennent de petits foyers remplis de matières puriformes; les deux substances qui les constituent à l'état normal sont remplacées par un néoplasme de nature simplement inflammatoire. Les ganglions semi-lunaires sont volumineux et indurés. M. Laveran n'hésite pas à croire qu'il s'agit là d'une maladie d'Addison à marche tellement rapide que la coloration bronzée n'a pas eu le temps de se montrer. Il rapproche de ce fait une observation analogue de M. Kelsch, dans laquelle l'autopsie permet aussi de constater les mêmes lésions. Ce malade, pas plus que le premier, n'avait présenté de coloration bronzée. Symptômes dominants dans les deux cas : asthénie et vomissements bilieux, mort par lésion des capsules surrénales. La dénomination de maladie bronzée est donc mal choisie, puisque, d'une part, la maladie d'Addison peut exister sans coloration bronzée, et que, d'autre part, la mélanodermie peut se rencontrer chez des gens dont les capsules surrénales sont parfaitement saines.

En résumé, la coloration bronzée de la peau n'est pas constante dans la maladie d'Addison; l'asthénie profonde et les vomissements bilieux peuvent permettre de pronostiquer la maladie d'Addison en l'absence de toute coloration bronzée; le nom de maladie d'Addison doit être préféré à celui de maladie bronzée. (*Gazette hebdomadaire.*)

Bons effets de l'emplâtre de belladone contre le symptôme vomissement. — M. Gueneau de Mussy appelle de nouveau l'attention sur les bons effets de l'emplâtre de belladone contre le symptôme vomissement. Bretonneau appliquait cette médication aux vomissements incoercibles de la grossesse; M. Gueneau de Mussy, depuis vingt-cinq ans, l'a étendue à tous les vomissements quels qu'ils soient. Il prescrit un emplâtre de 12 centimètres de diamètre, composé comme il suit : emplâtre diachylum, 2 parties; emplâtre de thériaque, 2 parties; extrait de belladone, 1 partie. Cet emplâtre peut être quinze jours en place sans être renouvelé. Il est parvenu ainsi à faire cesser des vomissements que rien ne pouvait arrêter depuis quarante ans. M. Gueneau de Mussy eut l'idée, devant ces résultats, d'employer cet emplâtre comme prophylactique et curatif du mal de mer. Une jeune dame qui n'avait jamais pu mettre le pied sur un bateau sans être torturée par le mal de mer, a pu, par ce moyen, faire le voyage d'Australie sans être sérieusement incommodée. M. Gueneau de Mussy mentionne un grand nombre d'observations analogues. (*Gazette médicale.*)

De la trachéotomie par le cautère actuel. — MM. de Ranse et Muron ont institué sur ce sujet un certain nombre d'expériences, dont voici les résultats :

Le cautère actuel, suivant eux, remplacerait avec avantage le bistouri, comme supprimant tout écoulement de sang, et le galvanocautère étant à la portée de tous les médecins. Ils se sont servis, dans leurs expériences sur des chiens, d'un simple couteau de table et d'un cautère spécial, qu'ils ont fait construire par M. Colin. Le couteau de table à bout arrondi suffit parfaitement, pourvu toutefois que son extrémité ne soit pas très-mince; car la division se fait alors avec trop de lenteur, et il se produit un rayonnement calorifique exagéré. L'instrument imaginé par ces messieurs consiste en un morceau de fer de 2 centimètres de hauteur, à faces aplaties, de forme elliptique, supporté par une tige de 7 à 8 centimètres, munie de dentelures qui permettent de la fixer avec une pince à arrêt. L'une des extrémités du morceau de fer est moins large et plus épaisse que l'autre. Les divers temps de l'opération peuvent se résumer de la façon suivante :

1er Temps. — Division de la peau et du tissu cellulaire sous-cutané, avec la partie la plus large de l'instrument. 2e Temps. — Écartement des tissus divisés à l'aide d'une pince ordinaire à fort ressort, et division des autres tissus jusqu'à la trachée exclusivement, avec la partie la plus étroite de l'instrument. 3e Temps. — Écartement de tous les tissus divisés; section de la trachée avec le bistouri; distension de la plaie trachéale avec le dilatateur Laborde, et introduction de la canule. Le cautère doit être rougi à blanc. Sur vingt-deux opérations pratiquées sur des chiens, deux fois seulement il y a eu un écoulement de sang, que ces messieurs attribuent à la division d'une trop grande quantité de tissus avec la même partie de l'instrument. Un autre inconvénient qui peut résulter de l'emploi du cautère est la nécrose partielle de un ou deux cartilages de la trachée; mais il est facile de l'éviter, en achevant la section de la trachée avec le bistouri. L'hémorrhagie qui en résulte est tout à fait insignifiante. Comparant ensuite ce résultat final des opérations faites avec le bistouri et celles pratiquées avec le cautère, on voit que les premières l'emportent sur les secondes par la rapidité de l'opération et la régularité de la cicatrisation. Mais, d'un autre côté, l'emploi du galvano-cautère l'emporte par la simplicité de l'opération et le défaut d'écoulement sanguin; il rend ainsi la trachéotomie une opération vulgaire et facilement praticable. Il y a en outre un certain nombre de circonstances dépendantes de l'opéré, qui doivent faire donner la préférence au cautère actuel, telles que l'embonpoint, un œdème de la glotte, le développement exagéré du corps thyroïde, etc., etc. (*Gazette médicale.*)

De l'emploi du chloral hydraté comme adjuvant de l'opium dans un cas de menace d'avortement. — Dans notre numéro du 25 mars 1873, nous avons publié une observation de M. Martineau dans laquelle des contractions utérines qui s'étaient manifestées sur une femme enceinte de sept mois, traitées sans succès par l'opium, ont été arrêtées immédiatement par l'administration du chloral à la dose de 1 gramme matin et soir.

M. J. Besnier rapproche de cette observation une observation qui lui est personnelle, dans laquelle il s'agit d'une jeune femme primipare enceinte de six mois et très-fortement menacée d'avortement. L'opium à hautes doses et sous toutes ses formes n'ayant produit aucun résultat, M. Besnier songea à recourir au chloral hydraté.

Une cuillerée d'une potion de 4 grammes pour 120 grammes de liquide ayant été rejetée, M. Besnier fit aussitôt administrer en lavement le reste de la potion. L'effet fut presque immédiat et très-satisfaisant. Les douleurs reparurent à plusieurs reprises et furent toujours calmées après l'administration d'un nouveau lavement avec 2 grammes de chloral; toutefois, elles persistèrent longtemps encore. M. Besnier, suivant l'avis de M. Tarnier, consulté à cette occasion, reprit alors la médication opiacée, qui dut être prolongée encore pendant deux jours, la malade ne présenta d'ailleurs aucun symptôme de narcotisme ni aucun accident d'autre sorte.

L'opium a donc maintenu ici et continué les bons effets obtenus par le chloral.

M. Besnier recherche ensuite quel peut être, dans ces conditions, le mode d'action du chloral. Il résulte de ses observations, jointes à celles de MM. Bourdon et Martineau, que le chloral exerce sur les contractions de l'utérus deux effets opposés suivant qu'il est administré pendant l'accouchement ou pendant une menace

d'avortement. Dans le premier cas, il en augmente la puissance; dans le second, il diminue et supprime même les contractions utérines; dans les deux cas il produit l'analgésie. C'est aux conditions différentes que présente l'utérus au moment de son administration qu'il faut attribuer, suivant M. Besnier, l'effet tantôt sthénique, tantôt amyosthénique qu'éprouvent les contractions utérines. Dans l'accouchement, en effet, il faut tenir compte de l'excitation du col par la tête de l'enfant, qui entretient ses contractions; celles-ci augmentent même par suite du repos procuré à la matrice et de la cessation de la douleur par l'administration du chloral. Dans la menace d'avortement, l'excitation du col fait défaut, la douleur joue le rôle principal. Dès lors le chloral supprime la cause principale des contractions. Toute l'importance de ce médicament, dans ce cas, est donc dans l'analgésie qu'il produit. Il faut tenir compte aussi, dans les observations citées plus haut, de l'action de l'opium. M. Besnier conclut donc que le chloral est un auxiliaire puissant de la médication de l'opium lorsque celle-ci reste inefficace. (*Union médicale.*)

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Séance du 26 avril 1873. — Présidence de M. LUNIER.

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

CORRESPONDANCE MANUSCRITE

1° Une lettre de M. Foissac, qui remercie la Société de lui avoir conféré le titre de membre honoraire.

2° Une lettre de M. Abadie, qui sollicite un tour de lecture à l'appui de sa candidature au titre de membre titulaire.

3° Une lettre de M. Oulmont, qui demande l'honorariat. (Comm., MM. Forget, Duroziez, de Saint-Germain.)

4° Une lettre de M. Delasiauve, annexée au procès-verbal.

M. DELASIAUVE réclame contre un passage du compte rendu des travaux de l'année 1872 par M. le secrétaire général. Il y est dit, à propos de la discussion sur la loi des aliénés : « Malgré quelques protestations de M. Delasiauve... vous avez voté l'impression de ce rapport (celui de MM. Foville et Motet). » M. Delasiauve ne s'est pas borné à une simple protestation. Il a fait une réfutation en règle, non de ce rapport en lui-même, qui constate exubéramment qu'aucun abus n'est possible, et ne s'est produit sous la législation de 1838, mais des considérations finales et des conclusions qui sont tout le contraire de ce qu'on devait attendre. Il regrette aussi qu'un tirage à part ayant été décidé, cette pièce ait paru sans les raisons qui pouvaient en affaiblir la portée. Les inconvénients signalés par M. Delasiauve n'ont pas tardé à se révéler. Précisément, l'opinion accueillie par la Société a pu être invoquée à l'appui d'une création dont le moindre tort est d'être une superfétation coûteuse. Dès que cette création fut annoncée, elle causa parmi les médecins des asiles d'aliénés de la Seine autant de surprise que de répugnance; et la première application n'a pas été de nature à atténuer ces impressions.

ÉLECTIONS

La Société procède au vote sur la candidature de M. Lolliot.

M. Lolliot est nommé membre titulaire à l'unanimité des membres présents.

LECTURE

M. Polaillon lit, à l'appui de sa candidature, un mémoire sur la *suture des tendons*. (Commission composée de MM. Saint-Germain, Gillebert Dhercourt, Peter, rapporteur.)

Sur la suture des tendons de la main. — M. POLAILLON. Messieurs, laissant de côté toutes les considérations qui se rattachent à la dénudation, à la contusion, à la piqûre ou à la section incomplète des tendons dans les cas de plaies de la main ou du poignet, ma communication a seulement pour but d'appeler votre attention sur la *valeur de la suture* comme moyen de rétablir la continuité et les fonctions de ces organes lorsqu'ils ont été complétement coupés. A l'appui de cette thèse, je rappellerai brièvement quelques faits de suture tendineuse publiés à diverses époques, et j'aurai l'honneur de vous soumettre l'histoire d'une opération analogue que j'ai eu l'occasion de pratiquer à l'hôpital de la Clinique pendant les vacances scolaires de 1872.

La suture des tendons a rencontré de tout temps beaucoup d'oppositions. Même de nos jours, elle excite encore des défiances imméritées. On a lieu de s'en étonner lorsqu'on lit les résultats heureux que cette opération a donnés entre les mains de plusieurs chirurgiens.

La première mention de la suture tendineuse se trouve dans les ouvrages de Galien. Selon lui, les tendons sont composés de nerfs et de ligaments. Ils sont donc sensibles en raison des nerfs qui entrent dans leur texture, et c'est à cause de cette sensibilité qu'il proscrit leur suture comme pouvant entraîner des accidents convulsifs. Mais comme il faut rendre à un muscle dont le tendon est coupé les fonctions qu'il a perdues, Galien, guidé par des idées théoriques, avait imaginé un procédé autrement plus dangereux que celui qui fait porter les points de suture sur le tendon lui-même. « Voyant, dit-il, sur un gladiateur blessé profondément à la partie antérieure et inférieure de la cuisse, que les bords de la plaie, entraînés, l'un vers l'origine du muscle et l'autre vers son insertion, laissaient un vide considérable, je n'hésitai pas à les rapprocher par la suture; mais craignant de coudre les tendons mêmes, je les mis à découvert jusqu'à l'origine de la portion charnue du muscle; et comme je savais que celle-ci pouvait être cousue impunément, et qu'il n'en est pas de même des tendons, ce fut dans les chairs que je fis les points de suture. » (*Méthode méd.*, liv. VI, ch. 3.)

Les Arabes, qui pourtant furent les imitateurs fidèles de Galien, délaissèrent sa suture musculaire pour employer et préconiser celle qui porte sur le tendon lui-même.

Du temps de Guillaume de Jalicet, de Lansfranc et de Guy de Chauliac, on avait assez souvent recours à cette opération, et l'on savait parfaitement que lorsqu'un tendon était coupé, il était nécessaire de le coudre, sous peine de voir les bouts se cicatriser isolément. Guy de Chauliac dit même qu'il a vu des « tendons coupés si bien restaurés par la cousture, que depuis on ne pouvait croire qu'ils eussent été coupés. » (*Grande chirurgie*, composée en 1363 et restituée par Joubert, p. 263.)

Après ces auteurs, la suture des tendons paraît être tombée dans l'oubli; car, deux siècles plus tard, Ambroise Paré raconte comme une chose extraordinaire, dans son livre des *Monstres* (chapitre 18), qu'un maître barbier chirurgien nommé Étienne Tessier ayant à soigner une plaie du jarret avec incision totale des deux tendons qui fléchissent la jambe, « cousit les deux tendons bout à bout l'un de l'autre, et la situa et traita si bien que la plaie fut consolidée sans être demeuré boiteux. Chose digne d'être bien notée au jeune chirurgien, ajoute-t-il, afin que lorsqu'il lui viendra entre ses mains telle chose il en fasse le semblable. »

Ce conseil ne fut pas perdu, Veslingius (1), Marc Aurèle, Sénerin (2), Bienaise (3), Vauguyon (4), Magnart (5), Purmann (6), Ettmuller (7), dans le dix-septième siècle; Garangeot (8), Dionis (9), Chirac (10), De la Motte (11), etc., dans le dix-huitième, pratiquaient ou virent pratiquer la suture des tendons coupés et donnèrent les

(1) *Observations anat.* et *Epist. la medicæ, selectæ et editæ à Th.* Bartholino, lettre XV, p. 90.
(2) *Médecine efficace*, ch. CXXII, p. 283, 1668.
(3) Cité par Verduc.
(4) *Traité de chirurgie*, p. 31, 1698.
(5) Meeckren, observation 65, *in edit. latinæ.*
(6) *Chirurgica curiosa*, p. 537, 1699.
(7) *Nouvelle chirurgie médicale et raisonnée*, p. 231, 1703.
(8) *Chirurgie*, chapitre *de la rupture des tendons.*
(9) *Cours d'opérations*, p. 568, 1777.
(10) *Nature et traitement des plaies*, p. 123, 1759.
(11) *Traité de chirurgie*, t. II, p. 163, 1771.

règles de cette opération. Parmi les observations souvent très-incomplètes qu'ils nous ont laissées, j'en choisis quelques-unes de celles qui concernent les tendons de la main.

Meeckren, médecin belge, rapporte qu'il a vu à Paris, chez un chirurgien nommé Maynard, les tendons des doigts qui avaient été coupés avec un couteau, réunis par le moyen d'une aiguille courbée et d'un fil, et que les doigts conservaient leurs mouvements ordinaires.

Ettmuller dit : « qu'un homme avait tous les tendons de la main coupés vers le poignet; le chirurgien, après avoir étanché le sang, passa une aiguille fort plate, mais très-fine, avec un fil, entre les fibres des tendons pour les coudre. Les tendons coupés se réunirent et se consolidèrent en peu de temps sans que le malade perdît le mouvement des doigts. »

D'après Dionis, Bienaise faisait la suture tendineuse dans les plaies qui dataient de quinze ou vingt jours, aussi bien que dans les plaies récentes, mais il s'abstenait lorsque la plaie était entièrement cicatrisée. Verduc pensait que l'on pouvait même, dans ce cas, tenter la suture. On sait que cette opération fut exécutée avec succès par Marc-Antoine Petit, au commencement de notre siècle, et après lui par Dutertre, Roux, Sédillot, M. Chassaignac.

Cependant, messieurs, pourquoi la suture tendineuse, malgré ses succès, a-t-elle été combattue avec tant d'acharnement par les anciens et les modernes, et pourquoi est-elle fort peu employée? En voici les raisons : les anciens, confondant les tendons avec les nerfs, pensaient que leur suture exposait aux convulsions, au tétanos et à la mort, et les modernes, qui n'ont plus de pareilles craintes, redoutent l'inflammation suppurative et le sphacèle du tendon consécutif aux manœuvres opératoires. D'ailleurs, les uns et les autres savaient par l'expérience de tous les jours, que la section des tendons se guérit parfaitement lorsqu'on rapproche les bouts coupés par une position convenable donnée au membre et par un appareil qui maintient cette position. Dès lors, à quoi bon faire une opération pour obtenir une guérison que l'on procure au blessé avec des moyens plus simples et exempts de dangers.

Pour moi, je me rallie entièrement à cette opinion. Je pense que dans des tendons de la main, il faut avant tout essayer si la position peut mettre en contact les bouts coupés. Dans le cas où la position affronte la plaie tendineuse, la suture est inutile. Il suffit d'immobiliser le poignet et les doigts dans la position la plus favorable à cet affrontement. Mais si la flexion ou l'extension ne rapproche pas assez exactement les bouts coupés pour que l'on puisse espérer leur réunion, la suture est formellement indiquée. L'observation suivante en offre un exemple.

Cette observation, qui m'est personnelle, a été recueillie par M. Barbaste, qui l'a reproduite *in extenso* dans sa thèse inaugurale soutenue le 31 janvier 1873. Je ne veux insister ici que sur les points principaux pour ne pas abuser des instants de la Société.

Il s'agit d'un homme de vingt-trois ans, exerçant la profession de garçon de magasin, qui conduisait une voiture à bras, lorsqu'il fut heurté par une autre voiture et projeté violemment contre une vitrine de boutique. Sous l'influence du choc, la vitre se brisa et blessa notre homme à la main droite. Il est important de noter qu'au moment de la blessure, la main appuyée sur le brancard de la voiture était dans une position fortement fléchie. Une hémorrhagie abondante se manifesta dans les premiers instants, mais l'écoulement sanguin ne fut pas de longue durée. Un médecin ayant été appelé, réunit la plaie avec deux points de suture appliqués sur la peau.

L'accident avait eu lieu le 12 septembre. Le lendemain, ce blessé entra à l'hôpital de la Clinique, et le 14 septembre, je le vis à la visite du matin.

Deux plaies existent sur la face dorsale de la main droite. L'une est située au niveau de la tête du deuxième métacarpien; elle est sans importance. L'autre est située au niveau du poignet; elle a environ 3 centimètres d'étendue et se dirige transversalement depuis l'extrémité supérieure du quatrième métacarpien jusqu'à celle du deuxième. Les bords sont nets et déjà agglutinés par la lymphe plastique. Cette plaie paraît être fort simple; cependant, en examinant la main, je trouve que les doigts index, médius et annulaire sont fléchis dans la paume de la main et qu'ils n'obéissent pas aux mouvements d'extension que le blessé veut leur imprimer. Les muscles extenseurs se durcissent, mais ils ne transmettent plus leur action qu'au petit doigt et au pouce, dont les mouvements sont restés intacts. Si l'on étend artificiellement les trois doigts indiqués, ceux-ci ne restent pas étendus, mais reprennent bien vite leur position fléchie sur la face palmaire. D'après ces signes, il était évident que les tendons extenseurs de l'index, du médius et de l'annulaire avaient été coupés. Une dépression située au-dessus de la plaie cutanée indiquait que les bouts des tendons étaient fortement écartés, et quand, par la position, je cherchais à les rapprocher, j'y parvenais très-imparfaitement.

Je jugeai alors qu'il serait fort difficile d'obtenir, par la position seule, une réunion entre les extrémités des tendons coupés. Or, si cette réunion n'avait pas lieu, mon malade restait privé des mouvements de l'index, du médius et de l'annulaire de la main droite, c'est-à-dire qu'il restait estropié. Aussi je me décidai, séance tenante, à faire la suture des tendons coupés.

Après avoir écarté les lèvres de la plaie, je me rendis parfaitement compte de la section des tendons des doigts privés de mouvement. Les tendances de l'extenseur commun de l'annulaire, du médius et de l'index, ainsi que le tendon de l'extenseur propre de l'index étaient coupés d'une manière très-nette. Quand la main était fortement fléchie, c'est à-dire dans la position même où la blessure s'était produite, la section des tendons correspondait à la section de la peau ; mais quand on étendait la main, les deux sections tendineuse et cutanée ne se correspondaient plus. La section tendineuse remontait du côté de l'avant-bras, et dans cette ascension, les bouts inférieurs des tendons retrouvaient mal leur voie et se fronçaient sur eux-mêmes.

Quant aux bouts supérieurs, ils étaient tellement rétrécis du côté de l'avant-bras, qu'il me fut impossible, non-seulement de les voir, mais même de les atteindre avec une pince pour les attirer au dehors. Ce n'est qu'après avoir incisé de bas en haut, dans l'étendue d'au moins 3 centimètres, la peau et le ligament annulaire dorsal du carpe, et après des recherches assez laborieuses, que je parvins à les saisir.

Les bouts correspondants des tendons furent alors suturés avec trois fils d'argent. Le premier fil comprit dans son anse, à la fois, les bouts de l'extenseur commun de l'index et ceux de l'extenseur propre de ce doigt; il fut serré de manière à mettre exactement en contact les surfaces de section, puis il fut fixé par la torsion des deux chefs. Le second fil sutura le tendon extenseur du médius, et le troisième le tendon extenseur de l'annulaire. Tous les fils furent passés à 4 millimètres au moins de la surface de section. Ils furent tous fixés par la torsion des chefs. L'un des chefs fut coupé au-dessus de cette torsion, et l'autre fut amené à l'extérieur par un coin de la plaie.

Les lèvres de la plaie longitudinale, qui avait été faite pour la recherche des tendons, furent réunies par deux points de suture métallique, et la main ainsi que l'avant-bras furent immobilisés dans un bandage ouaté compressif.

Le soir de l'opération et le lendemain, le malade accusa des douleurs assez vives et eut un peu de fièvre; mais ces phénomènes se calmèrent les jours suivants.

Au bout de vingt-six jours, le 7 octobre, tout allant très-bien, je me décide à enlever l'appareil ouaté.

La couche d'ouate voisine de la plaie y adhère en formant une croûte noirâtre qui s'enlève en même temps que l'épiderme macéré par le pus. La main et l'avant-bras ne sont le siége d'aucune inflammation. Toutes les plaies sont cicatrisées, et l'on ne trouve plus que deux orifices fistuleux étroits; l'un à l'extrémité supérieure de la plaie du débridement, l'autre à l'extrémité externe de la plaie transversale primitive; ces fistules sont entretenues par le passage des fils de la suture tendineuse. L'un de ces fils peut

être enlevé facilement; les deux autres, qui résistent à une traction légère, sont laissés. De faibles mouvements d'extension opérés par le malade font espérer que les tendons se sont soudés. La plaie est bien lavée avec de l'eau alcoolisée et phéniquée tiède, et un pansement ouaté, moins abondant que le premier, est appliqué.

Les jours suivants, le malade a de la fièvre et des frissons; il ressent de vives douleurs dans la main et l'avant-bras droits. Je ne puis me dissimuler qu'il se fait un phlegmon sous l'appareil ouaté. Et quand je recherche la cause de ce phlegmon, survenu si tardivement, alors que la plaie de l'opération était presque entièrement cicatrisée, je ne la trouve que dans un refroidissement du bras accusé par le malade, lorsque, le 7 octobre, son premier appareil ouaté a été enlevé.

Bref, le 23 octobre, j'enlève l'ouate qui entourait l'avant-bras et la main, et j'ouvre un foyer purulent qui s'était formé du côté des extenseurs, vers le milieu de l'avant-bras. Mais la plaie du poignet était cicatrisée, et de légers mouvements des doigts donnaient la preuve que la réunion des tendons s'était opérée.

Deux fils de la suture tendineuse tenaient encore.

Le 28 octobre, un de ces fils put être retiré après une faible traction.

Le phlegmon tardif a beaucoup retardé la guérison de notre malade; mais, malgré cet accident, la triple suture tendineuse a parfaitement réussi.

Le 31 décembre, il sort de l'hôpital pouvant étendre et fléchir ses doigts.

A la fin de février 1873, j'ai revu ce malade. Les mouvements des doigts étaient assez libres pour qu'il pût écrire. La peau de la face dorsale du poignet était adhérente aux tendons au niveau de la cicatrice, mais cette adhérence ne gênait pas les mouvements d'extension et de flexion des doigts.

Messieurs, je termine cette communication, déjà longue, en établissant, avec les auteurs de notre temps, tels que Barthélemy, Acher, Mondière, Frœllin, Bodier, Barbaste, que la ténorrhaphie ne mérite pas la réprobation dont on l'a frappée. Mais il faut la réserver pour les cas où « les bouts des tendons coupés ne peuvent être rapprochés exactement par la position. »

J'ajoute que l'opération une fois décidée, il faut se mettre autant que possible à l'abri de l'inflammation suppurative en employant un seul point de suture pour chaque tendon, en choisissant des fils d'argent plutôt que des fils de soie ou de chanvre qui irritent davantage les tissus, en se servant d'une aiguille ronde assez fine, et en immobilisant immédiatement le membre pendant vingt à vingt-cinq jours dans un bandage ouaté.

Contrairement à l'opinion de Velpeau et de plusieurs auteurs après lui, je pense que la suture est indiquée aussi bien pour les sections des tendons fléchisseurs des doigts que pour celles des extenseurs; car les premiers étant entourés d'une gaîne synoviale très-complète, ont moins de tendance à se réunir que les seconds, si leurs bouts ne sont pas dans un contact très-exact.

Enfin, la ténorrhagie est indispensable quand il s'agit de remédier à la perte des mouvements d'un ou de plusieurs doigts par suite d'une section de tendons dont les bouts se sont depuis longtemps cicatrisés isolément.

(A suivre.)

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Par décret en date du 16 octobre ont été nommés chevaliers de la Légion d'honneur : M. Graffan (A.-T.), ancien chirurgien militaire, et M. Lacon (J.-P.), chirurgien sous-aide en retraite.

— MM. les professeurs libres qui ont obtenu de M. le ministre de l'instruction publique l'autorisation de faire un cours à l'École pratique de la Faculté, sont prévenus que la distribution des amphithéâtres aura lieu jeudi 23 octobre, à midi précis, dans la salle du Conseil de la Faculté.

Le seizième fascicule (feuilles 47 à 58 du deuxième volume) du *Dictionnaire de chimie pure et appliquée*, publié sous la direction de M. Ad. Wurtz, membre de l'Institut, vient de paraître à la librairie Hachette et compagnie.

— Le docteur Mandron de Pellegrue (Gironde), changeant de résidence, demande un docteur en médecine pour lui succéder *immédiatement*, à des conditions très-avantageuses. — S'adresser *de suite* au docteur Mandron, à Pellegrue (Gironde).

Le Directeur : Dr E. Le Sourd.

Paris. — Typographie A. Pougin, quai Voltaire, 13.

N° 123. — JEUDI 23 OCTOBRE 1873. 46e ANNÉE. JEUDI 23 OCTOBRE 1873. — N° 123.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Bureaux : 57, rue des Saints-Pères, 57
PRÈS L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix d'abonnement doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

On s'abonne hors de Paris dans les bureaux des Messageries et chez les Libraires
Les lettres non affranchies sont refusées.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui n'en peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS	
Trois mois. .	8 fr. 50 c.
Six mois. . .	16 —
Un an. . . .	30 —

POUR L'ÉTRANGER le port en sus suivant les derniers tarifs des Postes.

Paris, le 22 octobre 1873.

SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

M. Colin a continué et terminé, dans cette séance, la lecture de son important travail sur la septicémie. On a vu, par les comptes rendus des dernières séances, quelles sont les conclusions partielles que M. Colin a déduites de chacun des groupes d'expériences instituées en vue de répondre aux 1re, 2e, 3e, 4e et 5e questions de son programme.

Dans la lecture qu'il a faite hier, il a traité les 6e, 7e et 8e questions, et formulé, en un résumé très-bref, sa conclusion générale. On trouvera, dans le compte rendu de la séance, la réponse sommaire à chacune de ces trois dernières questions. Voici, en très-peu de mots, cette conclusion générale, qui résume elle-même le sens de toutes les conclusions partielles.

« En somme, a dit M. Colin, quoique la septicémie paraisse constituer un état morbide défini, elle se montre sous un aspect variable, quant au degré du moins, et se comporte, à cet égard, comme la plupart des maladies contagieuses. » Il lui assigne sa place dans les cadres de nosologie comparée parmi les espèces déjà connues, sans absorber aucune d'elles.

Le travail de M. Colin va probablement devenir le texte d'une discussion nouvelle dont il aura considérablement élargi la base.

Nous ne pouvons laisser passer tout à fait inaperçue une petite boutade qui termine la lecture de M. Colin. Elle a son côté de vérité qui mérite d'être mis en saillie. « Je termine, a-t-il dit, en exprimant le regret de voir que les efforts de l'école expérimentale demeurent un peu trop isolés. Elle aurait besoin d'être secondée pour arriver à des résultats réellement satisfaisants. Mais lorsque l'expérimentation s'engage dans une voie, le clinicien s'en éloigne, le chimiste, le micrographe ne daignent pas s'en rapprocher, et dès lors le but à atteindre est manqué. » Nous ne savons pas assez ce qui se passe à Alfort pour saisir les allusions que peut renfermer cette boutade, qui sent légèrement son Alceste. Mais, prise dans son sens général, sa portée, juste au fond pour le passé, nous paraît s'amoindrir notablement, si l'avenir toutefois ne dément pas le présent, devant l'institution récente de nos laboratoires où l'expérimentateur, le chimiste, le micrographe et le clinicien sont également conviés à combiner leurs efforts pour les faire converger vers la recherche de la vérité et le progrès commun de la science.

Dr BROCHIN.

HOPITAL LARIBOISIÈRE. — M. PANAS.

Fibro-myôme des parois abdominales. — Opération. Guérison.

Par M. BRIÈRE, interne provisoire.

Marie P..., âgée de 21 ans, polisseuse sur métaux, entre dans le service de M. le docteur Panas, salle Sainte-Marthe, n° 7, le 4 avril 1873.

La santé de cette jeune fille a été excellente jusqu'à l'âge de 19 ans. On ne trouve, ni chez elle-même ni dans ses ascendants aucune trace de l'existence d'une diathèse.

En 1871, elle fut atteinte d'une variole assez confluente qui lui laissa de nombreuses cicatrices sur la figure, sans altérer autrement sa santé.

Il y a cinq mois, elle remarqua, dans l'aine droite, la présence d'une petite tumeur de la grosseur d'une noix, dont elle ne s'inquiéta pas tout d'abord, mais qui grossit peu à peu jusqu'à atteindre le volume du poing. Justement inquiétée par les dimensions que prenait une tumeur si malencontreusement située, Marie P... se décida à demander l'avis du chirurgien.

Le 5 avril, on constate dans la partie latérale et inférieure de l'abdomen, du côté droit, l'existence d'une tumeur qui soulève la peau en dedans de l'épine iliaque antérieure et supérieure, présentant une forme ovoïde à grosse extrémité externe et supérieure. Elle n'offre point de bosselures apparentes et les téguments sont mobiles, absolument sains à son niveau. Si l'on palpe la tumeur, on est frappé de suite de sa consistance, de sa dureté qui rappelle celle de l'enchondrome, sans présenter la résistance des tumeurs osseuses. La matité est absolue à son niveau. On peut aisément circonscrire la masse en haut, en dedans et en bas avec les doigts recourbés en crochet, et dans ces points elle ne paraît pas adhérente aux organes profonds. Si l'on invite la malade à changer de position et à se mettre sur son séant, puis à se coucher de nouveau, on remarque que cette tumeur suit les mouvements du bassin et ne se comporte pas comme une tumeur viscérale dont la position pourrait varier ou le volume se modifier suivant les attitudes, suivant la position du sujet. Au contraire, elle reste toujours fixée au bassin dans la portion la plus extérieure de la crête iliaque, et il est impossible de la détacher soit en haut, soit en bas, en la repoussant avec les doigts.

Néanmoins on peut imprimer à la partie la plus interne de lé-

gères oscillations d'avant en arrière, ayant le pédicule comme centre de mouvement.

Vers la partie inférieure et interne de cette tumeur, on sent sous les doigts un léger sillon oblique, en haut et en dedans, qui indique un lobe secondaire surajouté à la masse principale et dirigé en bas et en dedans.

Il est important de dire que cette dernière portion, pas plus que le reste de la grosseur, ne présente d'adhérences avec l'utérus, dont la situation est normale et la mobilité facile à constater. La menstruation a toujours été régulière, et il n'y a eu ni grossesse, ni fausses couches. Les fonctions intestinales et rénales ne peuvent être en cause.

Diagnostic. — Le diagnostic porté fut : tumeur siégeant dans l'épaisseur des parois abdominales, de nature probablement fibreuse, analogue aux tumeurs décrites par M. Nélaton sous le nom de tumeurs fibreuses du bassin.

L'ablation fut proposée à la malade, qui l'accepta de suite. Elle eut lieu le 12 avril. Une incision de 10 centimètres 5 millimètres à concavité supérieure, commençant à un travers de doigt en dedans de l'épine et un peu au-dessus, et suivant la direction du pli de l'aine, mit de suite la tumeur à découvert. Celle-ci était située dans l'épaisseur même des fibres musculaires de la paroi abdominale, en avant du transverse, entre les faisceaux du grand oblique qu'elle s'est accolés en avant et en arrière.

L'énucléation se fait assez facilement en haut, en dedans et en bas, soit avec les doigts, soit à l'aide de ciseaux. La tumeur peut ensuite être saisie par toute sa moitié interne et disséquée à sa face profonde, laquelle repose sur les fibres du transverse. Puis elle est renversée en dehors et séparée de son point d'attache.

Ce pédicule est représenté par une adhérence très-intime de la tumeur avec l'extrémité externe du ligament de Fallope; cette adhérence se prolonge sur une étendue de 5 centimètres, et est formée par un tissu fibreux très-dense, qui est sectionné avec des ciseaux. La perte de sang est insignifiante. Bien que l'attache principale de cette tumeur se trouve en dehors du canal inguinal, on a vu qu'elle était très-étendue, et il est probable que le point de départ a été le ligament rond.

Quatre points de suture avec des fils d'argent réunissent la plaie. Pansement à plat avec des lamelles d'amadou et spica.

La tumeur examinée à l'œil nu offre les caractères suivants : ses dimensions sont : en longueur, 9 centimètres; en largeur, 6 centimètres; en épaisseur, 5 centimètres. Sa grande circonférence mesure 21 centimètres, et sa petite 15 centimètres. Elle est constituée par deux lobes inégaux séparés par un sillon peu profond; le lobe externe et supérieur formant les quatre cinquièmes de la tumeur. A sa surface existent de nombreuses fibres du grand oblique, très-intimement unies à la tumeur, principalement en avant.

L'aspect de la coupe rappelle celui des corps fibreux utérins des tumeurs désignées sous le nom de fibro-myômes.

L'examen histologique, que nous devons à l'obligeance de M. Malassez, a confirmé ce diagnostic en montrant que la tumeur était uniquement composée de trabécules du tissu conjonctif, dans lequel cheminaient des vaisseaux en assez grand nombre. Ces faisceaux de tissu conjonctif étaient séparés par de nombreuses fibres musculaires lisses, groupés en îlots de différentes épaisseurs; de telle sorte que l'on trouve, tantôt prédominance du tissu fibreux, tantôt excès de fibres musculaires lisses. Dans certains points, la tumeur était énormément vasculaire et marquait une tendance à la dégénérescence granulo-graisseuse.

Les suites de l'opération furent simples.

12 avril. — Six heures après l'opération, douleurs abdominales assez vives, surtout dans les grandes inspirations, dues très-vraisemblablement au tiraillement de la plaie.

Pouls 108, plein et régulier; resp. 28; temp. 38°. Pas d'envie de vomir ni de frisson. — Bouillons, potages; julep morphiné pour la nuit.

13 avril. — Le ventre est souple, moins sensible qu'hier. La malade a uriné facilement. P. 108; resp. 28; T. 38°,4.

Une pression assez énergique au-dessous de la plaie ne provoque pas de douleurs. Légers vomissements alimentaires dans la nuit. Pas d'envie de vomir actuellement. Faciès bon et rassurant. La plaie s'est réunie très-exactement, sur toute sa longueur par première intention. On aurait pu être tenté de se réjouir d'un si prompt résultat et laisser la plaie se cicatriser ainsi ; mais si l'on examine avec soin la région, on constate un empâtement profond, et en pressant au niveau de la plaie, on fait sourdre à ses deux extrémités une sérosité sanguinolente liquide septique bien suffisante pour expliquer le malaise et l'élévation du pouls et de la température. Les deux points de suture des extrémités sont enlevés immédiatement, et dans la plaie ouverte, avec la sonde cannelée, on place deux gros tubes en caoutchouc. Eau de Seltz et glace; julep; chloral pour la nuit.

Soir. — P. 110; R. 28; T. 38°2. La suppuration commence; le pansement est baigné par une grande quantité de sérosité sanguine. La malade se trouve beaucoup mieux depuis le pansement du matin. Lavement purgatif.

14 avril. — P. 108; R. 28; T. 38°,2. Cinq vomissements bilieux peu abondants dans le courant de la journée d'hier. Les pièces du pansement sont toujours imbibées par une abondante sécrétion sanieuse assez odorante. Injections dans la plaie d'eau alcoolisée.

Soir. P. 100, R. 24, T. 38.4.

15 avril. — P. 96, R. 24, T. 38,3.

La malade n'a pas dormi; elle se trouve bien néanmoins. La figure est calme. Il n'y a pas eu de nouveaux vomissements.

Rougeur érysipélato-phlegmoneuse au côté externe de la plaie. Empâtement notable vers les parties déclives à droite. Décollement de 5 à 6 centimètres de ce côté, auquel on remédie par une petite incision à 6 centimètres de l'extrémité externe de la plaie et par le passage d'un drain réunissant la plaie à cette dernière ouverture. Cataplasme et chloral le soir.

Soir. P. 96, R. 26, T. 38,6.

16 avril. — P. 94, R. 25, T. 37,6.

La malade a bien dormi. Langue un peu saburrale. Pas de selles depuis avant-hier.

L'empâtement gagne vers les parties latérales. Il y a du pus infiltré et un mouvement phlegmoneux de ce côté. Suppuration assez abondante. Les règles ont apparu, en avance de cinq jours.

Soir. P. 94, R. 24, T. 37,6.

17 avril. — L'état général est bon et l'état de la plaie s'améliore notablement sous l'influence de ce drainage, des lavages et des cataplasmes. Le gonflement commence à diminuer.

Maintenir des cataplasmes, cesser les injections dans la cavité de la plaie.

Soir. P. 92, T. 37,8.

18 avril. — P. 96, T. 37,4. Rien à noter.

19 avril. — Tout gonflement a disparu.

Du 20 au 26 avril, rien de particulier à mentionner. L'appétit est bon, absence de fièvre. La température reste entre 37 et 37,6; le pouls entre 72 et 90.

Le 26 avril, on cesse les cataplasmes. Pansements simples.

Le 12 mai, un mois après l'opération, la guérison est complète et la malade est dirigée sur le Vésinet.

DES INFARCTUS SANGUINS DU TISSU CELLULAIRE SOUS-CUTANÉ DANS LE CHOLÉRA, DANS LA DIPHTHÉRITE ET DANS LES MALADIES SEPTICÉMIQUES (1)

Par E. Bouchut

(Un extrait de ce Mémoire a été communiqué à l'Académie des sciences le 6 octobre 1873.)

Voici maintenant des observations dans lesquelles on verra le type le plus complet de toutes les altérations de ce genre présentées par le choléra et la diphthérite. Elles sont les mêmes

(1) Fin. — Voir les numéros 119 et 122.

dans la septicémie purulente, dans la septicémie typhoïde et dans les autres maladies dont j'ai parlé.

Angine couenneuse et gangréneuse. — Croup à la première période. — Leucocythose; albuminurie. — Purpura et infarctus sous-cutanés. — Mort par résorption.

Anne K.... âgée de deux ans et demi, malade depuis huit jours, entre, le 21 août 1873, à l'hôpital des Enfants-Malades, salle Sainte-Catherine, service de M. Bouchut, et meurt dans la même journée.

L'enfant avait du jetage nasal, le fond de la gorge ulcéré, grisâtre, infect. La toux, un peu croupale, sans trop de gêne respiratoire, ni d'anesthésie, mais avec des râles muqueux dans les deux poumons. Elle avait du purpura de la peau, du cou et des membres, de plus des taches bleuâtres sous-cutanées dues à des apoplexies placées sous le derme, dans l'épaisseur de la couche adipeuse. Elle avait de l'albuminurie, et en examinant le sang au microscope, on y trouva une quantité considérable de globules blancs, de microzymas, sans bactéries.

Autopsie. — Les amygdales, les piliers du voile, les ligaments arythéno-épiglottiques sont couverts d'ulcérations phagédéniques irrégulières, profondes, noirâtres, flétries. Sur un des ligaments arythéno-épiglottiques, il y a une eschare noirâtre bien formée.

Dans le larynx, les cordes vocales sont saines; la muqueuse rouge, pointillée, et une petite fausse membrane extrêmement mince.

Les poumons sont remplis d'infarctus d'apoplexie pulmonaire, durs, noirs, variant du volume d'un pois à celui d'une grosse noix et placés à la surface ou dans la profondeur. Le tissu pulmonaire peut s'insuffler et rougir, mais l'engorgement reste, et, après l'insufflation, le tissu redevient noirâtre, là où il y avait infarctus apoplectiques. Nulle part il n'y a de caillots dans les artères pulmonaires.

Le *cœur*, dont la substance mollasse, décolorée, est atteint de myocardite. — Il offre une endocardite mitrale végétante très-accusée, mais point d'endocardite tricuspide. Quelques caillots fibrineux décolorés, adhèrent au bord valvulaire et aux colonnes charnues du ventricule gauche. Ils sont plus considérables et plus anciens dans le ventricule droit. A la base du cœur, sous le péricarde, au-dessus des sillons auriculo-ventriculaires, existent quatre infarctus noirs, durs, très-rapprochés, et du volume d'un petit pois.

La *peau* présente environ cent soixante pétéchies violettes dont la plus large a 3 millimètres de largeur et pénètre dans toute la profondeur du derme sans le dépasser.

Le *tissu cellulaire sous-cutané* offre, dans la couche graisseuse et au-dessus des muscles, de nombreux infarctus noirâtres dans lesquels le sang infiltré est bourré de graisse. Ils varient de volume d'une tête d'épingle à celui d'un gros pois. J'en ai compté trente-huit, épars sur les membres supérieurs ou inférieurs, et à la partie inférieure du ventre, sur le pubis. Il n'y en a eu aucun dans les parties déclives, vergetées et violacées par l'accumulation du sang sous l'épiderme; mais là, c'est un effet cadavérique, et le sang de ces parties déclives ne pénètre même pas dans l'épaisseur du derme.

Les *muscles du cou* présentent aussi des infarctus apoplectiques miliaires et diffus. Un seul, vers l'attache inférieure du sterno-mastoïdien présente, au centre, un point blanchâtre solide de tissu décoloré. J'en ai trouvé aussi dans les muscles intercostaux. Ceux de l'épaisseur des membres occupaient surtout le tissu cellulaire intermusculaire. Il y en avait aussi dans l'épaisseur de l'œsophage.

Sur *le foie*, il y avait une seule tache de purpura, qui est dans le péritoine et ne pénètre pas dans l'intérieur de la glande.

Dans *les reins*, il y en a deux qui, visibles à la surface, pénètrent dans la profondeur de la couche corticale hypertrophiée, grisâtre et atteinte de la dégénérescence graisseuse.

Comme on le voit, dans cette observation, c'est moins, par ses conséquences locales et par l'obstacle à la respiration, que par l'intoxication diphthérique que la mort a eu lieu. L'enfant a succombé à la résorption des produits de son ulcération pharyngée — par suite d'une septicémie spéciale à cette maladie. — La présence des infarctus apoplectiques sous-cutanés, l'apoplexie pulmonaire, le purpura, la dégénérescence graisseuse des reins, les apoplexies rénales et musculaires, la leucocythose enfin, le démontrent de la façon la plus évidente.

Si je n'avais rencontré qu'un seul fait de ce genre on pourrait peut-être le considérer comme une exception et considérer encore ces noyaux d'apoplexie pulmonaire comme de la pneumonie lobulaire. Mais, en dehors de la pneumonie lobulaire qui existe aussi très-souvent dans la diphthérite et dans le croup, il y a aussi les infarctus apoplectiques souvent suivis d'infiltration purulente centrale ou même d'abcès métastatiques, et les infarctus rénaux, musculaires et sous-cutanés qui démontrent que ces lésions ne sont pas de nature inflammatoire et doivent être considérées comme des accidents métastatiques. C'est au reste la doctrine que je professe depuis quinze ans et qu'on trouve appuyée par ces preuves anatomiques dans mon *Traité des maladies de l'Enfance* et dans toutes mes publications depuis 1858.

Choléra épidémique. — Mort. — Infarctus sanguins des membres et du cœur.

Jeanne W..., âgée de sept ans, entrée à la salle Sainte-Luce, dans le service de M. Simon, à l'hôpital des Enfants-Malades, est morte le 3 octobre 1873, avec trois autres de ses frères.

Cette enfant, bien portante le 2 octobre, dîna comme de coutume, et fut prise, dans la nuit, avec son frère et deux sœurs, de vomissements, de diarrhée, de cyanose, avec refroidissement, et fut amenée à l'hôpital pendant la nuit. Elle mourut deux heures après.

Autopsie. — Sur les membres inférieurs, à la partie antérieure et latérale, ainsi que sur la face externe des membres supérieurs, existent un grand nombre de taches sous-cutanées de couleur rose violacée, les unes petites, à peine visibles, et les autres larges, ayant 1 centimètre et demi de diamètre. — J'en ai compté dix-huit.

Chaque tache existe au-dessous de la peau, qui est saine, au-dessus des muscles, et dans le tissu cellulaire graisseux placé sous la peau. Chacune de ces taches est formée d'un noyau rouge foncé de volume variable en rapport avec la dimension de la tache, et autour il y a une zone d'infiltration sanguine violacée plus ou moins large.

Des infarctus semblables, mais plus petits, existent sous le péricarde, dans le tissu musculaire du cœur et dans ses colonnes charnues.

La valvule tricuspide n'offre rien de particulier, mais le bord de la valvule mitrale est, d'un côté, rouge, un peu épaissi par des végétations d'un rouge prononcé. Le cœur est flasque, ramolli. Ses cavités sont remplies de caillots noirâtres très-mous, et en quelques points ces caillots sont à demi décolorés, mous, élastiques et très-friables.

Pas d'autres infarctus dans le foie, dans les reins, ni dans les muscles.

Les poumons seuls renferment un petit noyau d'apoplexie pulmonaire.

Choléra épidémique. — Mort. — Infarctus sanguins du cœur et des membres.

Charles W..., âgé de cinq ans et demi, mort à l'hôpital des Enfants-Malades, service de M. Simon, le 8 octobre 1873.

Cet enfant, très-bien portant le 2 octobre, avait dîné comme de coutume. Il fut pris, avec trois de ses sœurs, de choléra asphyxique pendant la nuit et amené à l'hôpital, où il mourut au bout de quelques heures.

Autopsie. — Sur les membres inférieurs, à la partie antérieure et externe, il y a six petites taches sous-cutanées d'un violet rose. Il y en a seulement deux aux bras.

Ces taches sont formées par une hémorrhagie de la couche graisseuse sous-cutanée entre la peau et les muscles. On n'y voit aucun

vaisseau à l'œil nu ni à la loupe. Cette hémorrhagie, dont la plus grosse a le volume d'un petit pois, est formée d'un noyau plus foncé en couleur, entouré d'une zone moins rouge.

Dans les poumons, souples et crépitants, il y a quelques noyaux rouges d'infiltration sanguine, sans hépatisation du tissu. Je n'y trouve qu'un seul infarctus noir, bien isolé, du volume d'un pois.

Sous le péricarde, il y a une douzaine de petits infarctus sanguins du volume d'un grain de millet. A l'intérieur du cœur, dans le ventricule gauche, la grosse colonne charnue en offre quatre autres placés sous l'endocarde. La valvule mitrale offre un gonflement rougeâtre assez prononcé de son bord, dû à la végétation sous-séreuse. Les cavités sont remplies de caillots noirâtres mous et diffluents. Une partie de ces caillots est décolorée, grisâtre, adhérente aux colonnes charnues et aux valvules, où se trouvent de nombreux filaments de fibrine. La valvule tricuspide n'offre rien de particulier.

Aucun infarctus dans les autres viscères.

Une dernière question me reste à résoudre. Il s'agit de savoir si les infarctus sous-cutanés que je viens de décrire ont quelque analogie avec les hémorrhagies musculaires signalées dans la fièvre typhoïde par Cruveilhier (*Anatomie pathologique*, t. I, liv. XVII), comme des phlébites capillaires; — par Stein, comme un résultat d'infiltration graisseuse des petits vaisseaux; — par Zenker, comme dépendant d'une altération de la fibre musculaire; — par Chaparre (*Thèse* de Paris, 1872); — par Jacobs (*Thèse* de Paris, 1873). En effet, ces observateurs ont vu dans la fièvre typhoïde de petites ecchymoses, des infiltrations sanguines plus ou moins étendues, et de véritables foyers hémorrhagiques, pouvant donner lieu à des abcès. Ils n'ont pas parlé des petites hémorrhagies sous-cutanées ni de la thrombose cardiaque avec endocardite végétante, mais ce peut être là des faits négligés involontairement et qu'on eût constatés avec un peu plus d'attention. De plus, sauf Cruveilhier qui attribue ces hémorrhagies et les abcès à une phlébite capillaire, les autres, avec Zenker, les regardent comme étant le résultat d'une rupture musculaire spontanée produite par la *dégénérescence cireuse des muscles*. Quant à la théorie de Stein sur l'infiltration granulo-graisseuse des petits vaisseaux favorisant leur rupture, elle n'est pas acceptée.

Il est probable que le fait des hémorrhagies et des abcès de la fièvre typhoïde se rattache au fait des infarctus apoplectiques sous-cutanés que je viens de décrire chez les enfants. C'est le même phénomène modifié par l'âge des malades, et je crois qu'à l'avenir les médecins feront bien de rechercher la nature des taches bleuâtres sous-cutanées des cadavres. Là, il n'est pas possible d'en trouver l'origine dans une altération de la fibre musculaire, la lésion est dans le tissu conjonctif placé sous la peau ou *dans les interstices des muscles*. Elle est toute vasculaire, et ne peut s'expliquer que par une altération des parois encore à démontrer ou par l'obstruction locale des capillaires faite sur place ou dépendant d'une embolie par thrombose cardiaque.

En résumé :

Des infarctus hémorrhagiques se produisent sous la peau et dans les interstices musculaires chez les enfants atteints de choléra, de diphthérite, de croup, de septicémie typhoïde ou purulente, et même de maladies aiguës inflammatoires.

Les infarctus hémorrhagiques sous-cutanés du choléra, des maladies aiguës, septicémiques ou inflammatoires, ont de deux à douze millimètres et se révèlent par une tache bleuâtre ou violacée visible à travers la transparence de la peau.

On rencontre de deux à quarante infarctus sous-cutanés du tissu cellulaire dans les maladies dont je parle.

Ces infarctus sous-cutanés sont toujours accompagnés d'endocardite végétante mitrale ou tricuspide, et de thrombose cardiaque plus ou moins ancienne avec dépôts fibrineux sur les valvules et sur les colonnes charnues du cœur.

Il est probable que les infarctus sanguins sous-cutanés résultent d'embolies capillaires artérielles, mais cela est impossible à démontrer.

Des infarctus apoplectiques peuvent quelquefois suppurer et donner lieu à des abcès sous-dermiques.

Des infarctus hémorrhagiques, mais plus volumineux, existent presque toujours dans les poumons, où ils amènent parfois de l'infiltration purulente et de petits abcès, lorsque la maladie dure longtemps.

On rencontre aussi, mais plus rarement, des infarctus dans le foie, dans les reins, dans les muscles et dans le tissu conjonctif intermusculaire.

Aux infarctus apoplectiques disséminés de la peau et des viscères, il faut joindre le purpura qui est rare, la leucocythose aiguë qui est très-commune et qui accompagne tous les cas graves de diphthérite, enfin la dégénérescence graisseuse des reins accompagnée d'albuminurie.

Les infarctus apoplectiques sous-cutanés n'ont rien de spécial à la diphtérite, ni au choléra, car ils existent dans la septicémie typhoïde grave et dans la résorption purulente.

La recherche de ces infarctus pendant la vie est très-utile au point de vue du pronostic, car en indiquant la mort probable des malades, elle peut servir à empêcher l'emploi de médications hasardeuses ou d'opérations qui n'auraient aucune chance de succès.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 21 octobre 1873. — Présidence de M. DEPAUL.

CORRESPONDANCE OFFICIELLE

M. le ministre de la guerre transmet un exemplaire du 19e volume du *Recueil de mémoires et observations sur l'hygiène et la médecine vétérinaires militaires.*

CORRESPONDANCE NON OFFICIELLE

Elle comprend : 1° une lettre de remerciment de M. Van Beneden; — 2° deux plis cachetés : l'un, déposé par M. le docteur Pignoni, et l'autre par M. Remy, interne des hôpitaux (acceptés); — 3° deux notes sur le choléra : l'une de M. le docteur Romanowski, l'autre de M. Achille Brachet.

PRÉSENTATIONS

M. AM. LATOUR présente, au nom de M. Alphonse Pauly, le 2e fascicule de l'ouvrage intitulé : *Bibliographie des sciences médicales*.

COMMUNICATIONS

M. DELPECH communique le tableau suivant :

CHOLÉRA. — *Situation du 14 au 20 octobre :*

	Hôpit. civils. Entrées.	Hôpit. civils. Intér.	Hôpit. civils. Décès.	Hôpit. milit. Décès.	A domicile. Décès.	Totaux par jour.
	—	—	—	—	—	—
14 oct.	8	2	2	»	4	6
15 —	4	1	2	»	5	7
16 —	6	»	3	»	3	6
17 —	12	»	5	»	11	16
18 —	6	1	6	»	5	11
19 —	7	»	1	»	4	5
20 —	6	»	3	»	3	6
	—	—	—	—	—	—
	49	4	22	»	35	57

M. Delpech fait remarquer que cette fois encore la mortalité a surtout porté sur les cas de la ville, et qu'elle continue à diminuer dans les hôpitaux. Dans les hôpitaux militaires, on n'a pas observé un seul cas de choléra.

RAPPORTS

M. LEFORT lit une série de rapports sur les remèdes secrets, dont les conclusions sont adoptées sans discussion.

Suite de la discussion sur la septicémie.

M. COLIN continue la lecture de ses recherches expérimentales sur la septicémie. Il en est resté à la sixième question.

6e *Question*. — Quelles sont les conditions de la virulence des matières putrides et des liquides provenant d'animaux septicémiques ? Question la plus délicate et la plus obscure de celles qui se rattachent à l'histoire des maladies putrides, et d'autant plus intéressante qu'elle se lie à la constitution des matières virulentes en général, non moins qu'aux propriétés des produits septicémiques.

Voici en quels termes M. Colin résume les expériences qui y ont trait.

Le sang et divers liquides acquièrent la virulence à une certaine période de la septicémie ; ils l'acquièrent avant l'apparition des bactéries en chapelets, mais au moment où des granules de nature indéterminée s'y développent en grand nombre. Cette virulence, qui persiste longtemps sur les cadavres, s'affaiblit et s'éteint par la putréfaction, parait résulter d'une altération spécifique distincte de la putridité.

7e *Question*. — En quoi consiste essentiellement la septicémie ?

Les considérations très-étendues dans lesquelles M. Colin entre à ce sujet se résument dans les termes suivants :

M. Colin ne croit pas qu'on puisse déduire la nature de l'altération qui constitue essentiellement la septicémie. Nous ne connaissons pas plus, au fond, la septicémie, dit-il, que le choléra, la peste, même la fièvre typhoïde ou la simple maladie putride. Les quelques modifications éprouvées par les globules ne sont probablement pas l'altération même, elles en sont plutôt les effets et les signes.

Nous ne pouvons pas davantage, en présence des résultats de l'expérimentation, assimiler cette septicémie aux maladies charbonneuses, car nous avons vu le sang charbonneux devenir putride, cesser de produire le charbon et donner la septicémie. D'ailleurs, le charbon naît par inoculation sur la chèvre, le mouton, le cheval, alors que la septicémie ne peut se développer sur les mêmes animaux et par le même moyen.

8e *Question*. — Quels sont les symptômes et les lésions de cet état morbide ? Question d'une importance capitale au point de vue clinique ; car c'est par les symptômes et les lésions que nous pourrons voir jusqu'à quel point la septicémie expérimentale, la fièvre traumatique, l'infection putride, l'infection purulente, se ressemblent, et si ces états ont un même point de départ et une commune nature.

La réponse à cette huitième question est résumée ainsi :

Les états morbides produits par les matières putrides n'ont donc pas, en dehors du sang, de lésions constantes et uniformes.

Au point de vue anatomique, ils présentent trois formes distinctes. Dans la première, ils ne se caractérisent que par l'altération du sang, la déformation des globules, la présence des granulations et de quelques bactéries. Dans la deuxième, à ces modifications s'ajoutent les épanchements sanguinolents dans les séreuses, les hémorrhagies à la surface des muqueuses, l'injection de l'intestin, la rougeur et l'infiltration des ganglions, les transsudations, etc. Dans la troisième, ils entraînent les engouements pulmonaires, la pleurésie, la bronchite, la péritonite, etc. Cette dernière forme est plutôt une terminaison des deux premières subordonnée à la lenteur de la maladie et aux conditions extérieures.

En somme, quoique la septicémie paraisse constituer un état morbide défini, elle se montre sous un aspect variable tantôt peu accentuée, tuant lentement, épargnant quelques animaux, tantôt violente, rapide, emportant tous les malades avec de nombreuses lésions viscérales. Conséquemment, elle se comporte comme la plupart des maladies contagieuses qui sont dans certains cas bénignes, peu transmissibles, et dans d'autres malignes, de courte durée et d'une extrême virulence. Elle doit prendre sa place dans les cadres de nosologie comparée parmi les espèces déjà connues, sans les absorber. Telle que l'expérimentation la développe, elle ne paraît pouvoir être assimilée ni à l'infection purulente, ni à la fièvre typhoïde, ni aux maladies charbonneuses, tous états qui, avec des éléments communs, n'en constituent pas moins des espèces morbides distinctes.

Après cette lecture, M. Davaine demande la parole.

Vu l'heure avancée, la suite de la discussion est renvoyée à mardi prochain.

La parole sera réservée à M. Davaine au commencement de la séance.

La séance est levée à quatre heures et demie.

VARIÉTÉS

De la circoncision. Description d'un nouveau mode opératoire, par M. le docteur AÏSSA HAMDY, médecin égyptien (1).

La fréquence de cette opération en Égypte, les inconvénients, et parfois même les accidents sérieux qu'elle entraine par suite de sa mauvaise exécution, la plupart du temps confiée aux barbiers, ont inspiré l'idée à M. le docteur Hamdy d'étudier cette question.

Ayant été à même, dès le début de ses études médicales en Égypte, de pratiquer un très-grand nombre de fois la circoncision, M. Hamdy a cherché à améliorer le procédé opératoire, en faisant construire des instruments perfectionnés, et en modifiant les manœuvres de l'opération.

Son travail, dont la lecture offre un réel intérêt, est divisé en trois parties. La première partie, précédée de quelques considérations sur l'anatomie et la physiologie du prépuce, est consacrée à l'historique de la circoncision, étudiée tour à tour au point de vue religieux et au point de vue chirurgical. Un premier chapitre, d'ailleurs très-complet, contient de curieux documents sur les origines de la circoncision, sa pratique chez les Juifs et les Mahométans, les fêtes et les cérémonies qui l'accompagnent, etc., etc. Dans un second chapitre, l'auteur envisage la question au point de vue purement thérapeutique.

La deuxième partie est consacrée à la médecine opératoire. L'auteur rattache les procédés généralement employés à trois méthodes :

Première méthode : excision du prépuce en un seul temps; cette méthode, employée par les Juifs et les Égyptiens, a donné naissance aux procédés de Lisfranc, de Vidal, de Ricord, etc.

Deuxième méthode : excision précédée de l'incision du prépuce en un ou plusieurs points de sa circonférence ; c'est à cette méthode qu'appartiennent les procédés de Delpech, Cullerier, Cusco, etc.

Troisième méthode : excision du prépuce précédée de la dilatation de la cavité préputiale (procédés de Chassaignac, Borelli, Bonnafont, etc.).

M. Hamdy rejette le procédé d'Amussat, qui consiste à maintenir la base du prépuce entre les branches d'un porte-caustique assez longtemps pour déterminer la formation d'une eschare.

Il termine ce chapitre par la description d'un nouveau procédé, dont il est l'auteur, et qui exige des instruments spéciaux qui ont été construits sur ses indications par M. Colin. Ces instruments sont les suivants :

1° Une pince à verrou destinée à saisir et à fixer ensemble la peau et la muqueuse du prépuce. Cette pince, outre qu'elle est plus petite que la pince ordinaire, présente ceci de particulier que

---

(1) Paris, chez P. Asselin, place de l'École-de-Médecine.

ses branches s'amincissent brusquement vers leur partie moyenne en même temps qu'elles s'arrondissent sur la face dorsale, de telle sorte que quand la pince est fermée, ses branches représentent, dans la moitié de leur longueur, un stylet d'un petit calibre; l'arrêt de deux branches se fait à l'aide d'un petit verrou.

2° Une pince plus grande, destinée à protéger le gland contre le couteau et à servir de guide à celui-ci. Cette pince n'est autre qu'un clamp à pression limitée et constante. Elle permet de faire les sutures et d'appliquer les serres-fines pendant que les bords saignants des deux feuillets préputiaux sont encore en contact et que la pression continue et modérée exercée par la pince s'oppose à l'hémorrhagie. Elle se compose de deux portions : la première ressemble à une grosse serre-fine; la seconde, destinée à saisir le prépuce, a une longueur de 6 centimètres environ; ce sont deux lames d'acier assez résistantes, légèrement recourbées suivant leur longueur. Ces lames sont aplaties dans le sens contraire de la pince; elles opposent leurs bords au lieu d'opposer leurs faces, de telle sorte qu'à l'état de repos, les lames sont rapprochées avec force l'une contre l'autre. La légère courbure que présentent ces lames suit exactement l'insertion du feuillet muqueux du prépuce autour de la rainure glando-préputiale. Deux petites lames d'acier supplémentaires, mobiles au moyen d'un pivot, sont placées sur la face convexe des lames principales et séparées d'elles par une rainure. Quand le prépuce est sectionné, on écarte les deux petites lames supplémentaires et on a alors, pour appliquer les serres-fines, une longueur du prépuce représentée par la hauteur de la rainure qui sépare les lames supplémentaires du clamp lui-même. Mais il vaut mieux se borner tout simplement à passer quelques fils avant l'incision.

Voici comment se pratique l'opération au moyen de ces deux pinces:

Dans un premier temps, on fixe l'extrémité de la verge entre les doigts de la main gauche, en ayant soin toutefois de ramener le prépuce un peu en arrière; on introduit l'une des branches de la petite pince entre la face dorsale du gland et la muqueuse du prépuce, jusqu'à la rainure glando-préputiale. La pince, fixée et fermée par le petit verrou, maintient parfaitement en contact les deux feuillets du prépuce dans toute la longueur qu'on se propose de retrancher. M. Hamdy ne déchire point brusquement les adhérences, suivant l'ancien procédé égyptien, en promenant la pince tout autour du gland; cette manœuvre, présentant le grave inconvénient de déchirer la muqueuse elle-même, détermine des accidents inflammatoires et souvent des cicatrices vicieuses.

Le deuxième temps comprend l'application de la grande pince; la première pince, tenue de la main gauche, tire modérément en haut et en avant sur le prépuce, tandis que la main droite cherche à refouler le gland en bas et en arrière. Les parties ainsi disposées, on interpose le clamp entre le gland et l'extrémité de la petite pince.

Le troisième temps diffère, suivant qu'on emploie des serres-fines ou des fils; dans le premier cas, la main droite, armée d'un bistouri convexe, sectionne la portion excédante du prépuce, en suivant la face convexe de la petite pince. Ceci fait, dans un quatrième temps, on écarte les deux lames supplémentaires et l'on trouve les bords saignants des deux feuillets préputiaux qui sont en contact, et il suffit de leur conserver cette position par l'application des serres-fines. L'absence de toute hémorrhagie facilite beaucoup cette application.

Dans le second cas, M. Hamdy, avant de faire l'excision du prépuce, passe à travers les feuillets préputiaux deux ou trois fils dans la rainure ménagée à cet effet entre les lames principales et les lames supplémentaires. Une fois les fils passés et le prépuce excisé, on écarte les lames supplémentaires et on coupe les fils au milieu pour en faire deux points de suture, de telle sorte que, la pince enlevée, on se trouve en présence d'une plaie très-nette, très-régulière et dont les bords sont maintenus en contact, soit à l'aide de serres-fines, soit au moyen de sutures. La réunion est ainsi obtenue dans les premières heures.

Enfin, dans la troisième partie, le docteur Hamdy traite de la valeur de la circoncision, tant au point de vue hygiénique qu'au point de vue thérapeutique.

Nous regrettons de ne pouvoir le suivre dans cet examen approfondi des diverses indications de cette opération, mais cela nous entraînerait trop loin. Nous tenions surtout à faire connaître au lecteur l'ingénieux procédé imaginé par M. le docteur Hamdy, ce qui d'ailleurs ne l'empêchera pas de lire avec fruit et avec intérêt cette très-bonne brochure, qui ne contient pas moins de vingt observations et quatorze figures fort bien faites, facilitant beaucoup l'intelligence des divers temps de l'opération.

Ce travail n'est pas d'ailleurs le seul titre par lequel ce jeune médecin s'est attiré l'attention du monde médical; nos lecteurs connaissent déjà son travail sur les effets physiologiques de la propylamine, qui a été récemment résumé dans ce journal.

CAISSE DES PENSIONS VIAGÈRES D'ASSISTANCE

Une circulaire du président de l'Association générale des médecins de France, adressée aux présidents des sociétés locales, leur rappelle les dispositions adoptées dans la dernière Assemblée générale, relativement au fonctionnement de la Caisse des pensions viagères d'assistance, qui doit commencer dans l'année 1874.

Voici les dispositions relatives aux conditions que les sociétés locales auront à remplir pour que leurs demandes puissent être efficacement examinées :

« Toute demande de pension viagère en faveur d'un membre de l'Association doit être adressée par écrit à la commission administrative de la société locale dont il fait partie (article 1er).

« Cette commission administrative examine la demande, et s'il est établi qu'elle est faite en faveur d'un sociétaire âgé ou infirme, privé de ressources et ayant régulièrement payé sa cotisation sociale depuis dix ans au moins, elle la transmet au conseil général avec son avis motivé, elle y joint une copie légalisée de l'acte de naissance du sociétaire, et toutes les pièces qui peuvent justifier la demande (article 2).

« La demande de pension et les pièces qui doivent l'accompagner sont envoyées au conseil général trois mois au moins avant la réunion de l'Assemblée générale qui doit statuer sur cette demande, c'est-à-dire avant le 31 décembre de chaque année (article 4). »

Les autres dispositions du règlement concernent les mesures que doivent prendre la commission de classement des demandes et le conseil général, pour que le vote de l'Assemblée générale puisse être aussi libre et aussi éclairé que possible.

M. le président Tardieu termine sa circulaire en rappelant qu'une pension viagère d'assistance accordée par l'Association est incessible est insaisissable, qu'elle est servie par la Caisse de retraites de la vieillesse et inscrite au grand-livre de la dette publique, et surtout que le confrère pensionné n'est plus le pensionnaire de l'Association, mais est devenu le pensionnaire de l'État, dans les caisses duquel l'Association a versé le capital représentant la pension.

ÉTAT SANITAIRE.

Paris. — Population : 1,851,792 habitants. — Pendant la semaine finissant le 17 octobre, on a constaté 734 décès, savoir :

Variole, »; rougeole, 8; scarlatine, 3; fièvre typhoïde, 34; érysipèle, 2; bronchite aiguë, 26; pneumonie, 31; dysentérie, 3; diarrhée cholériforme des jeunes enfants, 14; choléra, 55; angine couenneuse, 6; croup, 15; affections puerpérales, 3; autres affections aiguës, 210; affections chroniques, 243, dont 124 dues à la phthisie pulmonaire; affections chirurgicales, 58; causes accidentelles, 23.

Renseignements sur quelques autres villes :

Londres. — Population : 3,356,073 habitants. — Décès du 5 au 11 octobre 1873, 1,247.

Variole, »;—rougeole, 48;—scarlatine, 22;—fièvre typhoïde, 39;

— érysipèle, 8; — bronchite, 135; — pneumonie, 71; — dysentérie, 2; — diarrhée, 43; — choléra nostras, 2; — diphthérie, 7; — croup, 9; — coqueluche, 29.

Rome. — Population : 244,484 habitants. — Décès du 29 septembre au 5 octobre 1873 : 184.

Variole, 2; — fièvre typhoïde, 10; — érysipèle, 1; bronchite, 7; pneumonie, 10; — diphthérie et croup, 3.

Bruxelles. — Population : 185,000 habitants. — Décès du 28 septembre au 4 octobre 1873 : 92.

Rougeole, 1; — fièvre typhoïde, 2; — bronchite et pneumonie, 1; croup et angine couenneuse, »; — diarrhée des jeunes enfants, 15.

THÈSES
SOUTENUES A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS
PENDANT L'ANNÉE 1873.

366. Orlowski. Considérations sur quelques cas de dysentérie rhumatismale.
367. Tison. Histoire de la fève de Calabar.
368. Souin Delasavinière. Contribution à l'étude de l'œdème aigu du poumon.
369. Rochefontaine. Action physiologique de la quinine sur la rate. (Essai de clinique expérimentale.)
370. Morat. Contribution à l'étude de la moelle des os.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

CONCOURS. — *Internat.* — Les candidats à l'internat ont eu à traiter la question écrite suivante : *Circulation hépatique; symptômes et diagnostic de la cirrhose.*

Voici les questions orales données l'année dernière au concours de l'internat : Nerf moteur oculaire commun; ses paralysies; — péricarde, signes et diagnostic de la péricardite; — enveloppes des bourses, hydrocèle; — prostate, symptômes et diagnostic des calculs vésicaux; — clavicule, fractures de la clavicule; — trachée, symptômes et diagnostic de la rougeole; — articulation temporo-maxillaire; luxation de la mâchoire; — voies lacrymales, tumeurs lacrymales; — fosse iliaque; abcès de la fosse iliaque.

Externat. — 10 octobre : *Articulation coxo-fémorale;* — 13 octobre : *Articulation tibio-tarsienne;* — 15 octobre : — *muscle sterno-mastoïdien.*

Voici les questions de *pathologie* qui ont été données au concours de l'année dernière : Du furoncle; — de la brûlure; — symptômes des fractures; — phlegmon diffus; — vaccine et vaccination; — ventouses et leurs indications; — hémorrhagies traumatiques, moyens hémostatiques; — de l'administration du chloroforme; — de la contusion; — épistaxis, tamponnement des fosses nasales; — symptômes et diagnostic de la pleurésie.

— M. Fergusson, ancien médecin de la marine hollandaise, a publié une brochure dans laquelle il propose d'étendre aux guerres maritimes l'institution de la convention de Genève pour le sauvetage des blessés. Voici, d'après M. Guibaud, capitaine de frégate, qui donne dans la *Revue maritime et coloniale* l'analyse de ce travail, les moyens proposés par l'auteur :

1° Un vaisseau-hôpital; 2° canots de sauvetage; 3° un petit équipage de sauveteurs, sous la protection de la croix de Genève; 4° un navire-hôpital dans les ports. Le navire-hôpital serait peint en blanc avec des croix rouges, et prendrait les blessés, amis et ennemis, indistinctement.

Pendant le combat, les sauveteurs, vêtus de blanc avec la croix de Genève, armeraient les canots de sauvetage, amèneraient au loin les bouées de sauvetage. Ils ne seraient employés qu'à ce service.

Il y a, ajoute-t-on, des personnes à qui cette idée paraîtra absurde; mais qu'elles réfléchissent : si le navire est mêlé parmi les combattants, il y aura quelques hommes atteints : mais qu'est-ce que cela comparé aux centaines d'hommes qu'ils sauveraient? En temps de paix, un pareil navire serait important, dans une escadre, en temps d'épidémie.

— La Société de médecine de Paris tiendra sa prochaine séance le samedi 25 octobre, 3, rue de l'Abbaye, à 3 heures 1/2 très-précises.

Ordre du jour : 1° Lecture du procès-verbal de la précédente séance; — 2° rapport de M. le docteur Camuset sur la candidature de M. le docteur Lemoine au titre de membre titulaire; — 3° rapport de M. le docteur Reliquet sur le travail de M. le docteur Boissarie (de Sarlat) intitulé : *Notes et réflexions sur quelques cas de phlegmons péri-utérins;* — 4° du secret professionnel.

Le Directeur : Dr E. Le Sourd.

Paris. — Typographie A. Pougin, quai Voltaire, 13.

N° 124. — SAMEDI 25 OCTOBRE 1873. 46e ANNÉE. SAMEDI 25 OCTOBRE 1873. — N° 124.

Ce journal parait trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Bureaux : 57, rue des Saints-Pères, 57
PRÈS L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix d'abonnement
doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois

On s'abonne hors de Paris
dans les bureaux des Messageries et chez les Libraires
Les lettres non affranchies sont refusées.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui n'en peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS — Trois mois. . 8 fr. 50 c. — Six mois. . . 16 — — Un an. . . . 30 —

POUR L'ÉTRANGER le port en sus suivant les derniers tarifs des Postes.

REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE

Choléra.

L'état général des malades cholériques dans les hôpitaux et hospices de Paris, du 4 septembre au 23 octobre, donne les chiffres suivants :

Entrés jusqu'au 23 octobre au soir. . .		398
Sortis.	110	340
Décédés.	230	
Restant le 23 octobre au soir		58

Dans la journée du 23 octobre, il n'a été admis du dehors qu'un seul malade (à l'Hôtel-Dieu). Aucun cas ne s'est développé à l'intérieur. Il n'y a eu dans cette journée aucune sortie ni aucun décès.

Voici le chiffre des malades restant en traitement dans les divers hôpitaux et hospices : Hôtel-Dieu 16, Pitié 2, Charité 1, Saint-Antoine 8, Necker 5, Beaujon 13, Lariboisière 8, Saint-Louis 3, Enfants-Malades 1, Sainte-Eugénie 1.

Luxation de l'extrémité supérieure du radius en avant, datant de l'enfance, observée sur un homme de soixante-quatre ans.

Un homme âgé de soixante-quatre ans, entré récemment dans le service de M. le docteur Tillaux, à l'hôpital de Lariboisière, pour s'y faire traiter d'un mal perforant du pied, a fourni l'occasion de recueillir des renseignements intéressants sur l'origine et sur les caractères d'une luxation du radius, ayant de cinquante-deux à cinquante-quatre ans environ de date.

Voici l'histoire de ce malade :

D... fit une chute vers l'âge de dix ou douze ans : il ne se rappelle ni les circonstances de l'accident, ni le traitement qui le suivit. Il croit qu'on laissa tout simplement les choses comme elles étaient. Il travailla, après sa première communion, chez un menuisier, mais le quitta bientôt. Il éprouvait un peu de gêne à manier les outils, mais pouvait néanmoins s'en servir sans trop de difficulté, et ce n'est pas ce motif qui lui a fait quitter cette profession. Il entra alors comme élève chez un avoué, et y resta jusqu'à l'âge de dix-huit ans. A cette époque, il se fit garçon boulanger, et garda cette profession jusqu'en 1856, c'est-à-dire jusqu'à l'âge de quarante-sept ans. Durant cette longue période, il put travailler sans interruption. Il se fatiguait plus vite du bras droit que du bras gauche. Mais le tout se bornait à un peu de fatigue et un peu de gêne, jamais de douleur. Il est entré depuis à Ville-Évrard comme infirmier. Actuellement, il est porteur aux halles, et entre à l'hôpital pour une affection qui n'a aucun rapport avec celle du bras (mal perforant).

Les symptômes qu'il présente sont les suivants :

L'épitrochlée et l'épicondyle sont dans leur situation normale. Mais au-dessous de l'épicondyle, où doit se trouver la saillie de la tête du radius, on trouve une dépression. A la partie moyenne du pli du coude, ou plutôt à l'union du tiers externe avec les deux tiers internes, on sent en avant de l'humérus une tumeur osseuse, qui ne jouit par elle-même d'aucun mouvement, mais qu'on sent appartenir manifestement à l'avant-bras en faisant exécuter des mouvements de flexion.

L'attitude du membre est une position intermédiaire à la pronation et à la supination, mais un peu plus rapprochée de la pronation. Il peut se mettre de lui-même en pronation. Si on cherche, au contraire, à mettre le membre en supination, on voit qu'elle est incomplète et que, de plus, elle s'exécute non pas aux dépens des articulations radio-cubitales, mais aux dépens de l'articulation scapulo-humérale. Le radius et le cubitus sont donc croisés à angle aigu, la tête du radius venant au-devant de la partie inférieure de l'humérus, et les deux os de l'avant-bras formant un système invariable l'un par rapport à l'autre ; les deux os n'ont aucun mouvement relatif, et lorsque le malade paraît exécuter des mouvements de supination, qui ne sont jamais complets d'ailleurs, c'est avec l'épaule qu'il les exécute. C'est cette impossibilité qui entraîne la petite gêne dont nous avons parlé plus haut.

Les mouvements de flexion sont complets, malgré la luxation, à peu près aussi complets que ceux du bras gauche, et si le malade ne peut se toucher l'épaule avec la main, cela ne tient pas à la flexion, mais à ce que la main ne peut se mettre dans une position propre à exécuter ce mouvement. Mais il se touche parfaitement la nuque. Ce mouvement, que le malade exécute avec autant de vigueur du bras droit que du bras gauche, se fait dans le premier autour d'un axe antéro-postérieur, au lieu de se faire normalement, comme dans le second, autour d'un axe transverse.

Il n'existe aucune douleur spontanée. La pression sur la tête du radius est seule un peu douloureuse.

Traitement des tumeurs laryngiennes par l'application de la galvano-caustique.

Nous avons rapporté déjà plusieurs exemples d'ablation ou de destruction sur place de tumeurs intra-laryngiennes par l'application du galvano-cautère. Trois malades atteints de cette affection ont été conduits par M. le docteur Krishaber à l'hôpital de la Pitié, dans le service M. Léon Labbé, où ils ont été soumis à ce mode de traitement. Nous sommes en mesure de donner quelques détails sur ces trois observations et sur les résultats des opérations qui ont été pratiquées.

Le premier de ces malades est un individu de dix-huit ans, ayant une tumeur d'apparence papillaire, du volume d'une cerise, implantée au niveau de l'attache antérieure des deux cordes vocales inférieures. L'ablation de la tumeur fut effectuée comme il suit : à l'aide de l'anse de l'appareil galvano-caustique introduite à froid, la tumeur fut saisie et étranglée à sa base, l'anse chauffée alors par la mise au jeu de l'appareil, la végétation fut détachée et enlevée complétement du premier coup.

Une perte de sang assez abondante suivit cette ablation. La respiration, qui avait été gênée jusque-là, devint libre immédiatement. La voix avait conservé son timbre normal. Le malade s'en retourna chez lui guéri.

Dans le deuxième fait, il s'agit d'un individu atteint d'une transformation végétative multiple des deux cordes vocales inférieures, ayant amené une difficulté respiratoire notable. Dans ce cas, il ne s'agissait pas d'une tumeur à enlever, mais bien d'un tissu proliféré à détruire sur place. C'est ce qui fut fait au moyen de quatre applications successives, vigoureuses, de la galvano-caustique, de façon à faire, en quelque sorte, une glotte artificielle au milieu de ce tissu morbide. Aucun accident ne survint, si ce n'est une altération momentanée de la voix, déjà fort altérée d'ailleurs avant, et le malade, à dater de ce moment, put respirer très-librement.

M. Krishaber a revu depuis ce malade, et il a pu constater que sa voix était revenue comme avant la cautérisation.

Notre confrère a déjà observé plusieurs fois ce fait, et il considère ces extinctions de voix après l'opération avec le galvano-cautère comme une espèce de paralysie *a calore*, qui ne dure que quelques heures. L'eschare tombée, la glotte reprend ses dimensions, ou du moins devient suffisamment large pour les besoins de la respiration. Cette aphonie passagère ne survient pas constamment, mais il est très-essentiel de savoir qu'elle n'est pas l'indice d'une brûlure produite sur les cordes vocales. M. Krishaber affirme ne l'avoir vue durer jamais plus de vingt-quatre heures.

Le troisième malade portait un petit polype sessile de la grosseur d'un pois, à la jonction du premier tiers antérieur avec les deux tiers postérieurs de la corde vocale inférieure droite.

L'anse galvano-caustique employée dans ce cas n'eut pas pour résultat l'enlèvement complet de la végétation, qui fut cependant cautérisée. Il faudra répéter cette opération pour obtenir la destruction complète du tissu morbide.

De ces trois faits qui se sont passés tout récemment, nous rapprocherons un autre fait analogue, mais d'une date un peu antérieure. Il remonte à trois ou quatre mois environ. Il s'agit d'un homme de cinquante ans, exerçant dans son pays les fonctions de crieur public, qui s'était présenté dans le service de M. Léon Labbé avec des difficultés respiratoires considérables et une dysphagie presque absolue. Ces accidents, datant déjà d'assez loin, s'étaient aggravés à tel point dans les deux derniers mois, que le malade avait considérablement maigri, ne pouvant qu'avec grand' peine avaler quelques gorgées de bouillon seulement. Aucun aliment solide ne pouvait passer.

M. Krishaber, appelé à examiner ce malade au laryngoscope, fit voir aux assistants une énorme tumeur remplissant presque entièrement la cavité du larynx. Au moment de l'examen, l'asphyxie était à son comble. On prit rendez-vous pour le lendemain, pour pratiquer l'ablation de la tumeur à l'aide de l'appareil galvano-caustique.

La première application de l'anse rougie produisit un spasme de la glotte, qui semblait rendre la mort imminente. M. Labbé pratiqua aussitôt la trachéotomie. La suite de l'opération fut ajournée.

Une huitaine de jours après, M. Krishaber renouvela l'application de la galvano-caustique et cette fois avec un succès complet. Dès ce moment, la déglutition et la respiration furent rétablies. Il n'était cependant pas possible au premier moment de constater si la tumeur était totalement enlevée, à cause du sang qui remplissait la cavité du larynx.

Un nouvel examen, fait la semaine suivante, fit constater que la tumeur n'était pas complétement enlevée. C'est alors qu'on put juger de son mode d'implantation, ce qui avait été impossible alors qu'elle remplissait la totalité de la cavité laryngienne. C'était au niveau de la glotte même que la tumeur avait pris naissance, mais elle débordait les limites de la glotte et arrivait, en avant, presque au niveau du bord libre de l'épiglotte ; en arrière, elle se perdait au delà des apophyses arythénoïdes, tendant à faire saillie dans la cavité pharyngienne.

La deuxième application du galvano-cautère permit d'enlever la tumeur dans sa totalité. Le résultat fut remarquable. La respiration devint absolument normale ; la voix, qui avait été complétement éteinte, devint sonore, vibrante et particulièrement puissante. La déglutition se fit normalement.

Par précaution, on laissa la canule en place pendant quelques jours. La plaie se cicatrisa rapidement après qu'on l'eût retirée.

Plus de deux mois et demi se sont écoulés depuis cette opération, et cet individu a pu regagner son pays ayant récupéré tout son embonpoint, et toutes ses fonctions s'effectuant d'une manière normale. D'après une lettre de lui, reçue il y a quelques jours seulement, il a repris ses fonctions de crieur public, qu'il exerçait avant sa maladie.

Une question importante pourra être soulevée par ce dernier fait. L'examen histologique de la tumeur, fait dans le laboratoire de M. Ranvier, y a fait reconnaître la présence d'éléments qui l'ont fait qualifier de tumeur maligne. Mais cette détermination de la nature de la tumeur de par le microscope ne paraît pas, aux yeux de M. Krishaber, d'accord avec cette circonstance du retour rapide de l'embonpoint et de la réintégration complète de toutes les fonctions chez cet individu, du moment où il a été débarrassé de sa tumeur. L'avenir seul pourra dire qui aura eu raison.

Dr B...

LE LAMBEAU A PONT KÉRATO-CONJONCTIVAL
DE M. DESMARRES

RETROUVÉ PAR M. HASNER (DE PRAGUE)

Par M. le Dr J. Gayat

Dans un récent numéro de la *Wiener Medizinische Wochenschrift* (6 septembre 1873) se trouve, à titre de communication préalable,

une note de M. Hasner sur l'*extraction sub-conjonctive* de la cataracte.

Ceux qui connaissent l'ardeur et la ténacité avec lesquelles le professeur de Prague a lutté, du vivant même de Graëfe, contre la généralisation de l'extraction linéaire, devinent déjà que son travail ne peut avoir trait qu'à l'extraction à lambeau (opération de Daviel).

Cette méthode, d'après M. Hasner, fait courir deux dangers : 1° les troubles de nutrition du lambeau ; 2° la tendance au bâillement spontané de la plaie.

Ces dangers, l'auteur les conjure en taillant en bas son lambeau cornéen habituel et en le prolongeant le plus loin possible, de façon à avoir un lambeau conjonctival ; seulement *il a bien soin de ne pas détacher complétement le lambeau conjonctival, mais il laisse en place, en bas et en dedans, un pont large de deux à trois lignes sur le bord externe duquel il fait sortir le cristallin*, après l'ouverture de la capsule. C'est ce qu'il appelle *extraction sub-conjonctivale*.

Ce n'est pas l'occasion de discuter le principe de la méthode à lambeau ; je ne veux non plus examiner si cette modification, la *troisième nouvelle variante* de M. Hasner, est capable de donner tous les avantages que son auteur en attend. Les récents débats de la Société de chirurgie me dispensent de toute argumentation là-dessus.

Mais, au nom de l'impartialité scientifique, je me permets de rappeler à l'éminent professeur de Prague que cette variante n'est pas aussi nouvelle qu'il le croit. Plus d'un classique (Wecker, t. II, p. 207), conseille de ménager un pont de tissu cornéen pour faciliter l'opération chez les sujets peu tranquilles. M. Desmarres père a dès longtemps généralisé cette pratique et l'a modifiée dans le sens même de M. Hasner, c'est-à-dire qu'il soulève un lambeau de conjonctive pendant qu'il achève la section du pont cornéen, et cela dans le but tout spécial de *faciliter la réunion par première intention*.

La chose est trop connue chez nous pour mériter qu'on s'y arrête plus longtemps ; chacun connaît le petit couteau mousse employé par Desmarres pour la confection du lambeau conjonctival, et dans lequel plusieurs ont voulu voir l'idée-mère du couteau de Graëfe. Disons toutefois que la pratique de M. Hasner diffère de celle de M. Desmarres sur ce point assez important, à savoir que le premier de ces auteurs n'achève jamais, dans aucun temps de l'opération, la section du pont conjonctival.

Cette distinction une fois établie, nous pensons, en tout cas, que le nom de M. Desmarres a été oublié bien involontairement. Nous espérons qu'un chirurgien aussi habile et aussi versé dans la littérature médicale que l'est le professeur de Prague, rendra justice à l'une des gloires de l'oculistique française, en faisant l'histoire *plus complète* d'une opération dont la note actuelle n'est que le préambule.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 30 juillet 1873. — Présidence de M. TRÉLAT.

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

CORRESPONDANCE

La correspondance comprend :

La Gazette des hôpitaux ; — l'*Union médicale* ; — la *Gazette hebdomadaire de médecine et de chirurgie* ; — la *Gazette obstétricale* ; — la *Tribune médicale* ; — la *France médicale* ; — la *Gazette médicale de Strasbourg* ; — le *Bordeaux médical* ; — le *Bulletin médical du nord de la France* ; — *Association médicale de la Sarthe* ; — le *Marseille médical* ; — les *Annales de la Société de médecine de Saint-Étienne et de la Loire* ; — le *Bulletin de l'Académie royale de Belgique*, t. VII, n° 5.

M. A. PIGNONI adresse un mémoire manuscrit sur : *la Lythoclysmie, nouvelle opération ayant pour objet la dissolution intravésicale de la pierre*. (Commissaires : MM. Després, Lannelongue, Paulet.)

M. LANNELONGUE dépose un mémoire de M. le docteur Auguste Haas sur *la Nécrose produite par l'action des vapeurs phosphorées*. (Commission : MM. Magitot, Dubrueil, Lannelongue).

M. CH. ABADIE. lit un travail intitulé : *Note sur un nouveau traitement chirurgical du kératocône*. (Renvoyé à une commission composée de MM. Dubrueil, Giraud-Teulon, Tillaux.)

M. TERRILLON, prosecteur de l'amphithéâtre des hôpitaux, lit un travail intitulé : *Sur une variété rare d'ulcère du mollet de forme névralgique*. (Commissaires : MM. Verneuil, Lannelongue, Le Dentu).

M. LANNELONGUE fait une communication sur l'hydrocèle (sera publiée ultérieurement).

M. TILLAUX rappelle que M. Panas a, dans un mémoire, fait remarquer que l'hydrocèle était toujours accompagné d'une induration de l'épididyme. Ne faudrait-il pas faire jouer à cette induration un rôle plus important qu'à la présence du liquide dans la tunique vaginale pour expliquer l'absence des spermatozoïdes signalée par M. Lannelongue.

M. GUYON désire présenter une observation dans le même sens que celle de M. Tillaux. Depuis longtemps il examine avec soin les hydrocèles, et il déclare que toujours il a rencontré des noyaux d'induration. En présence de ces résultats purement cliniques, M. Guyon désirerait savoir si M. Lannelongue possède à cet égard des renseignements anatomo-pathologiques.

M. DESPRÉS pense que le mémoire de M. Panas ne contient aucune assertion entièrement nouvelle, et qu'il en a signalé lui-même de semblables dans sa thèse. Velpeau avait antérieurement parlé de ces indurations, ainsi que M. Després le prouve par la lecture d'un passage du tome Ier de la *Clinique* de Velpeau.

M. LANNELONGUE. M. Panas a décrit une maladie de la queue de l'épididyme curieuse en ce qu'elle n'était consécutive ni à la blennorrhagie ni à l'épididymite. Déjà Velpeau et Liégeois avaient noté ces indurations. Mais si ces auteurs ont touché ces parties indurées à travers les parois scrotales, j'en ai, au contraire, disséqué vingt-trois. J'ai étudié attentivement ce point et n'ai jamais trouvé d'induration de l'épididyme, mais bien de l'enveloppe fibreuse qui l'entoure. J'ai parfois trouvé le canal déférent plus épais et plus sinueux.

PRÉSENTATION DE PIÈCES

M. LE FORT. La Société doit se rappeler que je lui ai présenté dernièrement une clavicule que j'avais, non pas reséquée, mais enlevée chez une jeune fille de dix-sept à dix-huit ans atteinte d'une périostite phlegmoneuse aiguë de cet os, lequel, nécrosé en quelques jours, était placé à découvert au fond de la plaie provenant de l'ouverture de l'abcès ancien claviculaire.

Malheureusement, sous l'influence du même état général qui avait amené la nécrose de cet os, des accidents analogues se montrèrent du côté du bassin et du grand trochanter. La cuisse gauche devint le siége d'un abcès énorme, et des eschares se montraient à tous les points sur lesquels reposait le corps de la malade.

Elle a fini par succomber à l'épuisement ; mais, du côté de la clavicule, les choses avaient marché régulièrement, bien que la première côte, à son tour, se fût nécrosée. La pièce que je vous présente permet de constater que la clavicule, dans sa moitié externe, s'est reproduite à l'état d'une bosse aplatie assez épaisse, résistante, et, du côté interne, se montre également un fragment osseux de nouvelle formation.

Tumeur sarcomateuse de la cuisse droite.—La tumeur que je vous présente est un sarcome de la cuisse développé à la partie postérieure du membre, et présentant, lors de l'arrivée du malade à l'hôpital un volume supérieur à celui d'une tête d'adulte. Il y a vingt ans, ce malade fut traité par Robert pour une nécrose du tibia. Un séquestre fut enlevé. Depuis dix ans il s'est aperçu de la présence d'une petite tumeur indolore située à la partie postérieure de la cuisse droite et de la grosseur d'une noix. Cette tumeur resta près de huit années stationnaire.

Il y a deux ans, elle commença à s'accroître, et en un an elle acquit à peu près le volume qu'elle avait au moment de l'arrivée à

l'hôpital. Peu de temps auparavant, le malade, en se grattant, avait provoqué l'ulcération d'un point de la surface. Cette ulcération fut le point de départ d'une sorte de phlegmon diffus de toute la tumeur.

Je trouvai le malade dans l'état suivant. La tumeur dépasse notablement le volume d'une tête d'adulte; elle est percée, à sa face externe, d'une ouverture d'un diamètre de 5 à 6 centimètres, conduisant dans une cavité anfractueuse profonde, dont les parois sont formées par du tissu gangrené. Des détritus baignés par le pus s'échappent par cette ouverture quand on presse sur la tumeur. La peau qui la recouvre est tendue, luisante, rouge, œdématiée. La tumeur, mal délimitée, semble se prolonger du genou au grand trochanter et adhérer au fémur. Il est évident que cette tumeur, dont la nature est à ce moment difficile à déterminer, est le siége d'une inflammation gangréneuse. Je fis deux incisions larges sur sa surface et donnai issue à des lambeaux sphacélés. Les jours suivants (14 et 15 juin), la plaie exhale une odeur tellement infecte que je fais le pansement avec l'eau alcoolisée et phéniquée.

La fièvre et même le malaise disparaissent au fur et à mesure que l'inflammation accidentelle de la tumeur cesse après l'expulsion des lambeaux sphacélés. Un instant j'avais pu espérer que la tumeur tout entière se détruirait spontanément; mais il n'en fut rien, et il subsista une tumeur dure, lobulée, de la grosseur d'une tête d'enfant à terme, mais douée d'une certaine mobilité qui me permit de croire qu'elle n'était pas adhérente au fémur et que je pourrais l'enlever.

Je pris mes précautions pour employer le galvano-caustique et l'écrasement linéaire en cas d'hémorrhagie sérieuse; mais je commençai l'opération avec le bistouri, et je pus la terminer de même. La tumeur provenant de la profondeur de la cuisse, dans l'interstice des muscles postérieurs, débordait sur la face externe du *fascia lata*. Je pus l'enlever tout entière sans aucune hémorrhagie et sans être obligé de couper aucune artère ou nerf important, bien que le nerf sciatique fût à nu au fond de la plaie. Je réunis ensuite, avec des épingles, mais de façon à permettre, dans l'intervalle des points de suture, l'écoulement des liquides. Il ne survint aucun accident ultérieur, et aujourd'hui (5 août), la plaie est déjà à peu près guérie.

La séance est levée à quatre heures trois quarts.

Le secrétaire : TILLAUX.

Séance du 6 août 1873. — Présidence de M. TRÉLAT.

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

CORRESPONDANCE

La correspondance comprend :

La *Gazette des Hôpitaux;* — l'*Union médicale;* — la *Tribune médicale;* — la *France médicale;* — le *Bulletin général de thérapeutique;* — les *Archives générales de médecine et de chirurgie;* — le *Bordeaux médical;* — le *Lyon médical;* — *The Lancturian*, n. V.

M. GUETANO GIOVANI (de Bologne), adresse un mémoire *sur une nouvelle pince porte-aiguille pour la staphylorraphie.*

M. GAICHARD DE CHOISETY offre à la Société la traduction du mémoire du professeur Schoff *sur l'inflammation et la circulation.*

M. TILLAUX, secrétaire annuel, dépose sur le bureau le 2e fascicule du *Bulletin de la Société de chirurgie pour* 1873.

M. LARREY offre, de la part du docteur Tholozan, membre correspondant, deux mémoires imprimés : *Considérations générales sur les points d'origine des grandes épidémies cholériques. Du développement de la peste dans les pays montagneux et sur les hauts plateaux de l'Europe, de l'Afrique et de l'Asie.*

M. TRÉLAT. Dans une de nos dernières séances, M. Verneuil a demandé la mise à l'ordre du jour de la discussion sur l'emploi de la galvano-caustique en chirurgie. Mon intention, aujourd'hui, n'est pas d'ouvrir cette discussion, mais seulement d'indiquer des faits récents qui en seront comme les avant-coureurs.

J'ai plusieurs fois déjà, et deux fois avec M. Verneuil, traité des tumeurs érectiles par la cautérisation à l'aide du stylet galvanique, et je déclare en avoir obtenu de très-bons résultats; mais ce moyen convient surtout aux tumeurs d'un petit volume. C'est ainsi que ce matin même, à l'aide du stylet, j'ai fait la ponction à la base d'une tumeur érectile occupant le sommet de la tête et présentant environ 3 centimètres de diamètre. Cette tumeur appartenait à la variété des angiomes graisseux.

Ce même enfant, âgé de quatre ans, portait une autre tumeur érectile en arrière de l'épaule droite. Celle-ci avait le volume d'une forte mandarine. Elle était ulcérée à sa surface, fournissait de légères hémorrhagies, et, par-ci par-là se trouvaient de petites plaques blanches, indices du travail de guérison spontané opéré par la nature; mais comme la tumeur progressait par la base, je résolus d'en pratiquer l'ablation complète à l'aide de l'anse galvano-caustique, et c'est sur cette opération que j'appelle l'attention de la Société.

Pour pratiquer ces ablations, il faut commencer par pédiculiser la tumeur, sans quoi l'anse de fil glisserait et n'atteindrait pas la base. Après avoir passé des épingles en croix, j'ai cerclé la masse à sa base avec un fil de soie, ce qui m'a permis de la soulever. L'anse galvanique doit agir lentement. J'ai mis huit minutes à couper le pédicule; peut-être pourrait-on aller un peu plus vite. Une autre précaution importante, c'est que l'anse de platine soit toujours tendue pendant l'opération, sinon l'échauffement n'est pas uniforme, et l'on coupe trop vite. Cette manœuvre est fatigante; mais une meilleure instrumentation pourra parer à cet inconvénient.

Au cours de l'opération, on perçoit un petit bruit de crépitation, un sorte de bruit d'ébullition. Il s'écoule de la plaie un peu de graisse brûlante, aussi faut-il entourer le pédicule d'un linge mouillé.

La plaie obtenue mesurait, en diamètre, 7 centimètres sur 6. Elle était complétement exsangue, sauf dans un tout petit point de 1 millimètre de large environ que l'anse n'avait point coupé et qu'elle ne peut couper. Le pansement a consisté dans l'application d'un linge mouillé.

Je désire présenter, sur le même sujet, quelques considérations; mais, à un autre point de vue, je reviens aux tumeurs de l'arrière-gorge. Je suis toujours très-surpris quand je lis les observations où le chirurgien a passé facilement l'anse galvano-caustique autour du pédicule des polypes naso-pharyngiens. Il est des cas où cela est facile. Ainsi, par exemple, sur le jeune homme dont j'ai entretenu la Société il y a trois semaines, et qui portait un myxome des fosses nasales avec un prolongement pharyngien, jeune homme qui est parti guéri, je crois, définitivement.

Mais il en est d'autres où la manœuvre est extrêmement difficile, impossible même avec notre instrumentation actuelle, que l'on suive la voie nasale ou la voie palatine. Placer convenablement l'anse métallique, la maintenir au point culminant du pharynx, surveiller le courant, tout cela me paraît d'une exécution fort difficile, et j'y ai échoué sur un de mes malades, à plusieurs reprises, en agissant par la voie nasale.

Les mouvements de déglutition opposent aussi parfois une résistance invincible, ainsi que je l'ai observé dernièrement sur une femme atteinte de sarcome de l'arrière-gorge, qui s'est sauvée véritablement affolée avec l'anse métallique dans la fosse nasale.

M. Trélat termine sa communication en disant qu'il fait construire en ce moment de petits instruments simples à l'aide desquels il espère pouvoir porter le fil derrière le pédicule des tumeurs pharyngiennes.

M. LABBÉ. Je me suis servi plusieurs fois de l'anse galvanique pour extirper des polypes naso-pharyngiens. J'ai été à même de constater combien sont justes les observations faites par notre collègue M. Trélat. L'opération est parfois très-facile, comme sur la jeune fille dont j'ai retracé ici l'observation dans une des dernières séances; mais il n'en est pas toujours ainsi. Lorsque la tumeur est

volumineuse, le pédicule large, représentant la forme d'un cône à base supérieure avec embranchements multiples, l'extirpation totale avec l'anse galvanique est à peu près impossible. Je pratiquai dernièrement, à la Pitié, en présence de M. Verneuil, une opération de ce genre sur un jeune homme de vingt-trois ans. Après avoir fendu le voile du palais, sur la ligne médiane, je m'efforçai d'étreindre le pédicule dans l'anse galvanique; mais l'anse glissait toujours, et, en définitive, je ne pus enlever que la portion de la tumeur débordant en bas la voûte palatine.

M. LANNELONGUE fait observer que l'usage de l'anse galvano-caustique ne met pas nécessairement à l'abri de l'hémorrhagie. Après avoir opéré de cette façon un varicocèle, il se produisit une hémorrhagie artérielle si abondante qu'il dut agrandir la plaie et lier le vaisseau. Il a fait, eu égard aux polypes naso-pharyngiens, les mêmes observations que ses collègues. Il demande à M. Trélat s'il ne pense pas que les polypes muqueux des fosses nasales, même lorsqu'ils envoient un prolongement pharingien, doivent toujours être opérés par la méthode de l'arrachement à travers les fosses nasales et non par la voie palatine.

M. VERNEUIL. Je n'ai pas l'expérience de l'anse galvanique, car je pense que toutes les fois que son usage est possible, l'écraseur linéaire lui est préférable. Je n'ai d'ailleurs qu'une confiance très-médiocre dans le traitement des polypes naso-pharyngiens par la galvano-caustique. J'avais eu à cet égard des illusions que la pratique a complétement détruites. Je me suis servi du couteau; mais celui-ci s'éteint; il faut chauffer, rechauffer; il coupe trop ou trop peu. Avec le bouton, on n'avance pas. Quant à l'anse galvanique, son emploi dans la cure des polypes pharyngiens me paraît absolument impossible lorsqu'il y a des lobes multiples, et je suis, comme M. Trélat, très-surpris des nombreux succès qu'obtiennent, par ce moyen, nos confrères étrangers. Je ne dirai pas qu'ils nous trompent, mais qu'ils se trompent eux-mêmes en prenant pour radicale une extirpation qui n'est que partielle.

Il est bon de se rappeler que la voûte basilaire, point d'implantation le plus fréquent du pédicule, est au-dessus du niveau du plancher des fosses nasales, et qu'il est difficile, en conséquence, d'entourer ce pédicule à sa base en suivant la voie nasale. De plus, pour détacher avec la chaîne ou l'anse un polype à sa base, sur l'apophyse basilaire, il faut, de toute nécessité, que la chaîne agisse parallèlement au plan qui sert d'insertion au pédicule, et c'est ce qu'avait bien compris Rampolla en proposant la voie lacrymale. Autrement, par les voies nasale ou palatine, la chaîne ou l'anse agissent presque perpendiculairement au plan d'insertion du polype, et l'opération est nécessairement incomplète.

M. TILLAUX a écouté avec d'autant plus d'intérêt la communication de M. Trélat qu'il traite lui-même, en ce moment, à Lariboisière, un enfant nouveau-né portant au-dessous de la nuque une tumeur érectile du volume d'un œuf de poule. Réduite à une simple tache au moment de la naissance, la tumeur grossissait à vue d'œil et nécessita une intervention vers le dix-huitième jour après la naissance. On eut recours au stylet galvanique, espérant pouvoir larder la tumeur sur toute sa circonférence; mais les deux premières ponctions donnèrent un jet de sang assez fort pour engager M. Tillaux à suspendre l'opération. Depuis cette époque, on plonge tous les deux jours, dans la tumeur, un stylet rougi à la lampe. En cas d'insuccès par cette méthode, M. Tillaux demande à M. Trélat s'il l'engagerait à imiter sa conduite, c'est-à dire à pratiquer l'extirpation totale, étant donnés le volume considérable de la tumeur et l'âge de l'enfant?

M. VERNEUIL. Je répondrai à M. Tillaux que j'ai opéré bon nombre de tumeurs érectiles à tous les âges avec le stylet galvanique, et que j'ai toujours admirablement réussi. J'en ai opéré sur la voûte crânienne, aux paupières, etc. L'une d'elle occupait, sur un enfant, toute la partie latérale droite du cou. J'enfonçai le stylet à 3 centimètres de profondeur, et n'eus pas d'hémorrhagie. Les précautions que j'emploie sont de chauffer peu et de pénétrer dans les tissus avec une extrême lenteur. Je mets environ une minute pour chaque piqûre.

M. CHASSAIGNAC. En réponse à la question adressée par M. Tillaux, à savoir s'il est autorisé à pratiquer l'ablation d'une grosse tumeur érectile, je lui dirai que j'ai radicalement guéri, avec l'écrasement linéaire, sur un très-jeune enfant, une grosse tumeur érectile de la nuque qui avait résisté au traitement par la cautérisation entre les mains de Denonvilliers.

M. DUBRUEIL fait remarquer que la méthode qui lui réussit le mieux pour l'extirpation des masses végétantes de la vulve est la section avec les ciseaux et la cautérisation avec le couteau galvanique après chaque coup de ciseaux.

PRÉSENTATION DE MALADE

M. BLOT présente un enfant polysarcique atteint en même temps d'un encéphalocèle de la racine du nez.

La séance est levée à cinq heures.

Le secrétaire : TILLAUX.

Séance du 13 août 1873. — Présidence de M. MAURICE PERRIN.

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

CORRESPONDANCE

La correspondance comprend :

La *Gazette des Hôpitaux*; — l'*Union médicale*; — la *Gazette hebdomadaire*; — le *Progrès médical*; — le *Mouvement médical*; — la *France médicale*; — la *Gazette obstétricale*; — le *Journal de médecine et de chirurgie pratiques*; — le *Bordeaux médical*; — le *Journal médical de la Mayenne*; — le *Montpellier médical*; — le *Bulletin de la Société de médecine légale*, 2e fascicule, t. II.

M. Dimitrisco-Sévéréano (de Bukarest) adresse à la Société plusieurs mémoires de chirurgie imprimés en valaque.

M. VERNEUIL offre la thèse de M. Bouchage : *Des divers traitements du tubercule du testicule et en particulier du traitement par le cautère actuel.*

Un livre de M. Letiévant (de Lyon) : *Traité des sections nerveuses.*

VACANCES DE LA SOCIÉTÉ

La Société de chirurgie entrant en vacances à partir du 15 août, la prochaine séance aura lieu le mercredi 1er octobre.

Discussion sur la galvano caustique.

M. TRÉLAT. Je désire présenter quelques courtes observations en réponse à nos collègues qui ont bien voulu prendre la parole sur la communication que j'ai faite dans la dernière séance.

Vous vous souvenez que c'est surtout des polypes naso-pharyngiens qu'il a été question. M. Lannelongue s'est demandé s'il ne conviendrait pas de conserver l'ancien procédé de l'arrachement pour ces gros polypes muqueux de l'arrière narine dont j'ai fourni une observation récente. Dans ce fait, le succès opératoire, je l'ai dit, a été complet et vraiment facile. Il est fort douteux que l'arrachement eût donné une abrasion aussi exacte et aussi rapide. D'ailleurs, quand on n'a fait aucune opération préalable sur le nez, la manœuvre des pinces est loin d'être facile, et si on les introduit par la bouche, il faut se servir d'instruments à forte courbure et dont on ne voit pas l'extrémité.

N'oublions pas que ces gros polypes muqueux du fond du nez ont, depuis longtemps, conduit les chirurgiens à essayer différents procédés de ligature dont aucun ne vaut assurément l'anse coupante pour l'efficacité ou la rapidité.

Ici il ne saurait être question de l'écraseur, car la narine est supposée intacte, et je ne vois pas comment on pourrait y faire pénétrer l'instrument. Aussi puis-je dire en toute assurance que si j'avais de nouveau à traiter un de ces polypes nasaux, gros, durs, pédiculés, j'aurais de nouveau recours à l'anse coupante introduite par la narine sans aucune opération préalable.

Mon excellent collègue et ami, M. Verneuil, a argumenté d'une autre façon. Tout en convenant qu'il avait assez rarement employé

l'anse galvano-caustique, il lui a fait son procès en règle et est arrivé à cette conclusion que le rôle du galvano-cautère dans la cure des polypes naso-pharyngiens est à peu près nul.

Je ne partage pas cette opinion.

M. Verneuil a rendu un réel service à la chirurgie en montrant l'utilité des larges opérations préalables pour l'ablation des polypes de la base du crâne. Frappé de leur tendance à la récidive, de leurs prolongements étendus, des accidents redoutables qu'ils entraînent, il invoque les dernières ressources de l'art pour arriver à une destruction complète. Mais vous savez, messieurs, que d'autres collègues, MM. Gosselin, Legouest, A. Guérin, font valoir de tout autres idées. Il leur suffit d'arrêter les accidents et de détruire les parties saillantes de la tumeur, et, s'appuyant sur des observations valables, ils soutiennent qu'il n'est plus besoin de tant d'efforts ni de dégâts pour obtenir une guérison qui souvent sera le résultat naturel du progrès des années.

Voilà les deux courants qui entraînent l'esprit des chirurgiens. C'est surtout à ceux qui suivent le second que l'anse coupante peut rendre de grands services. A ce propos, je rappelle que M. Verneuil m'a très-délicatement fait observer que mon malade (celui que je traite depuis plus d'un an et auquel j'ai fait la résection temporaire du maxillaire supérieur), n'est pas guéri. C'est vrai, tellement vrai, que ce sont mes dernières tentatives instrumentales qui m'ont amené à prendre la parole. Oui, il reste encore une partie du pédicule que je trouve trop saillante et que je voudrais faire disparaître. Mais ce qui est vrai aussi, c'est que depuis six mois mon malade n'a plus l'ombre d'un accident, c'est qu'il respire à pleins poumons et mange à plein gosier; qu'il est gras, gros, fort. Il me semble réellement que son fibrome, fatigué de lutter contre le chirurgien, ne pousse plus que de misérables bourgeons, qui grossissent à peine et qui bientôt peut-être ne grossiront plus du tout.

M. Verneuil a un moment mis en parallèle l'écraseur linéaire et l'anse galvano-caustique pour donner la palme au premier, puis il s'est attaché à prouver qu'avec l'un ou l'autre des instruments on n'arriverait jamais qu'à couper le polype par le milieu, *au ras du plancher des fosses nasales.*

Mais veuillez vous souvenir que je suppose la narine intacte, et que, par cela seul, l'écraseur est mis hors de cause. Malheureusement son volume ne permet pas de l'employer. L'instrument que j'introduis dans le nez est gros comme une sonde de Belloc; il a exactement 6 millimètres sur 4. On peut conduire son extrémité au sommet des fosses nasales. C'est pour atteindre ce but que j'ai multiplié les essais et les tentatives. J'espère y être arrivé; il ne restera plus alors que la difficulté du placement de l'anse autour du pédicule. Mais cela c'est affaire d'habileté, d'habitude, de souplesse du fil. En tout cas, il vaut mieux essayer, c'est-à-dire expérimenter, que d'accueillir par des fins de non-recevoir un procédé qui est loin d'avoir encore fourni tous ses résultats.

M. MARJOLIN. Quel que soit le siége, le nombre, l'étendue des tumeurs érectiles congéniales, il faut toujours en premier lieu la vaccine. Les nombreux succès que j'ai obtenus après l'emploi de cette méthode, dont l'application fut conseillée dès la découverte de la vaccine, m'engagent à insister sur une plus grande généralisation de ce procédé opératoire. Si on n'obtient pas par ce moyen constamment une guérison radicale, on modifie toujours les tissus d'une manière heureuse et on rend les autres procédés d'une application plus facile.

COMMUNICATION

M. DEMARQUAY. Je reçus, il y a quelques jours, dans mon service, un jeune homme de vingt-deux ans qui souffrait vers le mamelon gauche. Deux mois auparavant, il se trouvait entre les brancards d'une voiture, quand il fut renversé par le choc d'une autre voiture, et frappé de la sorte, à la poitrine, par l'un des brancards. Il en ressentit une très-vive douleur qui ne fut point calmée par l'application d'un bandage de corps. Quand il se présenta à mon observation, il existait, au niveau du mamelon gauche, une tumeur du volume d'un œuf. Cette tumeur était fluctuante, et le toucher donnait lieu à une crépitation osseuse bruyante. Après certaines hésitations, après avoir acquis la certitude que les fragments baignaient dans le pus, je me décidai à faire une large incision. Je trouvai deux fragments nécrosés à leur extrémité et un fragment plus petit implanté dans la plèvre pulmonaire.

Je détachai ce dernier et reséquai les deux autres avec la pince de Liston. Cette opération fut faite, bien entendu, en conservant le périoste, c'est-à-dire en suivant la méthode expérimentale de Flourens.

Ce fait m'a paru digne d'attention, car, jusqu'ici, je n'avais trouvé qu'un seul cas de pseudarthrose à la suite d'une fracture de côté.

M. Labbé signale qu'il a pratiqué une opération analogue. Il reséqua 7 centimètres de la 6e côte nécrosée, et bien que la malade fût jeune, il n'y eut pas de reproduction osseuse.

M. CHASSAIGNAC. L'opération exécutée par notre collègue Demarquay mérite d'autant mieux d'attirer l'attention de la Société, qu'il n'existe dans la science aucun cas où la résection costale ait été pratiquée pour remédier à une pseudarthrose costale.

Je trouve en effet que Celse parle de la résection partielle des côtes comme d'une opération connue; que Galien l'a pratiquée; qu'Avicenne recommande la même opération pour les fractures de côtes avec lésion des organes respiratoires. Puis, dans la succession des temps, elle fut pratiquée avec succès par Aymar Séverin, Gooch, Osnelt, Lecat, Ferrant, Sediller, Levacher, Suif, Petit, Duvernay, La Peyronie, Hérissant, Desault.

Plus près de nous, Percy, Larrey, Richerand, Cittadini, Warren, Dixon, Textor, Roux, Velpeau, ont puissamment contribué à démontrer tout le parti qu'on pouvait tirer de la résection, mais aucun d'eux n'a parlé de la pseudarthrose.

Voici le procédé opératoire que je mets en pratique.

Un lambeau curviligne à convexité inférieure met à découvert la lésion deux ou trois jours avant la résection définitive. Après avoir taillé le lambeau, je place, avec de très-grandes précautions, et au moyen d'une aiguille courbe, deux fils très-strictement juxtaposés, au ras de la face interne de la côte, et dont chacun se trouve à la limite même où doit tomber la section osseuse. Chacun de ces fils est remplacé, au bout de douze ou vingt-quatre heures, par un tube à drainage. Ces tubes préparent une voie facile au passage de la scie à chaine sans compromettre aucunement le feuillet pleural tapissant la face interne de la côte. C'est alors que, le deuxième ou le troisième jour, je fais la section définitive en enlevant, avec des ménagements extrêmes, le fragment osseux mobilisé avec ses deux extrémités.

M. TILLAUX fait un rapport sur un travail de M. Abadie intitulé : *Note sur un nouveau traitement chirurgical du kératocône.*

Après avoir rappelé brièvement à la Société en quoi consiste le procédé de M. Abadie, après avoir fait remarquer que ce procédé est ingénieux, bien conçu, très-logique même, le rapporteur croit cependant devoir faire quelques réserves pour l'avenir. M. Abadie, en effet, n'a eu recours qu'une seule fois à son procédé. Le résultat immédiat a été satisfaisant sans doute, mais sera-t-il durable? Il est vraisemblable, au contraire, que le kératocône se reproduira. Quant au procédé opératoire, il est extrêmement délicat. M. Tillaux craint beaucoup que la branche postérieure des ciseaux, c'est-à-dire celle qui passe derrière l'iris, ne contusionne la cristalloïde antérieure et même ne la déchire. Le rapporteur propose d'adresser des remercîments à M. le docteur Abadie et de publier au bulletin son intéressante communication.

(*A suivre.*)

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

L'épidémie cholérique diminue de plus en plus au Havre. Cette décroissance coïncide avec une augmentation d'intensité à Caen. On sait que deux de nos distingués confrères y sont morts victimes de leur zèle : M. le docteur Vastel, directeur de l'École de médecine, et M. le docteur Faucon, médecin de l'hôpital.

Quelques cas se sont montrés à Cherbourg. Les autorités de cette ville ont pris immédiatement les mesures sanitaires d'usage.

— On lit dans la *Gironde* du 17 octobre :

« M. Bert, professeur à la Faculté des sciences de Paris, membre de l'Assemblée nationale, est arrivé à Bordeaux pour y étudier la question de la création d'une Faculté de médecine. Nous apprenons que M. Bert a visité hier l'École de médecine, où MM. les directeur et professeur n'ont pas eu de peine à lui demander les ressources considérables qu'offre la ville de Bordeaux à la création projetée. Nous croyons pouvoir dire que l'opinion favorable de l'honorable rapporteur est acquise à la demande formulée par le conseil général et par le conseil municipal. »

— *La conférence internationale pour les soins à donner aux blessés.* La *Nouvelle Presse libre* mentionne la conférence internationale privée, qui vient d'avoir lieu à Vienne (Autriche), dans le but de s'entendre sur les mesures à prendre en vue d'apporter les secours les plus prompts et les plus efficaces aux blessés et aux malades, en temps de guerre. A cette réunion, où figuraient des représentants de la plupart des États européens, le corps médical était représenté par MM. les docteurs Ricord et Demarquay.

On y a pris des résolutions d'une importance évidente. La question des perfectionnements à apporter à l'éclairage, à la ventilation, en un mot à l'aménagement des wagons de bagages devant servir au transport des blessés ; celle de la forme et de la disposition des voitures de transport destinées au même usage ; celle enfin de la suspension ou de la fixité des brancards y ont été traitées à fond et parfaitement élucidées. Il paraît que les propositions émises par nos éminents compatriotes et les appareils désignés, sinon perfectionnés par eux, ont obtenu plein succès.

— Les informations publiées par le *Messager de la médecine de Saint-Pétersbourg*, montrent qu'à l'ouverture des cours pour les femmes à l'Académie de médecine et de chirurgie, institués, comme on sait, à titre d'expériences, il y avait eu 130 aspirantes, dont 80 avaient subi les examens prescrits et avaient été admises aux cours, qui s'étaient ouverts en novembre.

— Il se produit en ce moment à Vienne (Autriche) le même phénomène qui s'est déjà produit à Berlin. La cherté des loyers et des objets de première nécessité y a pour conséquence une diminution notable dans le nombre des étudiants qui suivent les cours de l'Université. Le nombre des étudiants immatriculés pour le semestre d'hiver ne sera, dit la *Nouvelle Presse libre*, en aucune proportion avec le chiffre habituel. La diminution est égale à celle constatée à Berlin. Le journal cite un professeur de médecine dont les leçons étaient ordinairement suivies par cinq cents auditeurs ou à peu près, l'amphithéâtre étant trop petit pour les contenir tous, qui cette année ne verra pas, comme tout le fait supposer, la foule se presser à son cours. Il n'en est pas de même dans les universités de province, qui héritent de la présence de tous les étudiants renonçant momentanément au séjour de la capitale.

— M. le docteur Laskowski, professeur libre d'anatomie, a commencé son cours d'anatomie descriptive et des régions, le 20 octobre 1873, à son petit amphithéâtre, rue Monsieur-le-Prince, n° 29. A partir du 4 novembre, ce cours aura lieu tous les jours, de midi et demi à une heure et demie, dans l'amphithéâtre n° 2 de l'École pratique. Les élèves sont exercés à disséquer sous la direction du professeur, dans le pavillon n° 7 de l'École pratique. — On s'inscrit pour ce cours, de quatre à cinq heures, rue des Saints-Pères, 78.

Le Directeur : Dr E. LE SOURD.

Paris. — Typographie A. POUGIN, quai Voltaire, 13.

N° 125. — MARDI 28 OCTOBRE 1873. 46e ANNÉE. MARDI 28 OCTOBRE 1873. — N° 125.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Bureaux : 57, rue des Saints-Pères, 57
PRÈS L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix d'abonnement doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

On s'abonne hors de Paris dans les bureaux des Messageries et chez les Libraires
Les lettres non affranchies sont refusées.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS: Trois mois. . 8 fr. 50 c. — Six mois. . . 16 — — Un an. . . . 30 —

POUR L'ÉTRANGER le port en sus suivant les derniers tarifs des Postes.

HOTEL-DIEU. — CLINIQUE MÉDICALE DE LA FACULTÉ.

M. B. BALL, suppléant M. le professeur BÉHIER.

Du choléra (1).

(Leçons recueillies par M. le docteur H. LIOUVILLE.)

PREMIÈRE LEÇON.
(Suite)

Période de réaction. — Dans les cas les plus favorables, la réaction est franche et rapide. Le refroidissement extérieur est remplacé par une température normale : la cyanose s'efface, et le pouls reparaît ; le sang circule, il a cessé d'être noir ; exposé au contact de l'air, il rougit de nouveau ; en un mot, l'hématose recommence. La respiration est libre, et la barre épigastrique, l'angoisse précordiale, ont entièrement disparu. Enfin, phénomène des plus importants, la sécrétion urinaire se rétablit. C'est surtout à ce moment que les urines renferment de l'albumine, et présentent les caractères que nous aurons tout à l'heure à vous indiquer.

Quelques sujets, à cette période, conservent encore un peu de diarrhée ; mais ces accidents s'apaisent promptement, et la convalescence est rapide.

Mais le retour du malade à l'état de santé peut être entravé de deux manières différentes. Tantôt les phénomènes de réaction s'exagèrent, et l'on voit alors se développer les accidents du choléra typhoïde ; tantôt, au contraire, l'économie, loin de dépasser le but, semble ne plus avoir les forces nécessaires pour l'atteindre, et l'on assiste alors à l'une de ces réactions incomplètes, irrégulières, qui se terminent le plus souvent par la mort.

Dans le choléra typhoïde, la fièvre s'allume, le malade est pris de délire ; des accidents congestifs se déclarent du côté de divers organes; les troubles encéphaliques paraissent surtout dominer la situation ; au délire succèdent la somnolence et la stupeur, à laquelle succède souvent un coma complet, dont l'issue est presque toujours fatale. Comme pour mieux simuler la fièvre typhoïde, cet ensemble symptomatique est accompagné dans quelques cas d'une diarrhée plus ou moins abondante, avec un état fuligineux de la langue et des lèvres, et d'autres indices de l'état adynamique.

Chez certains individus, ce sont les phénomènes ataxiques qui prédominent ; on voit se produire un délire violent, avec de l'agitation, des cris et même des convulsions ; puis le malade tombe dans la prostration et succombe dans le coma.

Il est à peine nécessaire d'insister sur la gravité du pronostic, dans le choléra typhoïde ; bien que la guérison soit possible, la plupart des cas aboutissent à la mort.

Mais le danger n'est pas moins grave, lorsqu'il s'agit de ces réactions insuffisantes, incomplètes, offrant de nombreuses alternatives d'amélioration et d'affaissement. Après avoir repris un semblant de vie, les malades retombent dans l'état algide, quelquefois pour ne plus en sortir ; dans d'autres cas, c'est après plusieurs tentatives avortées de réaction que survient l'affaissement définitif.

La durée totale d'une attaque de choléra, en y comprenant le stade de réaction, ne saurait guère dépasser dix à douze jours ; passé ce terme, si les cholériques ont survécu, ils entrent en convalescence : convalescence souvent difficile et pleine d'hésitations, mais qui n'appartient plus à la maladie dont nous venons d'étudier les phases.

Je n'entreprendrai point, messieurs, de vous exposer les accidents qui peuvent survenir à cette époque ; je n'ai ni le temps ni la prétention d'être complet. Laissez-moi seulement appeler votre attention sur un point qui se rattache aux faits que nous avons eus sous les yeux ; je veux parler de la cessation momentanée des accidents pathologiques, qui suivaient leur évolution chez les malades surpris par une attaque de choléra.

La femme dont j'ai souvent eu l'occasion de vous parler, et qui avait inauguré, en quelque sorte, l'épidémie de la salle Saint-Antoine, offrait, au moment où les évacuations alvines ont commencé, les symptômes habituels de la péritonite puerpérale ; vous savez, en effet, qu'elle venait à peine d'accoucher, lorsqu'elle est entrée dans nos salles. Tous les phénomènes de cet ordre avaient disparu, et la malade, après avoir parcouru les phases diverses d'une attaque de choléra, semblait marcher vers la guérison, lorsqu'elle fut prise d'une suppuration de la parotide (complication assez commune dans la convalescence de cette affection) et d'accidents typhoïdes au milieu desquels elle s'est éteinte douze jours après le début de la maladie.

A l'autopsie, à côté des lésions qui caractérisent le choléra, nous avons trouvé celles qui appartiennent en propre à la fièvre puerpérale : il existait, en effet, du pus dans le péritoine, ainsi

(1) Suite. — Voir le numéro 120.

que dans les sinus utérins. Il semble donc que la maladie primitive ait dû se taire et rester latente pendant un certain espace de temps, jusqu'au moment où les circonstances lui ont permis de reprendre son empire.

Les faits de ce genre ne sont pas exceptionnels; le choléra semble en quelque sorte imposer silence à toutes les autres maladies par la violence avec laquelle il prend subitement possession de l'économie tout entière; mais c'est là une influence aussi transitoire qu'elle est énergique : une fois l'orage passé, les choses reprennent leur cours habituel.

Cette rapide esquisse devra nécessairement vous paraître incomplète, messieurs, car je ne saurais prétendre épuiser un sujet sur lequel nous possédons un si grand nombre de travaux. Permettez-moi cependant de revenir un instant sur quelques points d'une importance capitale, et sur lesquels j'ai dû glisser rapidement, pour vous offrir tout d'abord un tableau d'ensemble.

La *diarrhée cholérique* est formée par un liquide extrêmement aqueux, assez riche en sels minéraux, et surtout en chlorure de sodium, mais pauvre en albumine, sauf dans les cas où il s'est produit des hémorrhagies intestinales et où, par conséquent, du sang en nature se trouve dans les selles.

Il est donc évident qu'on commettait autrefois une erreur absolue, lorsqu'on supposait que le cholérique perdait par l'intestin « tout le sérum du sang. » Il n'existe aucune analogie entre un liquide qui renferme quatre-vingt-dix-neuf parties d'eau sur cent, et ne présente presque aucune trace d'albumine, et le sérum du sang, si riche en matériaux plastiques.

D'ailleurs, une particularité remarquable, et qui a frappé tous les observateurs, c'est la présence dans les selles de petits grumeaux ayant l'apparence du riz soumis depuis longtemps à l'ébullition. Sous le microscope, ces petites concrétions se réduisent à des agglomérations de cellules d'épithélium cylindrique, enlevées aux parois de l'intestin, et à quelques débris de l'épithélium des villosités. Il est donc permis de dire que le choléra est caractérisé (sous ce rapport du moins) par la desquamation aiguë de l'intestin ; nous verrons tout à l'heure, en étudiant les altérations anatomiques de la maladie, combien cette manière de voir est justifiée par les faits. A la période de réaction, l'épithélium tend à se reproduire; mais il subsiste quelquefois une entérite consécutive, qui se traduit par une tendance, quelquefois permanente, aux troubles intestinaux.

Il existe en outre dans les déjections cholériques de nombreux vibrions, qui disparaissent quand les matières ont séjourné quelque temps à l'air libre, et sont remplacés par des microphytes dont la nature est encore assez mal déterminée.

L'état des urines mérite aussi de fixer un instant votre attention. Sauf quelques cas exceptionnels, la sécrétion urinaire est supprimée dès le début des accidents du choléra confirmé, mais la sécrétion urinaire se rétablit pendant la période de réaction, et l'on voit alors apparaître *l'albuminurie*, phénomène signalé depuis 1830 par les médecins russes, et qui présente assurément un grand intérêt clinique ; mais on en a certainement exagéré la portée, lorsqu'on a voulu en faire le signe distinctif du choléra et le moyen de séparer des diarrhées *spécifiques* celles qui n'appartiennent en rien à cette maladie.

L'albuminurie n'est pas un phénomène constant ; d'ailleurs, elle varie beaucoup d'intensité. Non-seulement les diverses épidémies semblent offrir à cet égard des différences notables, mais encore la proportion d'albumine est loin d'être toujours la même chez le même individu pendant les divers stades de la maladie ; elle atteindrait son maximum, d'après M. Desnos, à la période algide, pour décroître ensuite pendant la réaction. Il s'agit, bien entendu, des cas où il est possible, pendant l'algidité, de retirer par le cathétérisme quelques gouttes d'urine de la vessie.

Examinée au microscope, l'urine des cholériques est riche en produits de desquamation (tubes diversement altérés, etc.). Ce serait là, selon l'école allemande (Virchow, Lebert, Griesinger), le résultat pur et simple de la stase circulatoire qui se produit dans les reins, comme partout ailleurs. En présence d'un arrêt dans le cours du sang, la sécrétion urinaire cesse d'avoir lieu ; mais, lorsqu'elle se rétablit, la première urine formée dans la glande pousse devant elle des débris épithéliaux qui s'y sont accumulés pendant que les fonctions de l'organe étaient suspendues.

Une interprétation toute différente et plus judicieuse (selon nous) de ces faits a été proposée par M. le professeur Gubler. D'après cet éminent observateur, il se produirait dans le rein un travail de desquamation semblable à celui qu'on rencontre dans l'intestin, et l'albuminurie qui en résulte serait l'indice d'un travail morbide analogue à celui qui s'opère dans le mal de Bright, d'autant plus qu'une albuminurie permanente peut succéder à cette manifestation passagère et donner lieu aux altérations classiques du parenchyme rénal.

Citons aussi la glycosurie parmi les accidents consécutifs du choléra, sans lui attribuer une importance qu'elle est loin de posséder ici.

Il est enfin une substance qui se rencontre dans les urines dans une foule de circonstances diverses, mais qu'on trouve en grande abondance chez les cholériques à la période de réaction : je veux parler de la *cyanourine*, ou *indigose urinaire*. Lorsqu'on verse dans les urines d'un cholérique une certaine quantité d'acide sulfurique, ce réactif se dépose au fond du verre, et il se forme au-dessus une zone d'une belle couleur bleue, plus ou moins foncée. Nous apprécierons tout à l'heure la signification de ce phénomène.

Hématose; état du sang. — Une autre fonction qui est profondément troublée dans le choléra, c'est l'hématose. Il semble, à la période algide, que le pouvoir d'opérer des échanges gazeux, qui constitue la propriété la plus essentielle du sang vivant, ait presque complétement disparu. Aussi l'air expiré à cette période par les cholériques contient-il peu d'acide carbonique, et beaucoup d'oxygène ; il sort des poumons tel qu'il y est entré, sans subir presque aucune modification. Ce phénomène a servi de point de départ à la théorie de Johnson, d'après laquelle la cause immédiate de tous les phénomènes du choléra serait un arrêt de la circulation pulmonaire — une *crampe* des vaisseaux qui transportent le sang dans les poumons. C'est là comme on voit, une légère modification de la célèbre théorie de Marey. Mais il est évident que le sang lui-même est profondément altéré : car, exposé à l'air, il ne rougit plus, et la matière colorante du sang se trouve dissoute en partie dans le sérum. Il y a donc là une véritable *nécrémie*, une mort des globules, comme dans le croup infectieux, et dans certaines autres maladies de la même catégorie; et ce qui achève de le prouver, c'est que le sang reprend ses propriétés physiologiques à la période de réaction ; les globules sanguins renaissent pour ainsi dire à la vie. On ne saurait expliquer cet ensemble de faits par un simple arrêt de la circulation pulmonaire ; d'ailleurs, les symptômes d'un pareil état de choses, soit dans l'embolie, soit dans la thrombose spontanée des vaisseaux du poumon sont parfaitement connus, et n'offrent aucune analogie avec ceux du choléra.

Dans un travail encore inédit, mais qui vient d'être lu à la

Société médicale des Hôpitaux de Paris, MM. Kelsch et Renaut ont étudié d'une manière toute spéciale les altérations histologiques du sang. Les résultats qu'ils ont obtenus viennent corroborer les idées que nous venons d'exposer.

Comme on pouvait s'y attendre, la richesse du sang en globules augmente de plus en plus pendant les périodes algide et asphyxique ; c'est là une conséquence directe de l'énorme déperdition de liquide qui prive le sang de ses éléments fluides. Le phénomène inverse a lieu pendant la réaction, et la proportion des globules tend à revenir à l'état normal. Mais un phénomène bien plus important à noter, c'est l'amoindrissement des hématies, qui se rapetissent au point de ne plus offrir qu'un diamètre de 3 millièmes de millimètre. Ces petits globules disparaissent lorsque le sang revient à son état normal.

Il est aisé, ce nous semble, d'interpréter les données que nous fournit ici l'analyse micrographique. Un certain nombre de globules rouges, sous l'influence du poison cholérique, sont frappés de mort; ils se rapetissent et sont éliminés plus tard, lorsque l'organisme tend à revenir à la santé. C'est là, selon toute apparence, l'origine de l'indigose urinaire, qui se rencontre en si grande abondance dans les urines des cholériques en pleine réaction. Mais, si tous les globules ne meurent pas, ils sont tous atteints; ils perdent momentanément leurs propriétés vitales essentielles, et ne peuvent plus jouer (pendant un temps donné) le rôle d'agents vecteurs, chargés de porter l'oxygène au sein des tissus de l'économie.

Il est extrêmement difficile de comprendre comment, avec une hématose interrompue, avec une circulation presque entièrement suspendue, il peut se produire une forte élévation de la température centrale, alors que les causes qui entretiennent la chaleur animale semblent aussi complétement abolies. Dira-t-on avec Doyère que c'est *la force musculaire* qui reparaît? Mais il faut se défier de ces explications puisées dans un ordre de raisonnements qui ne s'applique guère aux données de la pathologie.

Je m'arrête ici, messieurs, ne voulant pas pousser plus loin l'analyse des symptômes de la maladie. Permettez-moi, maintenant, de vous parler aussi brièvement que possible de quelques-unes des lésions anatomiques qui la caractérisent.

(A suivre.)

RELATION DE TROIS OBSERVATIONS

DE FRACTURES DES MEMBRES INFÉRIEURS (CUISSE, ROTULE, JAMBE), TRAITÉES PAR L'APPLICATION DE LA BOÎTE-GOUTTIÈRE A SUSPENSION,

Par M. le docteur PHILIPPE (de Saint-Mandé)
Ancien médecin principal.

La *Gazette des Hôpitaux* a bien voulu publier dans ses colonnes quelques travaux que je lui avais adressés sur les avantages que présente ma *boîte-gouttière à suspension* dans le traitement des fractures des membres. (Voir la *Gazette des Hôpitaux* du 9 février 1871, pages 66 et 67; *idem*, 16 novembre 1871, pages 338, 339.)

Je n'avais à cette époque que onze faits à citer pour l'application de cet appareil. Actuellement j'en ai recueilli vingt-quatre. Ce sont les trois dernières observations que je viens relater et qui appartiennent à trois malades que M. le docteur Péan a bien voulu mettre à ma disposition dans son important service de l'hôpital Saint-Antoine, qu'il dirigeait encore à cette époque.

Je suis heureux de profiter de cette circonstance pour témoigner ma reconnaissance et adresser mes remercîments à ce savant et habile chirurgien, qui ouvre largement ses salles aux praticiens dont les efforts tendent à apporter leur tribut aux progrès de la science.

Je me plais aussi à remercier MM. les internes Faure et Hybre, qui m'ont secondé parfaitement dans les expérimentations que nous avons faites de concert.

1re OBSERVATION. — *Fracture de la rotule gauche.*

M. L..., peintre en bâtiment, âgé de soixante-huit ans, entre à l'hôpital, salle Saint-Barnabé, n° 27, le 11 octobre 1872.

Il dit être tombé d'une échelle, le genou gauche ayant porté sur un des barreaux, à la date du 10 septembre.

On constate une fracture transversale de la rotule. Il existe entre les deux fragments un écartement de 2 centimètres : le fragment supérieur est un peu moins volumineux que l'inférieur; il n'y a point d'engorgement des parties molles.

Pendant une douzaine de jours, on met en usage plusieurs espèces de bandages unissants.

Le 23, par ordre de M. le docteur Péan, M. Hybre, premier interne, applique la boîte-gouttière.

On place le malade dans l'extension en élevant le pied.

Le malade peut faire facilement des mouvements sans éprouver de douleur et sans déplacer les fragments.

Le 9 octobre, M. le docteur Péan fait appliquer la griffe de Malgaigne.

Rien de particulier jusqu'au 13. A cette date, on peut observer une espèce de promontoire, formé par un commencement de travail d'ossification. Ce point saillant est dur, de nature osseuse et faisant suite au fragment inférieur de la rotule; l'écartement est un peu diminué.

Le 19, le cal osseux a fait de sensibles progrès et a gagné les parties latérales de l'os fracturé; écartement beaucoup moins marqué.

Érysipèle de la jambe, suivi d'accidents cérébraux.

Le 24, le fragment supérieur prend part au travail ostéogénique. On enlève la griffe, qui laisse après elle quatre petites plaies placées à un demi-centimètre environ au-dessus et au-dessous des fragments qui sont très-appréciables, formant deux saillies éloignées l'une de l'autre de 2 centimètres, comme dans les premiers jours de l'accident.

Le 6 novembre, l'érysipèle de la jambe est guéri.

Le 7 novembre, l'ossification ayant fait de grands progrès, on a pu imprimer quelques mouvements à l'articulation du genou.

Le nouvel os se dessine largement : il présente une surface concave, de forme scaphoïde, placée au-dessous du niveau des deux saillies que forme chaque fragment de la rotule.

Le 12, le cal osseux laisse à peine une distance de 1 centimètre entre ces derniers; le 22, un demi-centimètre.

Le 28 décembre, le malade est envoyé à l'Asile de Vincennes dans de très-bonnes conditions : l'espace compris entre les fragments est presque entièrement osseux, il reste seulement une fente de quelques millimètres de largeur; le membre a recouvré toute sa solidité; il y a encore de la roideur dans l'articulation fémoro-tibiale, qui ne se fléchit qu'incomplétement.

L'ossification sera terminée au bout de quelques mois.

2e OBSERVATION. — *Fracture sus-condylienne de la cuisse droite.*

M. L..., peintre en bâtiment, âgé de cinquante-neuf ans, est entré à l'hôpital Saint-Antoine le 17 septembre 1872; il occupe la salle Saint-Barnabé, n° 19; il est atteint de fracture de la cuisse droite, à 13 centimètres au-dessus de la rotule. Il est tombé de 4 mètres de hauteur sur le genou, la veille de son entrée.

Il y a peu de déplacement : le fragment inférieur est refoulé vers le jarret; le raccourcissement du membre est de 2 centimètres environ. Il n'y a aucune complication; la fracture est transversale.

Le membre est placé, à l'entrée du malade, dans une gouttière ordinaire.

Le 24 septembre, application de l'appareil à suspension, à la gouttière duquel on ajoute un cuissart de 75 centimètres de long, qui se prolonge jusqu'à 5 ou 6 centimètres au-dessus du niveau du point fracturé.

On réduit la fracture par des effets d'extension, avant de placer la boîte qu'on glisse sous le membre, après l'avoir garnie d'ouate et l'avoir munie de quatre liens.

Pour maintenir les fragments en contact immédiat, je soulève avec la main le fragment inférieur, au-dessous duquel j'introduis un fort tampon d'ouate; c'est ce que j'appelle la *coaptation immédiate.*

J'entoure la gouttière de quatre liens et je termine par l'application de tours de bande sur le pied.

L'appareil est fixé au lit par deux longs rubans qu'on a introduits préalablement par les quatre mortaises pratiquées aux quatre coins de la boîte et qu'on fait passer sous le lit du malade en les attachant sur les côtés.

Le 25, pas de déplacement notable.

Pendant la soirée et la nuit précédente, le blessé s'était plaint de douleurs au talon, auxquelles on remédia facilement en repoussant l'ouate sous le tendon d'Achille, de manière à ce que le talon ne portât pas.

A partir du 27, il n'y a plus eu de déplacement des fragments, qui sont maintenant en contact exact.

Le 5 octobre commence le travail de consolidation.

Le 9, ce travail continue et se révèle par un cal très-volumineux.

Le 14, les progrès de l'ossification permettent d'imprimer des mouvements au genou, au prix toutefois de grandes douleurs.

Le malade a pu soulever un peu la jambe.

Le 24, il lève complétement le membre. Le genou est atteint de gonflement.

Rien n'est venu entraver la marche de la guérison. Aucune douleur; les mouvements du membre sont parfaitement libres, excepté ceux du genou qui présentent encore de la roideur.

Le 15 novembre, le blessé se lève et marche avec des béquilles.

Le 16 novembre, il est évacué sur l'Asile de Vincennes.

Je le revois le 24 novembre. Il n'y a pas de claudication: la conformation de la cuisse est normale; il serait impossible d'indiquer le point fracturé, si l'on n'était averti. Il y a quelques millimètres de raccourcissement, qui sont inappréciables lorsque le malade est debout; il marche très-facilement et très-régulièrement, en s'aidant d'une béquille.

Les mouvements du genou sont encore un peu bornés lorsqu'on veut exagérer la flexion.

3e Observation. — *Fracture complète et multiple de la jambe droite.*

Le sieur T..., âgé de trente-six ans, ouvrier plombier, entre à l'hôpital Saint-Antoine, le 18 novembre 1872 (salle Saint-Joseph, nº 43).

Il est atteint d'une fracture complète de la jambe droite, ayant son siége, d'une part immédiatement au-dessus de la malléole interne; de l'autre, au tiers inférieur de la diaphyse du tibia; en troisième lieu, au quart inférieur du péroné. Ces diverses solutions de continuité ont été produites par des coups de pied que le malade a reçus d'un jeune homme.

Il y a un déplacement assez marqué des fragments; du gonflement, surtout au niveau des malléoles.

Le 20 octobre, on applique un bandage dextriné, qu'on laisse huit jours. Des nécessités judiciaires ayant obligé à le retirer, à la sollicitation du malade et avec l'autorisation de M. le chirurgien en chef, le 27 octobre on place le membre dans mon appareil.

A partir du moment de cette application, le blessé n'a éprouvé aucune souffrance : il a pu se livrer à des mouvements du tronc très-étendus et même exagérés, sans qu'il y ait eu aucun dérangement notable dans les points fracturés.

Pendant une dizaine de jours, on a fait quelques efforts de réduction pour remédier aux légers déplacements qui ont eu lieu.

Le 16 décembre (28e jour), le malade a pu fléchir le genou normalement et soulever le membre dans sa totalité; l'articulation du pied se livre à des mouvements étendus.

L'appareil à suspension est enlevé le 29.

Le 30, le malade se lève et peut marcher avec des béquilles.

Le 11 janvier, il est dirigé sur l'Asile de Vincennes, pouvant marcher avec une béquille seulement.

Le membre a conservé toutes ses proportions et ne présente aucune trace de l'accident.

(*A suivre.*)

ÉTUDE SUR LES SELS ARSENICO-FERRIQUES DE LA DOMINIQUE (1)

Par M. le docteur M. Durand.

2e *Observation. — Psoriasis général.*

M... Benoîte, dix-sept ans, de Pouilly (Loire), domestique, d'un tempérament sanguin, d'une bonne santé, entre à l'Antiquaille, le 9 novembre 1866 (salle Sainte-Colette, dans le service de M. le docteur Bonnaric).

Visitée le lendemain de son arrivée, la malade présente un psoriasis occupant tout le corps, des pieds jusqu'à la tête. Les plaques sont desséchées, excepté aux coudes et aux genoux, où elles occupent l'étendue d'une pièce de 5 francs environ.

Aux questions qu'on lui fait sur ses antécédents, elle répond qu'elle a été d'assez bonne santé, mais qu'il y a dix ans, elle fut, pendant trente jours, atteinte d'une fièvre typhoïde qui n'a pas laissé de traces. Un an auparavant, une éruption squameuse analogue au psoriasis dont elle est actuellement affectée, s'était développée sur les coudes, les genoux et la surface antérieure des jambes, quelques plaques discrètes, un peu plus confluentes au niveau des articulations, constituaient toute la maladie. Celle-ci n'a point été modifiée par la fièvre typhoïde. L'éruption reste stationnaire jusqu'à seize ans; aucun traitement n'a d'ailleurs été dirigé contre elle pendant tout ce temps. A cette époque, extension rapide de la maladie sur toute l'étendue des membres supérieurs. Traitement par des pommades dont la malade ignore la composition, bains; guérison incomplète; il persiste encore quelques squames aux coudes et aux genoux. Trois ou quatre mois plus tard, réapparition des plaques avec extension sur toute la poitrine. Quelque temps après, c'est à-dire à seize ans et demi, établissement de la menstruation, et sous cette influence, sans traitement aucun, disparition complète des plaques psoriasiques, si ce n'est aux coudes et aux genoux. Cette guérison n'est que passagère, car, au bout de huit à neuf mois, une nouvelle éruption, encore plus étendue que la précédente, puisqu'elle occupe tout le corps, apparaît et décide la malade à entrer à l'Antiquaille pour y subir un traitement. Notons que la menstruation, régulière dans les trois ou quatre premiers mois de son apparition, venait de subir une très-grande irrégularité pendant les trois mois qui ont précédé la dernière éruption. En effet, l'écoulement menstruel a été suspendu pendant deux mois, et aujourd'hui il revient, tantôt tous les deux mois, tantôt tous les mois, quelquefois même tous les quinze jours. Telle est l'histoire de la malade.

Le 11 novembre, deux jours après son entrée à l'hospice, on prescrit : Tisane dépurative avec 25 centigrammes d'iodure de potassium, un globule d'acide arsénieux, une pilule de conicine et de la pommade à l'iodo-chlorure de mercure 1/60. Le 29 no-

(1) Suite, — Voir le numéro 99.

vembre, suspension de la pommade, qui a produit un peu de stomatite. Gargarisme astringent. Purgation. La pommade mercurielle est remplacée, le 5 décembre, par une autre composée de camphre, goudron et calomel.

Ce traitement est continué jusqu'aux derniers jours de décembre, époque à laquelle tout a été suspendu. A ce moment, il a été permis de constater une amélioration sensible dans l'état de la malade. Les plaques avaient pâli partout ; les squames étaient tombés en partie, mais les taches étaient encore très-visibles, surtout aux coudes et aux genoux ; localisation primitive du psoriasis.

Du 25 décembre 1866 au 5 janvier 1867, pas de traitement.

Le 5 janvier, eau de la *Dominique*, un verre matin et soir. Application de compresses trempées dans cette eau sur les parties malades, le plus de temps possible.

Le 29 janvier, suspension du traitement, faute d'eau.

L'amélioration de la malade sous l'influence du traitement antérieur au 5 janvier, a fait, par le moyen de l'eau de Vals, des progrès très-visibles ; un plus grand nombre de plaques psoriasiques, de gouttelettes (*psoriasis guttata*), ont disparu, mais il en reste encore aux bras et aux jambes, ainsi qu'au visage et sur quelques points disséminés du corps. La malade n'est pas encore guérie.

Abstention pendant quinze jours. — Abstention pendant une huitaine de jours; nouvelle abstention jusqu'au 2 mars. A cette époque, reprise.

Au 25 mars, la malade ne présente plus que des traces de son affection primitive aux deux coudes. Les deux genoux présentent un peu de rougeur. Le reste du corps est entièrement guéri.

3e *Observation. — Psoriasis localisé.*

Agathe C..., âgée de vingt-huit ans, de Saint-Étienne (Loire), veloutière, d'un tempérament lymphatique. — Pas de maladie de peau dans la famille ; un de ses frères seulement a eu une tumeur blanche à l'un des genoux.

Elle entre le 20 octobre 1866 à l'hospice, dans la salle Sainte-Colette, n° 7. Elle est affectée, depuis six ans, d'un psoriasis localisé aux avant-bras et aux jambes. La maladie, primitivement limitée aux coudes et aux jambes, s'est étendue successivement et peu à peu, sans que des pommades dont la malade ignore la nature, et qui, du reste, furent employées peu de temps, aient en rien modifié l'éruption.

Mariée à vingt ans, deux grossesses successives n'ont amené aucun changement du côté de la dermatose. Elle entre à l'hospice de l'Antiquaille sur le conseil de ses parents, dans le service de M. Bonnaric. On la soumet, le 24 octobre, au traitement suivant : tisane dépurative, un globule d'acide arsénieux, pommade au goudron ; le 12 novembre, on ajoute aux prescriptions quatre pilules d'aloès et de savon ; le 26, on remplace la pommade au goudron par celle à l'iodo-chlorure de mercure. Le 23 décembre, suspension de toutes les prescriptions. A cette époque, le psoriasis s'est sensiblement amélioré ; quelques plaques ont disparu : pas de traitement pendant un mois. Le 5 février, eau de la *Dominique*, un verre matin et soir ; compresses de la même eau sur les parties malades, et, après un certain temps, on constate pour cette malade le même résultat que pour celle de l'observation n° 2, c'est-à-dire amélioration très-sensible, disparition de quelques plaques, pâleur de celles restantes, mais pas de guérison complète, ce qui peut être attribué au manque d'eau qui a eu lieu pendant quinze jours, après lesquels elle n'a été reprise que pendant huit. Enfin, au bout de ces huit jours, elle sort guérie de l'hospice.

(*A suivre.*)

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 24 octobre 1873. — Présidence de M. Bernutz.

Choléra.

M. BESNIER met sous les yeux de la Société le tableau suivant, dans lequel il fait connaître le nombre des cas de choléra observés dans les hôpitaux de Paris depuis le début de l'épidémie.

Choléra dans les hôpitaux civils.

Septenaires.	Cas extérieurs. Cas.	Cas extérieurs. Décès.	Cas intérieurs. Cas.	Cas intérieurs. Décès.	Total des cas.	Total des décès.
Du 4 au 11 sept.	56	33	22	19	78	52
Du 11 au 18 sept.	54	28	32	17	86	45
Du 18 au 25 sept.	29	17	34	18	63	35
Du 25 au 2 oct..	21	14	17	19	38	31
Du 2 au 9 oct..	27	20	8	9	33	29
Du 9 au 16 oct..	33	15	7	4	40	19
Du 16 au 23 oct.	49	16	9	3	57	19
Totaux...	269	143	129	87	398	230

M. Besnier fait observer que le chiffre des décès a toujours été en décroissant.

Dans la journée du 23 octobre, on n'a signalé dans les hôpitaux qu'un cas de choléra venant du dehors; il n'y a pas eu un seul cas intérieur, ni un seul décès.

L'isolement, tel qu'il a été pratiqué, paraît avoir donné de bons résultats. M. Besnier cite plusieurs faits à l'appui de cette assertion, et, entre autres, le suivant, qui a été signalé par M. Champenois, médecin en chef de l'hôpital du Gros-Caillou. M. Widal, médecin de cet hôpital, était chargé du service des cholériques ; ces derniers étant très-peu nombreux, M. Widal et son personnel n'en ont pas moins continué à faire en même temps leur service habituel; or, sur vingt-huit cas observés au Gros-Caillou, c'est dans ce service seul qu'ont été signalés les cas intérieurs, pas un seul cas ne s'est développé dans les autres salles.

M. Champenois fait observer en outre, que l'influence du froid s'est souvent montrée, sinon comme cause déterminante, au moins comme cause occasionnelle du choléra chez les militaires. C'est ainsi que bien des soldats ont été pris après des gardes de nuit. On doit signaler aussi l'influence des démolitions.

M. Woillez signale les bons effets qu'il a obtenus dans quelques cas à la suite de l'application du marteau de Mayor; il est parvenu à traiter ainsi des douleurs épigastriques très-intenses chez deux cholériques.

M. Gombaut a obtenu un cas de guérison à la suite d'une saignée de 400 grammes.

M. MOUTARD-MARTIN rapporte le fait suivant :

Dans la salle Saint-François, à l'hôpital Beaujon, était couché un albuminurique qui, ayant été pris du choléra, fut transporté dans la salle réservée aux cholériques. Ce malade ayant guéri fut transporté convalescent, le 4 octobre, dans son ancienne salle, la salle Saint-François, où il fut couché au n° 26. Le 20 octobre, le malade couché au n° 25 fut atteint du choléra; le surlendemain, il en fut de même des malades couchés aux n°s 24 et 27. Malgré le long espace de temps qui s'est écoulé entre le retour de cet albumineux dans la salle Saint-François (4 octobre) et le jour où le n° 25 fut pris de choléra (20 octobre), M. Moutard-Martin a quelque peine à croire qu'il ne s'agit là que d'une simple coïncidence. Il ajoute qu'il n'avait pas encore repris son service le 4 octobre, sans quoi il se serait opposé au retour de ce malade dans la salle.

M. WOILLEZ dit avoir vu se développer deux seuls cas intérieurs

dans son service, et cela à la suite de la présence, dans la salle, de malades convalescents du choléra.

M. FERNET, chargé du service des cholériques, à Beaujon, a vu le malade dont vient de parler M. Moutard-Martin. Ce malade, atteint d'une albuminurie chronique très-intense, une fois pris du choléra, ne pouvait pas rester dans la salle des cholériques. Il demande donc ce qu'on doit faire en pareil cas, car l'administration se refuse à transporter les cholériques convalescents dans les asiles.

M. CHAUFFARD a voulu, en effet, faire envoyer, à l'asile du Vésinet, une malade qui venait d'être atteinte du choléra, et on lui a refusé. Il pense, qu'en ceci, on n'a pas assez tenu compte des convenances pratiques, et qu'il aurait fallu consacrer, dans les asiles, des pavillons spéciaux pour les cholériques convalescents.

M. DESNOS demande à M. Moutard-Martin s'il est certain que le malade dont il a parlé n'a pas eu de rechute.

M. MOUTARD-MARTIN affirme que, depuis le 6 octobre, époque à laquelle il a repris son service, ce malade n'a présenté aucune rechute.

M. MARTINEAU, en opposition au fait signalé par M. Moutard-Martin, rappelle ce qui s'est passé à la Pitié, où il n'a été pratiqué aucun isolement, et où cependant l'épidémie ne s'est nullement propagée.

M. FERRANT demande pourquoi on ne fait pas, dans les autres hôpitaux, ce qui s'est fait à l'Hôtel-Dieu, où il y a un service spécial pour les cholériques convalescents.

M. BOURDON croit avoir remarqué, concurremment avec MM. Brochin et de Serré, qui l'ont signalé ailleurs, que la diarrhée prémonitoire fait plus souvent défaut dans le choléra provenant par contagion que dans les cas de choléra spontané. Il a observé quatre faits à l'appui de cette opinion, et a remarqué, qu'en général, la maladie était beaucoup plus grave, bien plus souvent foudroyante dans les cas de contagion que dans les cas spontanés.

Suite de la discussion sur les injections veineuses dans le traitement du choléra.

M. POTAIN, convaincu depuis longtemps du peu d'efficacité, à une certaine période du choléra, de toute médication administrée par le tube digestif, a tenté déjà, dans les épidémies précédentes, de recourir à d'autres voies d'absorption. C'est ainsi que, dans l'épidémie de 1866, il a employé la méthode des injections sous-cutanées.

Cette année, M. Potain a pratiqué des injections intra-veineuses sur cinq cholériques, dont deux succombaient au moment même où on a commencé l'injection, et ne doivent pas, par conséquent, entrer en ligne de compte; les trois autres étaient déjà dans un état d'asphyxie menaçante.

Comment agissent ces injections? Quelles sont leurs indications? Telles sont les questions que M. Potain a cherché à résoudre.

Ses recherches sur le sang, entièrement confirmatives de celles de M. J. Renaut, lui ont démontré que ce sang était toujours très-concentré, que les globules étaient toujours très-augmentés en nombre, et que cette augmentation était d'autant plus grande que les malades étaient plus gravement atteints. Toutefois ce n'est pas à cette concentration seule du sang que M. Potain attribue tous les phénomènes qu'on observe dans l'asphyxie; mais il faut en tenir compte, car il est incontestable qu'elle apporte une grande gêne dans la circulation.

M. Potain a entrepris une série d'expériences sur le sang du bœuf, à cause de la difficulté qu'il y a à se procurer maintenant du sang humain. En ramenant, par une dilution suffisante, le chiffre des globules à celui qu'il présente chez les cholériques gravement atteints (5,000,000 environ), il lui a été facile de se convaincre que ce sang met beaucoup plus de temps, la pression et la température restant égales, à traverser les capillaires que le sang normal de l'homme, et que la résistance s'accroît en raison de la concentration. La concentration du sérum et de l'albumine, jointe à l'augmentation du nombre des globules constitue donc un obstacle réel au passage du sang dans les capillaires. Il est rationnel de conclure qu'en affaiblissant, par une injection intra-veineuse, la concentration de ce sang, on facilitera sa circulation. On doit donc tenter ces injections veineuses, le seul moyen que l'on ait à sa disposition pour obtenir ce résultat.

La quantité de liquide injecté par M. Potain est de beaucoup inférieure aux quantités qu'a fait connaître M. Dujardin-Beaumetz; elle n'a pas dépassé deux litres. Le liquide injecté est un sérum artificiel préparé par M. Méhu, pharmacien de l'hôpital Necker. L'orateur insiste sur la nécessité de prendre les plus grandes précautions pour n'injecter que des liquides parfaitement purs de corps étrangers, qui détermineraient des embolies. En outre on doit chercher, autant que possible, à employer des instruments peu compliqués. C'est pourquoi M. Potain a eu recours à un simple vase de verre, permettant d'examiner toujours le liquide injecté. Ce vase a trois tubulures. Dans l'une est introduit un thermomètre indiquant la température du liquide; à la seconde, descendant jusqu'au fond du vase, est adapté un tube en caoutchouc destiné à livrer passage à l'injection, et enfin, par la troisième tubulure, on comprime l'air à l'aide de l'appareil de Richardson.

M. Potain préfère de beaucoup un vase à l'irrigateur proposé par M. Beaumetz; la transparence du récipient permet de vérifier, à chaque instant, le liquide que l'on introduit dans les veines. Il se sert, en outre, d'une canule fine, qu'on introduit dans une des veines du poignet ou de l'avant-bras. M. Potain a pratiqué cinq fois ces injections; il n'a obtenu aucun succès; mais, une fois, il a constaté une notable amélioration dans l'état du malade. Il pense qu'on doit chercher autant que possible à perfectionner ce mode de traitement, comme pouvant fournir de bons résultats. Avec les précautions qu'il a indiquées, on n'a, suivant lui, aucun accident à redouter.

M. LAILLER demande à M. Potain de quels tubes en caoutchouc il s'est servi. Un grand nombre de ces tubes, dit-il, contiennent souvent des substances étrangères, du soufre entre autres, qui s'éliminent avec le liquide de l'injection, et, peut-être, cela pourrait-il constituer un danger pour les injections intra-veineuses.

M. LABOULBÈNE demande quelles veines a choisies M. Potain pour pratiquer ces injections.

M. POTAIN répond à M. Lailler qu'il s'est toujours assuré que les tubes dont il s'est servi fussent en parfait état; et, à M. Laboulbène, qu'il choisit généralement les veines dorsales du poignet pour y pratiquer ses injections.

RAPPORT TRIMESTRIEL SUR LES MALADIES RÉGNANTES

M. BESNIER, dans ce rapport, signale les rapides modifications qu'a présentées la constitution médicale dans ce dernier trimestre, modifications dues surtout au *choléra*, dont il vient de parler, et à la *fièvre typhoïde*, qui a présenté son exacerbation saisonnière habituelle et une gravité exceptionnelle, puisque la mortalité a été, en moyenne, de 33 pour 100 au lieu de 27 pour 100, qui a été la moyenne des six dernières années.

Les *affections des voies respiratoires* n'ont rien présenté de particulier.

Les *affections diphthéritiques* se sont montrées plus fréquentes et surtout beaucoup plus graves, puisqu'elles ont fourni un nombre de décès double du nombre des malades atteints dans la moyenne des six dernières années.

Parmi les *fièvres éruptives*, la variole fait complétement défaut; la scarlatine s'est montrée peu fréquente; la rougeole a régné avec une certaine intensité.

Les *affections des voies digestives*, particulièrement les diarrhées, ne se sont pas montrées plus fréquentes que dans les années précédentes; elles ont même présenté une diminution notable en juillet, un accroissement peu marqué en août, et, à partir de cette époque, il est à présumer qu'un grand nombre d'entre elles ont été portées à l'actif du choléra. Les dysentéries se sont montrées fréquentes et graves, surtout dans les hôpitaux militaires.

Les *affections puerpérales* ont présenté leur décroissance habituelle dans les mois d'été. On a pu constater de nouveau les bons effets des accouchements à domicile, puisque ces derniers n'ont donné que 1,15 pour 100 de décès, tandis que la mortalité des femmes accouchées à l'hôpital a été de 3,30 pour 100.

LECTURE

M. FÉRÉOL lit une note sur *la communication des noyaux d'origine de la 3e et de la 6e paire de nerfs.*

Nous reviendrons ultérieurement sur ce travail.

La séance est levée à cinq heures un quart.

ÉTAT SANITAIRE.

Paris. — Pendant la semaine finissant le 24 octobre, on a constaté 815 décès, savoir :

Variole, »; rougeole, 14 ; scarlatine, 1 ; fièvre typhoïde, 41 ; érysipèle, 4; bronchite aiguë, 19; pneumonie, 32; dysentérie, 7; diarrhée cholériforme des jeunes enfants, 17 ; choléra, 54; angine couenneuse, 2; croup, 9 ; affections puerpérales, 2; autres affections aiguës, 229; affections chroniques, 288, dont 129 dues à la phthisie pulmonaire ; affections chirurgicales, 72; causes accidentelles, 24.

Renseignements sur quelques autres villes :

Londres. — Décès du 12 au 18 octobre 1873, 1,283.

Variole, »;—rougeole, 55 ;—scarlatine, 18;—fièvre typhoïde, 22; — érysipèle, 12; — bronchite, 139 ; — pneumonie, 79; — dysentérie, 1; — diarrhée, 30 ; — choléra nostras, 2; — diphthérie, 5 ; — croup, 14; — coqueluche, 31.

Rome. — Décès du 6 au 12 octobre 1873 : 167.

Variole, »; — fièvre typhoïde, 6 ; — érysipèle, 1; bronchite, 5; pneumonie, 17; — diphthérie et croup, 4.

Nice. — Décès du 1er au 15 octobre 1873 : 50.

Variole, »; — fièvre typhoïde, 5; — pneumonie, 3 ; — bronchite, 2; — dysentérie, 1 ; — diphthérie, 1 ; — croup, 1.

Bruxelles. — Décès du 5 au 11 octobre 1873 : 84.

Rougeole, » ; — fièvre typhoïde, » ; — bronchite et pneumonie, 7; croup et angine couenneuse, » ; — diarrhée des jeunes enfants, 12.

Lille. — Décès du 16 au 30 octobre 1873 : 149.

Rougeole, 2; — fièvre typhoïde, 1 ; — érysipèle, 1; — bronchite, 15 ; — pneumonie, 6; — cholérine, 4; — diarrhée entérite, 30; — diphthérite et croup, 1.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Écoles de médecine anglaises. — D'après un rapport de l'inspecteur du Gouvernement pour les écoles de médecine de la métropole, M. Ch. Hawkins, le nombre des élèves suivant les cours s'est notablement accru : il était l'année dernière de 1,496; il est cette année de 1,623. L'école attenante à l'hospice de San Bartolomew compte 100 élèves nouveaux ; l'école de Guy en compte 93, mais cette dernière est de beaucoup la plus importante, puisqu'elle compte en tout 314 élèves. San Bartholomew en compte 274; University-College 269, dont 66 nouveaux; Saint-Thomas 181, dont 53 nouveaux; King's College, 141, dont 45 nouveaux ; the London 116, dont 37 nouveaux; Saint-George 114, dont 34 nouveaux; the Middlesex 80, dont 37 nouveaux ; Santa-Mary 65, dont 21 nouveaux; Charing-Cross 41, dont 13 nouveaux; Westminster 27, dont 12 nouveaux. C'est un total de 511 élèves nouveaux; c'est 35 de plus que l'année dernière. Indépendamment des étudiants, il y a un assez grand nombre de personnes qui suivent les cours de médecine, sans prendre d'inscriptions; ce sont spécialement celles qui préparent leus examens pour faire partie du Royal College of Surgeons (collége royal des chirurgiens). (*Times.*)

— *Le choléra dans l'Inde.* — Après une période d'immunité relative pendant les années 1870-71, l'Inde septentrionale a été de nouveau atteinte par le fléau du choléra. Les morts enregistrées comme causées par cette maladie en 1872 s'élèvent à 165,458, dont 50,565 dans les provinces du nord-est; 46,901 dans le Bengale; 15,642 dans la présidence de Madras. Dans l'armée européenne, sur un total de 77,235 personnes, y compris les femmes et les enfants, 888 cas ont éclaté, dont 615 ont été mortels. Dans les troupes indigènes, la proportion des morts a été de 4.9 p. 1000, tandis que parmi les prisonniers, exposés à beaucoup de privations, à Béhar, elle n'a été que de 3.9 p. 1000. Il est à remarquer que la mortalité dans les troupes anglaises a sévi le plus fortement au Bengale, où, dans le cours de deux mois, sur 817 cas, il y a eu 559 décès. Cette année pour la première fois, au moins avec une certaine intensité, le fléau s'est montré dans les districts montagneux.

Le caractère le plus remarquable de cette maladie, c'est la localisation dans certains endroits. Dans presque tous les cas, on s'est bien trouvé de s'éloigner des lieux infectés par le choléra, pourvu qu'on s'en écartât à une distance assez considérable.

Résumé d'anatomie, par le docteur FORT. — 1 vol. in-32 de 500 pages, avec figures. — Prix : 5 fr.

Le Directeur : Dr E. LE SOURD.

Paris. — Typographie A. POUGIN, quai Voltaire, 13.

Eaux minérales de Vals acidules.

Gazeuses, Bicarbonatées, Sodiques, analysées par O. Henri.

Thermalit 13°	Saint-Jean	Rigolette	Précieuse	Désirée	Magdeleine
Acide carbonique libre...	1 425	2.095	2.218	2.145	2.050
Bicarbonate de soude....	1.480	5.800	5.940	6.040	6.280
— de potasse...	0.040	0.263	0.230	0.263	0.255
— de chaux....	0.310	0.259	0.630	0.571	0.520
— de magnésie.	0.120		0.750	0.900	0.672
— fer et mang.	0.006	0.024	0.010	0.010	0.029
Chlorure de sodium......	0.060	1.200	1.080	1.100	0.169
Sulfate de soude et chaux.	0.054	0.220	1.185	0.200	0.235
Silicate et silice, alumine..	0.080	0.060	0.060	0.058	0.097
Iodure alcal. arsenic lit...	indice	traces	indice	indice	traces
	2.151	7.826	8.885	9.142	9.248

Ces eaux sont *très-agréables* à boire à table, pures ou coupées avec du vin. Un excès d'acide carbonique et la proportion heureuse des bicarbonates calciques-magnésiens en font, malgré la plus riche minéralisation qui soit connue en France, des eaux *légères, douces*, essentiellement *digestives*. Dose ordinaire, une bouteille par jour. (*Indiquer autant que possible la source que l'on entend prescrire.*) *Emplois spéciaux* : SAINT-JEAN, maladie des organes digestifs ; — PRECIEUSE, maladies de l'appareil biliaire ; — DESIREE, maladies de l'appareil urinaire ; — RIGOLETTE, chlorose, anémie ; — MAGDELEINE, maladies de l'appareil sexuel.

SOURCE FERRO-ARSENICALE DE LA DOMINIQUE

Acide sulfurique libre..............		1.33
Silicate acide	sesqui-oxyde de fer	0.44
Arséniate »		
Phosphate »		
Sulfate »		
— de chaux..........		
Chlorure de sodium..................		
Matières organiques..................		

Cette eau est arsenicale; elle n'a aucune analogie avec les précédentes. Fièvres intermittentes, cachexies, dyspnée, maladies de la peau, scrofule, maladies organiques, etc.

Les eaux de ces sources se transportent et se conservent sans altération ; elles se trouvent dans les principales pharmacies de France, au prix de 8,80 c. la bouteille en verre noir, revêtue d'une étiquette et coiffée d'une capsule en étain indiquant la source où elle a été puisée.

EXPOSITION DE 1867

La seule et unique Médaille pour la Pepsine, en récompense de la supériorité de fabrication constatée après expériences faites par les membres du Jury de l'Exposition 1867, MM. Fehling (de Stuttgart), Fritsche (de Saint-Pétersbourg), a été accordée exclusivement à la

Pepsine de Boudault, seul fabricant et fournisseur de la Pepsine dans les hôpitaux de Paris depuis 1854.

Quinze années de fabrication supérieure.

Elle est employée dans les *dyspepsies légères et rebelles, gastrites, gastralgies, dans les vomissements incoercibles de la grossesse, la lienterie des enfants, et autres affections des organes digestifs*, sous forme de vin, Élixir, Prises, Pastilles et Dragées. *Se méfier des contrefaçons.*

Pharmacie Hottot, 24, rue des Lombards, Paris.

AVIS AUX ÉTUDIANTS

Dans la maison où demeure M. Ruhmkorff, constructeur d'instruments de sciences, rue Champollion, 15, près la Sorbonne, le CONCIERGE a un très grand choix de chambres meublées très-confortables, à louer à des prix modérés.

CONSTIPATION

Guérie sans purger par les pilules de **Podophylle Coirre.** 3 fr. — 24, rue du Regard, Paris, et principales pharmacies.

PAPIER RIGOLLOT
POUR SINAPISMES

Adopté par les Hôpitaux de Paris, les Ambulances et Hôpitaux militaires, et par les Marines française et anglaise.

26, rue Vieille-du-Temple, à Paris, et dans toutes les pharmacies.

VIANDE CRUE & ALCOOL

Traitement par l'ÉLIXIR alimentaire de DUCRO. PHTHISIE, anémie, **rachitisme**, DIABÈTE, *Diarrhée*, **Cachexies**, *Albuminurie, la* **Convalescence**, *l'épuisement*. (Gros), 8, r. Neuve-*Saint-Augustin*, Paris.

VIN MARIANI
à la COCA du PÉROU

Le plus agréable et le plus efficace des toniques. 5 francs la bouteille.

Mariani, pharmacien, boul. Haussmann, 41.

CAUTERETS (Hautes-Pyrénées)

Eaux sulfurées sodiques.

Sources de La Raillère, César, Mauhourat

Les moins altérables des eaux sulfureuses.

S'adresser chez tous les marchands d'eaux minérales, chez les principaux pharmaciens.

Ou à CAUTERETS, au Directeur des Eaux.

EPILEPSIE
HYSTERIE — NEVROSES

Le Sirop de Henry Mure, **au bromure de potassium** (exempt d'iodure), dont l'usage est aujourd'hui universellement répandu, a déterminé un nombre considérable de guérisons publiées dans les recueils scientifiques.

Chaque cuillerée de Sirop de Henry Mure contient 2 grammes de **bromure de potassium** d'une pureté chimique irréprochable.

PRIX DU FLACON : 5 francs.

Vente au détail. — A Paris, 16, rue de Richelieu, pharmacie Lebrou.

Vente en gros. — S'adresser à M. Henry Mure, pharmacien, à Pont-Saint-Esprit (Gard).

EAU ANTI-HÉMORRHAGIQUE
DE TISSERANT

Expérimentée avec succès par plusieurs célébrités médicales, notamment par Récamier, dans son service à l'Hôtel-Dieu ; par MM. Frémy et Monod, médecins des hôpitaux ; par MM. les docteurs Portalès, Riégé, etc., etc., pour le traitement des *hémorrhagies* (notamment les *hémoptysies*, les *métrorrhagies*, les *ménorrhagies*, etc.), — des *flux muqueux*, tels que les *leucorrhées*, les *diarrhées simples* ou *dysentériques*, etc.

MM. les médecins qui n'auraient pas encore expérimenté ce médicament, sont priés d'en faire prendre un flacon, qui leur sera délivré gratuitement à la Pharmacie SAVOYE, boulevard Poissonnière, 4, à Paris.

Anémie, chloro-anémie, scrofule, rachitisme, phthisie, épuisement, fatigue et généralement dans tous les cas où il est nécessaire d'employer

UN FORTIFIANT ÉNERGIQUE ET UN BON DÉPURATIF

SIROP RECONSTITUANT AU PHOSPHATE DE CHAUX

De **BARBARIN**, pharmacien de 1re classe, ex-interne des hôpitaux.

PLUS ACTIF QUE L'HUILE DE FOIE DE MORUE.

Le goût en est très-agréable et chaque cuillerée à bouche représente 2 grammes de phosphate de chaux. En France, 2 fr. 50. Paris, BARBARIN, 163, r. de Belleville, et les ph. de France et de l'étranger.

PRIME DE **16,600** FRANCS — MÉDAILLE D'**OR** A LAROCHE

QUINA LAROCHE

Extrait COMPLET **des 3 SORTES de quinquinas**

ÉLIXIR *reconstituant, tonique* et *fébrifuge*. A base de vin d'Espagne et d'un goût agréable, ce produit participe du vin et du sirop de quinquina, mais leur est bien supérieur en efficacité.

Le procédé **Laroche** consiste à épuiser par une série de véhicules variés, et un outillage spécial, la totalité des nombreux principes contenus dans les 3 meilleures sortes de quinquinas (*jaune, rouge et gris*), principes essentiels qui se complètent l'un par l'autre, et qui manquent presque toujours dans les préparations ordinaires.

Combiné au fer le *Quina Laroche* **Ferrugineux** offre une préparation aussi complète que possible, pour tous les cas où le *quinquina* et *le fer* sont jugés utiles.

PARIS, 22 et 15, rue Drouot, et dans toutes les pharmacies françaises et étrangères.

J. Laroche

LIENTERIE et DYSPEPSIE — GASTRALGI et ANOREXIE

PANCRÉATINE DEFRESNE

HUILE DE FOIE DE MORUE DEFRESNE ÉMULSIONNÉE PAR LA PANCRÉATINE.

PILULES, VIN, ÉLIXIR, ÉMULSION PANCRÉATIQUE DEFRESNE

EMPLOYÉS DANS LES HOPITAUX DE PARIS

(Voir les Mémoires présentés à l'Académie de médecine et à l'Institut.)

La Pancréatine Defresne perd un tiers de sa force dans l'estomac, mais continue son action dans le duodénum en présence de la bile alcaline. Elle rend assimilable, 15 fois son poids de corps gras ; elle digère 50 fois son poids de fibrine, 140 gr. d'empois ou 8,90 d'amidon.

Pharmacie DEFRESNE, rue des Lombards, 2 et 4, et dans toutes les autres pharmacies.

VIN DE QUINQUINA AU MALAGA D'ABBADIE

Rue Sainte-Apolline, 21 (Porte Saint-Denis), Paris

Ce vin qui, depuis 1814, est préparé avec le plus grand soin, **avec des quinquinas choisis et d'excellent vin**, se recommande à MM. les médecins qui veulent prescrire l'emploi d'une préparation sûre et toujours identique.

Ce vin, d'une saveur agréable, est parfaitement pris par les enfants, les vieillards, les convalescents, et par toutes les personnes dont l'estomac est délicat. — *Dépôts dans toute la France.*

N° 126. — JEUDI 30 OCTOBRE 1873. 46e ANNÉE. JEUDI 30 OCTOBRE 1873. — N° 126.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Bureaux : 57, rue des Saints-Pères, 57
PRÈS L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix d'abonnement
doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois

On s'abonne hors de Paris
dans les bureaux des Messageries et chez les Libraires
Les lettres non affranchies sont refusées.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui n'en peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS		POUR L'ÉTRANGER
Trois mois. .	8 fr. 50 c.	le port en sus suivant les derniers tarifs des Postes.
Six mois. . .	16 —	
Un an. . . .	30 —	

Les Bureaux et Ateliers étant fermés à l'occasion des fêtes de la Toussaint, le journal ne paraîtra pas Samedi.

SOMMAIRE. — SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE. — ACADÉMIE DE MÉDECINE. — MINISTÈRE DE LA GUERRE. Liste, par ordre de mérite, des candidats nommés à l'emploi d'élèves du service de santé militaire. — Thèses. — Nouvelles. — Bulletin bibliographique.

Paris, le 29 octobre 1873.

SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

La question du choléra placée par M. J. Guérin sur le terrain de sa genèse et de son évolution, a été traitée hier par M. Chauffard d'une manière magistrale. Se déclarant tout d'abord partisan des doctrines de la conférence de Constantinople, M. Chauffard n'a même pas pensé qu'il fût nécessaire de les défendre, ces doctrines étant restées inattaquées à ses yeux. Mais il a tourné toutes les batteries de sa dialectique contre la doctrine étiologique de M. J. Guérin qui, si elle ne va pas droit à la ruine de la doctrine de l'importation — ce qui n'a été ni la pensée ni le but de M. Guérin, —tendrait du moins à en affaiblir considérablement la portée au point de vue de ses conséquences pratiques et des mesures de prophylaxie générale qu'on en a déduites.

Prenant la question de haut et ne méconnaissant ni l'appui que la doctrine de M. Guérin peut trouver dans les faits, ni le crédit qu'elle a rencontré dans l'opinion d'un certain nombre de médecins, M. Chauffard s'est proposé de combattre pied à pied cette doctrine. Il a pensé que ce ne serait pas trop, pour une pareille tâche, de pénétrer profondément dans les entrailles de son sujet et de faire une étude à la fois analytique et synthétique approfondie de l'affection cholérique.

Son premier soin a été de séparer nettement le choléra épidémique du choléra sporadique, en se fondant à la fois sur ce que la similitude invoquée entre ces deux affections est une similitude trompeuse, qui ne repose que sur un moment seulement de la maladie et sur un syndrome commun à plusieurs maladies diverses, et sur les différences fondamentales à ses yeux de l'étiologie de ces deux affections, l'une naissant au milieu de circonstances individuelles et sous l'influence de causes occasionnelles connues, l'autre ne reconnaissant pour cause unique que la contagion. Il réfute par des arguments semblables le rôle attribué aux diarrhées saisonnières dans la genèse des épidémies cholériques et l'idée des constitutions médicales cholériques.

Si l'on se place au point de vue des grandes généralités si bien développées par M. Chauffard et si l'on remonte aux premières épidémies de choléra qui ont envahi notre pays, nul doute qu'on ne soit conduit à donner sur presque tous les points raison aux doctrines de la conférence de Constantinople, notamment en ce qui concerne l'importation. Ce grand fait initial de l'histoire des premières épidémies cholériques dans notre continent, n'a jamais été sérieusement mis en question. Encore resterait-il à se demander cependant si, dès la première invasion, la maladie n'avait pas disséminé et laissé sur le chemin parcouru des germes, pour la plupart à jamais stérilisés peut-être, mais dont quelques-uns ont pu être refécondés en quelque sorte par l'accession de causes occasionnelles et individuelles, de manière à donner lieu à ces cas de choléra sporadique qui, ainsi que nous le rappelions dernièrement, ressemblent si peu à notre ancien choléra-morbus endémique et ressemblent si bien, au contraire, quoi qu'en dise M. Chauffard, au choléra épidémique, que nous ne craindrions pas de le mettre lui-même au défi de les distinguer l'un de l'autre (1).

Mais si, la part largement faite à l'importation dans les premières épidémies, nous arrivons à l'histoire des épidémies plus récentes, notamment de celle de 1865 et 1866 et de l'épidémie actuelle, sans entrer dans l'examen des faits directs de l'importation sur lesquels plane plus d'un doute et dont la démonstration précise reste encore à faire, ne pourrait-on pas trouver dans

(1) Un fait m'a trop frappé, au début de ma carrière médicale, à Paris, pour que j'aie jamais pu l'oublier. C'était en 1836 ; j'étais à Paris depuis quelques mois seulement, tout imbu encore, tout pénétré de l'étude que je venais de faire du choléra pendant la terrible épidémie du midi de la France en 1835. Le choléra semblait n'être plus qu'un souvenir à Paris. Le premier malade auquel je fus appelé à donner des soins me présenta, à ma grande surprise, le type le plus accompli du choléra tel que je venais d'en voir de si nombreux et de si frappants exemples. Rien n'y manquait : la diarrhée riziforme du début, les vomissements et crampes, et la période algide asphyxique, avec tout son cortége d'anurie, d'excavation orbitaire, d'amaigrissement rapide, d'aridité et perte d'élasticité de la peau, etc. Je me trompe, une chose manqua, ce fut la réaction, la malade ayant succombé dans la période algide. (C'était une femme jeune, robuste, jusque-là très-bien portante, n'ayant aucun antécédent morbide connu et vivant dans des conditions sociales modestes, mais qui excluaient l'idée de misère et de son cortége de privations.) Je n'éprouvais pas le besoin de m'éclairer des lumières d'autrui pour savoir à quoi j'avais affaire ; mais en un pareil début, on comprendra que j'aie désiré m'assurer du concours d'un confrère. Le confrère que l'on appela était M. Sandras, que je vis alors pour la première fois, et qui ne fut pas moins convaincu ni moins surpris que moi-même de la réalité de ce fait de choléra sporadique parfaitement identique, dans tous ses caractères, avec le choléra épidémique le plus authentique.

Dr B.

les différences symptomatiques, dans la différence surtout de la marche de la maladie, différences, nous devons le dire, beaucoup plus accusées à nos yeux entre l'épidémie de 1865 et les précédentes, qu'entre ces dernières et l'épidémie actuelle, ne pourrait-on pas, disons-nous, trouver dans ces différences que nous nous sommes particulièrement attaché à faire ressortir à cette époque, des motifs sérieux de rechercher si les modifications survenues n'étaient pas déjà le fait d'un commencement de naturalisation de la maladie parmi nous? M. Chauffard ne serait pas si éloigné, lui-même, d'accepter la possibilité d'une pareille hypothèse, puisqu'il regarde comme acquis, ainsi que M. Fauvel en a déjà fait l'aveu, que le choléra tend à se fixer dans certaines contrées du nord de l'Europe. Allant plus loin encore que son collègue, il n'est même pas éloigné d'attribuer à cette source nouvelle la provenance de nos dernières épidémies. Nous ne demanderions pas mieux que de compter avec lui sur l'immunité de notre territoire par rapport aux maladies exotiques. Mais cette immunité n'est pas tellement démontrée qu'elle doive nous laisser à cet égard dans une entière sécurité.

L'idée de la naturalisation du choléra sur notre sol n'est encore, à nos yeux, nous le répétons, qu'une hypothèse. Mais cette hypothèse nous paraît mériter un sérieux examen. Elle rendrait compte d'un certain nombre de faits qu'on nous paraît négliger un peu trop. Nous aurions voulu en énoncer quelques-uns aujourd'hui. Mais le temps et la place nous font également défaut. Nous reviendrons sur ce sujet, la question devant d'ailleurs être ramenée par la suite qui sera donnée à cette discussion.

Dr Brochin.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 28 octobre 1873. — Présidence de M. Depaul.

CORRESPONDANCE OFFICIELLE

M. le ministre de l'agriculture et du commerce transmet :

1° Le compte rendu négatif des maladies épidémiques dans les départements du Lot, de la Corrèze, de la Côte-d'Or et de l'Indre, pendant l'année 1872 ; — 2° le compte rendu des maladies épidémiques qui ont régné, en 1872, dans les départements de la Loire-Inférieure, de l'Isère, de la Creuse et du Nord (Comm. des épidémies) ; — 3° le rapport de M. le docteur Bignon, médecin inspecteur des eaux minérales de Saint-Laurent, sur le service médical de cet établissement pendant l'année 1873. (Comm. des eaux minérales.)

CORRESPONDANCE NON OFFICIELLE

Elle comprend : 1° une lettre de MM. Danet, Latapie et Romanowski, sur le choléra (Comm. du choléra) ; — 2° une observation de *grossesse extra-utérine*, par M. le docteur Langlois, du Puy-en-Velay (comm.: MM. Devilliers et Tarnier) ; — 3° deux plis cachetés adressés par M. le docteur Curie. (Acceptés.)

PRÉSENTATIONS

M. DOLBEAU présente, de la part de M. le docteur Houzé de l'Aulnoy (de Lille), une brochure intitulée : *Etude historique et clinique sur les amputations sous-périostées.*

M. GUBLER, au nom de M. le docteur Laissus fils, une brochure intitulée : *Les eaux thermales purgatives de Brides-les-Bains, près Moutiers* (Savoie).

M. DEVILLIERS, une brochure de M. le docteur Favre, ayant pour titre : *Réforme des employés de chemin de fer affectés de daltonisme.*

M. CH. ROBIN, au nom de M. le docteur Armaingaud (de Bordeaux), une brochure intitulée : *De nos institutions d'hygiène publique et de la nécessité de les réformer.*

COMMUNICATIONS

M. DELPECH fait connaître la situation de l'épidémie cholérique :

CHOLÉRA. — *Situation du 21 au 27 octobre :*

	Hôpit. civils. Entrées.	Hôpit. civils. Intér.	Hôpit. civils. Décès.	Hôpit. milit. Décès.	A domicile. Décès.	Totaux par jour.
21 oct.	7	1	2	»	3	5
22 —	7	3	2	»	2	4
23 —	1	»	»	»	4	4
24 —	3	1	3	1	2	6
25 —	5	2	2	»	1	3
26 —	4	»	1	»	»	1
27 —	4	»	3	»	1	4
	31	7	13	1	13	27

Il fait suivre ce tableau de quelques réflexions tendant à faire ressortir la décroissance de plus en plus accentuée de l'épidémie cholérique.

M. LE PRÉSIDENT annonce que M. Lecadre, du Havre, membre correspondant, assiste à la séance.

Suite de la discussion sur la septicémie.

M. DAVAINE lit une réponse à M. Colin sur ses communications relatives à la septicémie.

M. Davaine ne se propose pas d'examiner ou de critiquer les expériences que M. Colin a communiquées à l'Académie, il veut seulement relever quelques assertions qui lui paraissent erronées et remettre dans leur vrai jour quelques questions qui en ont été détournées. M. Davaine répond de point en point aux assertions suivantes de M. Colin : 1° M. Davaine se serait borné à étudier les phénomènes sur une seule espèce animale ; 2° il se serait servi d'un instrument défectueux dans la pratique de son inoculation ; 3° enfin le lapin est l'animal le moins bien choisi pour l'étude des altérations du sang.

Autant qu'il nous a été possible de bien entendre la lecture de M. Davaine, ses réponses aux observations critiques de M. Colin se réduiraient à dire : 1° qu'il n'est pas exact qu'il se soit borné à étudier le phénomène de la septicémie sur une seule espèce animale ; on trouve, en effet, dans son mémoire l'énumération des diverses espèces qui ont servi à ses expériences ; 2° que la seringue de Pravaz dont il s'est servi ne saurait être qualifiée mauvais instrument ; 3° enfin qu'il n'est pas vrai que le lapin soit l'animal le moins bien choisi pour l'étude des altérations du sang, — ce que M. Davaine s'est attaché à démontrer.

L'ordre du jour appelle la suite de la discussion sur le choléra.

La parole est à M. Chauffard.

Suite de la discussion sur le choléra.

M. CHAUFFARD partage sur le genèse du choléra épidémique les doctrines émises par la conférence internationale de Constantinople et adoptées par M. Barth, l'auteur du rapport sur les épidémies des années 1854 et 1865. Ces doctrines portées à cette tribune par M. Fauvel, n'ont point été entamées par la discussion. Si elles avaient pu être attaquées, elles l'auraient été par M. Guérin. Au lieu de les prendre corps à corps, M. Guérin a exposé l'évolution, l'embryogénie du choléra telle qu'il la conçoit. Il a pensé qu'en établissant la spontanéité du choléra épidémique, il réfutait par là même la doctrine de l'importation ; il se délivrait ainsi de la charge accablante des faits contraires ; il laissait, par contre, l'occasion de dogmatiser et d'opposer ses conceptions à la longue suite des documents réunis par la conférence de Constantinople, laquelle n'a fait que traduire le fond commun des opinions acceptées par l'immense majorité des médecins. Mais on pourrait retourner contre M. J. Guérin ce mode d'argumentation. Les faits d'importation sont là, patents, inéluctables : qu'importe contre eux une prétendue embryogénie cholérique établissant une prétendue spontanéité ?

Cependant les opinions émises par notre collègue ont leurs racines dans les principaux faits classiques fournis par l'histoire du choléra, et à ce titre elles font impression sur certains esprits. Il est donc bon d'interroger ces faits, de redresser les interprétations systématiques sous lesquelles quelques médecins les envisagent.

On se tient trop à la surface des faits cliniques dans l'étude du choléra; on s'abandonne trop aisément à des rapprochements superficiels; on fonde des analogies et des similitudes réelles sur d'éphémères apparences, livrées, non par la maladie tout entière, mais par un moment de la maladie. C'est sur des opinions aussi faiblement instituées que repose la doctrine de la spontanéité du choléra. Le but que je me propose est de faire tomber ces rapprochements fictifs, en pénétrant au cœur de la pathologie de l'affection cholérique. Je veux séparer le choléra épidémique de toutes les parentés controuvées, de toutes les affinités parasites sous lesquelles on l'obscurcit. Sa vraie nature en ressortira plus claire et plus sérieusement affirmée.

L'observation nous montre le choléra épidémique sous deux formes principales : à l'état de choléra confirmé, algide, cyanique, asphyxique; et à l'état de diarrhée cholérique. Choléra confirmé et diarrhée cholérique, ces deux formes sont devenues, l'une et l'autre, l'occasion d'assimilations contraires à la nature des choses.

On a déclaré le choléra épidémique confirmé absolument comparable, dans ses symptômes, au choléra sporadique, et beaucoup de médecins inclinent à penser que deux maladies pareilles par leurs symptômes sont nécessairement semblables de nature. De ces deux propositions, l'une est particulière et l'autre générale; la première contient une erreur, et la seconde ne peut être acceptée sans réserve et veut être expliquée et limitée pour être vraie.

Ici M. Chauffard discute cette dernière proposition, en montrant les affections les plus diverses de nature qui se traduisent par un même ensemble de phénomènes.

De cette discussion, M. Chauffard passe à l'étude du problème obscur posé devant l'Académie, celui de l'identité ou de la non identité du choléra sporadique et spontané et du choléra épidémique et importé.

Des trois périodes distinctes que montre l'évolution complète de la maladie, la période prodromique, celle du choléra confirmé et la réaction, la seconde seule, l'algidité cyanique est constante; c'est, en outre, la période la plus saillante. Aussi les médecins ne se représentent-ils, en général, le choléra confirmé que sous cette forme. Là est la vraie raison de l'assimilation du choléra sporadique et de l'épidémique, la similitude de la période algide semblant emporter la similitude des deux affections.

Or, dit M. Chauffard, de toutes les périodes du choléra, c'est la moins caractéristique quant à la nature de la maladie. Un jugement d'identité qui ne repose que sur cette période est absolument sans valeur, et ce sont précisément les deux autres périodes négligées qui, seules, autorisent des conclusions motivées.

En effet, pour que la période d'algidité cyanique pût établir sûrement l'identité, il ne faudrait pas seulement que cette période appartînt aux deux espèces de choléra dans lesquelles on l'observe; il faudrait encore qu'elle leur appartînt exclusivement, qu'on ne la rencontrât pas dans nombre d'affectionss n'ayant avec le choléra aucune affinité. Or, il est loin d'en être ainsi. L'algidité cyanique est, en effet, un syndrôme que je n'appellerai pas banal, mais qui se montre commun à toutes les maladies qui s'accompagnent d'évacuations intestinales plus ou moins abondantes,

L'étude de la diarrhée prodromique nous fournira les plus sûres distinctions entre le choléra sporadique et l'épidémique. La façon dont naît chaque espèce de choléra n'est pas la même, et cette différence dans l'invasion permet déjà de présager une différence dans la nature du mal...

M. Chauffard montre, en effet, le choléra sporadique naissant au milieu de circonstances individuelles. Dans le choléra épidémique, au contraire, le rôle des conditions étiologiques est interverti. Les causes accidentelles et individuelles ne sont plus nécessaires.

L'étude de la dernière période du choléra confirmé vient, à son tour, consacrer la séparation définitive des deux espèces cholériques.

M. Chauffard montre le contraste de la réaction du choléra épidémique avec celle du choléra sporadique et fait ressortir de ce contraste l'opposition de nature des deux maladies.

Que devient, maintenant, ajoute-t-il, l'identité du choléra sporadique et du choléra épidémique? Elle se fonde sur la similitude des symptômes de la période algide, mais elle est démentie par le caractère des autres périodes de la maladie.

De là M. Chauffard arrive à l'étude des diarrhées saisonnières et de leur rôle dans la genèse des épidémies cholériques. Suivant M. J. Guérin, ce rôle est considérable et même nécessaire. Toute la théorie de M. Guérin sur ce sujet est ingénieuse, mais il n'est pas un point sur lequel elle s'appuie qui ne consacre une erreur. C'est ce qu'il va chercher à établir, en montrant qu'elles sont d'une autre nature que celles qui sévissent en temps d'épidémie; qu'elles ne préparent ni n'annoncent ces épidémies, etc. (Voir la séance du 11 août 1868.)

M. Chauffard termine par l'examen de la prétendue constitution médicale caractérisée par le règne de diarrhées nombreuses, qui toujours précéderait et préparerait l'explosion des épidémies cholériques; et il résume son argumentation en ces termes :

Cette discussion, dont voici le terme, n'a qu'un but : mettre en relief les caractères réels du choléra épidémique, et le séparer plus nettement des affections qui lui ressemblent par quelques symptômes ou par un ensemble de symptômes. Je puis la résumer en ces mots : Le choléra sporadique et le choléra épidémique ne se montrent semblables que pendant une seule période de la maladie, celle qui est constituée par l'algidité cyanique. Le syndrome de l'algidité est un symptôme commun à une foule d'affections diverses; il n'a donc pas une valeur propre à établir l'identité de certaines maladies dans lesquelles on l'observe. Les autres périodes du choléra sporadique et de l'épidémique diffèrent par les symptômes et par tout l'ensemble des caractères; on doit donc conclure que les deux espèces de choléra diffèrent par leur nature. Les diarrhées saisonnières sont distinctes des diarrhées cholériques par leurs symptômes propres, par leurs conditions étiologiques et pronostiques. La diarrhée ne précède pas nécessairement le choléra épidémique; celui-ci peut s'établir d'emblée; il n'a pas besoin de trouver dans la diarrhée sa condition de développement, sa condition embryogénique. Il n'y a pas de constitution médicale préparant et engendrant le choléra. Ce n'est que par des circonstances fortuites et étrangères à sa pathogénie, que le choléra peut survenir pendant le règne de telle ou telle constitution médicale. Cela n'implique pas d'ailleurs que la constitution régnante ne puisse fournir une cause adjuvante au développement d'une épidémie cholérique. L'existence d'une constitution médicale génératrice du choléra, et la marche successive et par étapes du choléra épidémique sont des notions incompatibles. L'ensemble des faits connus démontre la doctrine étiologique soutenue par la conférence de Constantinople, et qui se résume dans un mot, l'importation.

De nouveaux problèmes surgiront-ils de l'épidémie actuelle? Jusqu'ici le choléra importé s'est éteint en France; il s'éteignait aussi dans toute l'Europe. Aurons-nous à réformer à cet égard les enseignements du passé? Nul ne le sait. Toutefois il semble acquis que le choléra tend à se naturaliser, à se fixer du moins dans certaines régions de l'Europe, en Russie et en Pologne. L'épidémie qui nous visite paraît due au réveil et à l'explosion du choléra ainsi naturalisé, ou plutôt, cantonné en certains points de l'extrême nord. Cette sorte de naturalisation s'accomplira-t-elle parmi nous, et l'épidémie régnante serait-elle destinée, sous sa forme un peu languissante, dans sa puissance amoindrie d'expansion, à réaliser une œuvre aussi fatale? L'avenir répondra. Pour moi, j'espère que cette fois encore nous verrons s'éteindre entièrement le choléra, et que, disparu, il ne saurait nous revenir que par une nouvelle importation. L'heureuse terre de France est peu favorable aux maladies importées. Le typhus ne l'habite pas; le choléra ne deviendra pas son hôte à demeure. Je crois que la marche lente de l'épidémie

actuelle nous est un présage de sa prompte extinction, plutôt que d'une prise de possession définitive.

Le mouvement de la science, dit en terminant M. Chauffard, a amené sur les questions que nous venons d'agiter de profonds changements dans les esprits.

L'orateur cite un passage du premier discours de M. Guérin dans lequel celui-ci rappelle qu'il y a une quarantaine d'années, la grande majorité des médecins, aujourd'hui partisans du système de l'importation, étaient anti-contagionnistes.

Cette erreur, suivant M. Chauffard, venait de ce qu'on niait toute contagion, celle-ci étant incompatible avec le physiologisme régnant. Broussais, dit-il, avait brutalement étouffé l'idée de spécificité et de maladie spécifique dans l'idée d'inflammation commune, qui devrait être la raison de toutes les maladies. On rejetait ainsi les vérités le plus sûrement acquises. On repoussait la contagion dans les fièvres éruptives. On la repoussait même dans la maladie contagieuse par excellence, la syphilis, et cela non pour les accidents secondaires, mais pour les accidents syphilitiques primitifs. Et ce n'étaient pas seulement la contagion et la spécificité que l'on chassait ainsi violemment de la science, c'étaient toutes les vérités cliniques qui ne cadraient pas avec la doctrine physiologique de l'inflammation. Je me garderai d'énumérer ces vérités bannies; il faut lire les journaux du temps pour voir jusqu'où peut entraîner l'esprit de système. Je ne sais pas de lecture plus instructive et plus triste. Dieu merci! la vérite ne périt pas parce que les esprits s'insurgent contre elle. La science a retrouvé sa voie et renoué des traditions un instant brisées. Les vérités bafouées ont reparu; la spécificité a reconquis les maladies qui relevaient d'elle, la contagion est rentrée dans le domaine des causes morbifiques. Ce domaine d'observation s'agrandit tous les jours. Il ne comprend pas seulement les fièvres éruptives et la syphilis, l'observation y a successivement amené les affections diphthéritiques, certaines affections catarrhales épidémiqnes, les pyohémies malignes, infections purulentes, fièvre puerpérale, méningite épidémique, la fièvre typhoïde et l'érysipèle ou du moins certaines espèces d'érysipèles, le typhus et le choléra.

Avoir retrouvé tous ces faits d'observation est un grand honneur pour la science moderne; ajoutons que c'est un grand bienfait. M. J. Guérin attaque la doctrine de l'importation du choléra dans ses conséquences pratiques et raille les efforts de ceux qui cherchent à établir un ensemble de mesures prophylactiques destinées à protéger les populations. Veut-il savoir où peuvent conduire ces railleries et quels terribles périls elles recèlent? Qu'il lise l'excellent livre de M. le docteur A. Pellerin : *La contagion du choléra démontrée par l'épidémie de la Guadeloupe.* Il y verra que sur une population de moins de cent cinquante mille âmes, douze mille personnes environ ont payé de leur vie l'oubli des mesures prophylactiques dont il enseigne le dédain. (Ce discours est accueilli par des applaudissements.

M. J. GUÉRIN remercie M. Chauffard d'avoir porté la question sur le vrai terrain scientifique, et se félicite d'avoir aujourd'hui un adversaire avec lequel il sera heureux d'entrer en discussion. Pour le moment, il se propose de lui répondre seulement quelques mots. Il est devenu de mode de lui attribuer, au point de vue de la question prodromique du choléra, des opinions qu'il n'a jamais professées, des idées qu'il n'a jamais émises, et de le donner comme le seul auteur de faits signalés par bien d'autres que par lui. Il proteste contre ces façons d'agir et rappelle que dans tous les discours qu'il a prononcés, dans tous les articles qu'il a publiés sur ce côté de la question, il a toujours cité à l'appui de sa manière de voir les comptes rendus de la Société de Londres, le rapport de M. Barth, etc. Il n'a jamais fait qu'invoquer, comme preuve de ce qu'il avançait, l'expérience de tout le monde, qu'apporter des faits observés par les plus compétents; jamais enfin il n'a nié qu'il y eût des exceptions. Il a seulement cherché à prouver que ces exceptions étaient relativement très-peu nombreuses et qu'elles ne faisaient que confirmer ce qui pour lui est la règle.

Quant à la question relative au traitement de la période prémonitoire du choléra, il continue à affirmer que lorsqu'on traite en temps opportun la diarrhée prémonitoire, on voit presque constamment guérir les malades. Pour sa part, chaque fois qu'il a pu combattre cette période de la maladie, il a obtenu un bon résultat. Il ne veut pour preuve de ce qu'il avance que les relevés qui ont été faits en Angleterre, et dans lesquels, sur 130,000 cas de diarrhée prodromiques, on en a vu seulement 200 arriver au développement du choléra.

La séance est levée à cinq heures et demie.

MINISTÈRE DE LA GUERRE.

LISTE

Par ordre de mérite, des candidats nommés à l'emploi d'élève du service de santé militaire
(Décision du 27 octobre 1873).

1° MÉDECINE

Élèves admis à l'École du Val-de-Grâce.

1. Chavier (Gustave-Alfred). — 2. Bouchoir (Marie-Benjamin-Georges). — 3. Basc (Adolphe-Basile). — 4. Calmette (Émilie-Louis). — 5. Poché (Justin-Charles-Théophile). — 6. Sockeel (Arthur-Waast-Just-Côme-Émile). — 7. Chenot (Paul). — 8. Gauché (Jean-Baptiste). — 9. Sommeiller (Dominique-François-Émile). — 10. Pugibet (Jean-Antoine-Joseph).

11. Piétri (Laurent-Joseph-François-Napoléon). — 12. Sales (Albert-Bernard-John-Marie). — 13. Gourgeaux (Paulin-Jacques-André). — 14. Cauchy (Charles-Arthur). — 15. Devin (Louis-Julien). — 16. Richard (Pierre-Louis). — 17. André (Ernest-Louis). — 18. Martin (André-Firmin). — 19. Guichet (Auguste-Gabriel-Albert). — 20. Gaucher (Paul-Alexis-Joseph).

21. Gressot (Pierre-Armand). — 22. Louis (Charles-François-Aimé). — 23. Bories (Benjamin-Louis). — 24. Vuillemin (Charles-Alexandre). — 25. Courtet (Philibert-Claude-Michel-Augustin). — 26. Veillon (François-Théodore). — 27. Ségur (Jean-Baptiste-Augustin). — 28. Chenaud (Lazare-Claude-François). — 29. Belhomme (Edmond-Jacques-Étienne). — 30. Rousset (Marie-Joseph-Mathias-Léon).

31. Hiard (Georges-Jules). — 32. Crodvolle (Paul). — 33. Cazes (Romain-Anne-Victor). — 34. Goutière (Charles Henri). — 35. Sudour (Jean-Émile). — 36. Carrière (Clément-Auguste). — 37. Legrain (Charles-Adolphe). — 38. Poignard (Eugène-Adrien-Albert). 39. Leroy (Claude-Jules-Arthur). — 40. Ménard (Charles-Augustin-Louis).

41. Liron (Louis-Fulcrand-Isaac-Alfred). — 42. Steibel (Théophile-Joseph-Léger). — 43. Wirolle (Pierre-Louis-Albert-Dulaurier). — 44. Gérauld (Louis-Bernard). — 45. Surugues (Léon-Édouard). — 46. Wagnier (Louis-Célestin-Joseph). — 47. Leconte (Charles). — 48. Richarnin (Charles-Louis-Paul). — 49. Bassompierre (Gaston-Pierre-Marc). — 50. Blanchet (Henri-Louis-Joseph).

51. Linarès (Jean-Louis-François-Fernand). — 52. Taffin (Gustave-Auguste-Louis-Amédée). — 53. Raynaud (Noël). — 54. Rumen (Georges). — 55. Box (Charles-Albert). — 56. Guillamme (Charles-François-Émile). — 57. Boutry (Charles-Auguste). — 58. Hocquard (Charles-Édouard). — 59. Chenet (Jules-Alphonse). — 60. Lemanant des Chesnais (Étienne).

61. Nicaulau-Barraqué (Auguste-Barthélemy-Oscar). — 62. Troché (Jean-Baptiste-Désiré-Célestin). — 63. Pollin (Louis-Henri-Auguste-Marie). — 64. Bouchain (Léon-Marius). — 65. Troy (Hilarion-Marie-Louis-Edgar). — 66. Lalançe (Victor-André). — 67. Monart (Aimé-Henri). — 68. Dorange (Léon-Joseph). — 69. Godard (Constant-Augustin). — 70. De Valcourt (Lucien-Marie-Eugène-Gaston).

71. De Fourmestraux (Paul-Ferdinand-Robert-Joseph). — 72. Lebesgue (Alphonse-Marie-Valentin). — 73. Gavarry dit Charpenel (Paul-Émile-Fortuné). — 74. Dedôme (Auguste-Paul-Louis). — 75.

Rhein (Georges-Jules). — 76. Drumez (Louis-François-Désiré). — 77. Alleau (Alexandre-Simon-Charles-Gaston).— 78. Dodé (Zéphire-Octave-Ulleric).

Élèves de troisième année.

1. Famechon (Henri-Émile). — 2. Dehenne (Albert-Antoine-Georges). — 3. Moriez (Robert-Joseph-Palmire). — 4. Girardin (Charles-Édouard). — 5. Barberot (Louis-Émile). — 6. Couty (François-Paul-Marie-Louis). — 7. Girin (Jean-François-Marie). — 8. Depéret (Charles-Jean-Julien). — 9. Legoff (François-Joseph-Romain). — 10. Mercier (Maurice-Augustin).

11. Pierron (Arthur). — 12. Briot (Jules-Eugène-Ferdinand). — 13. Pernin (Charles-Joseph-Philippe-Gabriel). — 14. Roux (Pierre-Paul-Émile). — 15. Hagenmuller (Paul-Octave).— 16. Gay (Émile). — 17. Laget (Marie Joseph-Alphonse). — 18. Jagot-Lacoussière (Auguste-François-Xavier). — 19. Levêque (Émile). — 20. Schmidt (Mathias-François-Adrien).

21. Chevrel (Hippolyte-Alexandre-Auguste). — 22. Silice (Joseph-Henri). — 23. Chambé (Henri-Marie). — 24. Jarry (Charles-Alfred). — 25. Ribes (Bertrand-Félix-Élie). — 26. Lambert (Marie-Charles-Henri). — 27. Tourtay (Paul-Alfred).— 28. Letard (François-Alfred). — 29. Jouanno (Francigène-Bernard-Marie). — 30. Pommay Henri.

31. Lasserre (Jules-Honoré). — 32. Bourdeloy (Henri-Joseph). — 33. Augé (Marie-Joseph). — 34. Vilary (Pierre-Lucien). — 35. Algier (Émile-Alexandre). — 36. Achintre (Auguste-Charles). — 37. Legrand (Jean-Albert). — 38. Bacqué (Thomas-Sylvain).— 39. Peyron (Armand-Jean-Marc). — 40. Trudeau (Albin-Paul-Alexandre).

41. Arduin (Marie-Ernest-Émile-Pierre). — 42. Hugues (Louis-Gustave). — 43. Douart (Henri). — 44. Hermantier (Jean-Marie-Numa). — 45. Herman (Jules). — 46. Variot (François-Joseph-Marie-Alfred). — 47. Richard (Louis-Marie). — 48. Richard (Jean-Baptiste-Aristide). — 49. Mareschal (Étienne-Joseph-Léon). — 50. Jullian (Marie-Louis).

51. Deydé (Marcel-Alexandre). — 52. Boulian (Jules-Marie). — 53. Narty (Joseph-Émile). — 54. Bousquet (Jean-Marie-Hyppolyte). — 55. Laydeker (Jean-Gabriel). — 56. Navarre (Auguste-Louis). — 57. Grosperrin (Joseph-Auguste). — 58. Ricard (Louis-Armand-Gabriel). — 59. Chopard (Pierre-Émile-Adolphe). — 60. Barot (Étienne-Charles).

61. Cosnard (Théodore-Émile Christian). — 62. Maupetit (Ernest-Gatien). — 63. Brigault (Félix-Jean-Émile). — 64. Genie (Jules-François-Gabriel). — 65. Poncin (Paul-Lucien). — 66. Ahond (Joseph). — 67. François (Laurent). — 68. Roger (Henri-Georges-Victor.) — 69. Boulanger (Benoni-Maximilien). — 70. Ferret (Alexis-Élie).

71. Faure-Lacaussade (Justin-Pierre-Casimir). — 72. De Casabianca (Denis). — 73. Christy (Abel-Victor). — 74. Pitoux (Paul-Émile). — 75. Mullon (Henri). — 76. Colin (Marie-Louis-Auguste). — 77. Giberton-Dubreuil (Guy-Fernand-Raphaël).—78. Ackermann (Victor-Jean-Baptiste). — 79. Paris (Charles-Alexandre). — 80. Lomuller (Marie-Victor).

81. Lambert (Fernand-Philippe). — 82. Badin (Marie-Louis-Alexandre). — 83. Martin (Samuel). — 84. Michalowicz (Edgard-Théophile). — 85. Marmier (Jean-François-Fernand). — 86. Lazare Gustave-Henri). — 87. Cerou (Étienne-Marius). — 88. Lafount (Louis-Henri). — 89. Rabot (Léonard). — 90. Mistarlet (Léon-André).

Élèves de deuxième année.

1. Salle (Georges-François Sigisbert). — 2. Pouey (Pierre-Hyacinthe-Eugène). — 3. Lubrez (Jean-Michel). — 4. Couderc (Paul-Marie-Amédée). — 5. d'Arras (Joseph-Luc). — 6. Comte Henri-Marie-Pierre-François). — 7. Schneider (Jean-Étienne-Justin). — 8. Warnecke (Jean-Gabriel-Marcel).—9. Bertholon (Lucien-Joseph). — 10. Manquat (Alexandre-Napoléon-Louis).

11. Cattet (Jean-Louis). — 12. Bischoft (Charles-Joseph Julien).— 13. Renaut (François-Henri). — 14. Goudard (Antonin-Jean-Henri). — 15. Gardin (Jules-Charles). — 16. Levêque (Anatole). — 17. Chapuis (Jean-Charles-Paul). — 18. Darricarrère (Bernard-Édouard-Charles). — 19. Ravan (Maurice-Louis). — 20 Willette (Jules-Théodore).

21 Beckerich (Adhémar). — 22. Picqué (Lucien). — 23. Pagny (François-Gustave). — 24. Martel (David-Eugène). — 25. Barbaux (Jean-Maurice). — 26. Phisalix (Auguste-Césaire). — 27. Faucon (Pierre-Marcelin-Charles). — 28. Hermitte (Jean-Pierre-André). — 29. Roux (Pierre). — 30 Fournet (François-Louis).

31. Baills (Pierre-Jean-Jacques). — 32. Lallemant (Marie-Jean-Louis-Octave). — 33. Delamarre (Paul-Marcel).—34. Oriou (Alcide-Benjamin-Marie). — 35. Fromantin (Adrien-Joseph). — 36. Vacher (Louis-Claude-Marie). — 37. Godin (Louis-Auguste-Jean-Adrien). — 38. Legagneur (Hippolyte-Antoine-Édouard). — 39. Martin (Aimé-Julien-Marie-Alexandre). — 40. Sirven (Auguste-Hippolyte-Joseph).

41 Mourey (Jean-François-Gabriel-Jules). — 42. Callamand (Cyr-Édouard). — 43. Bony (Paul-Jérôme). — 44. Monthieu (Bernard.)— 45. Hervéou (René-François-Marie). — 46. Butel (Claude-Eugène-René). — 47. Masson (Henri-Julien). — 48. Gauthier (Camille-Gilbert-Georges). — 49. Laurent (Nicolas-Alfred). — 50. Huc (Joseph Emmanuel).

51. Pongis (Barthélemy-Pie). — 52. Langue (Marie Louis-Maurice). — 53. Tixier (Jean). — 54. Saunier (Eugène). — 55. Delhaye (Léon). — 56. Massola (Pierre-Alphonse). — 57. Gruzon (Henri-Alphonse-Joseph). — 58. Jocaveill (André-Martin-Antoine). — 59. Joly (Albert). — 60. Riff (Michel-Tony-Camille).

61. Petit (Paul-Constantin). — 62. Girard (Édouard-Victor-Auguste). — 63. Mathelin (Paul-Gaston). — 64. Poigné (Pierre-Louis), — 65. Dreyfus (Lionnel-Gaston). — 66. Hugonin (Paul-Eugène-Marius). — 67. Boucher (Albert). — 68. Frasey (Charles-Louis-Honoré). — 69. Arjo (François-Exupère). — 70. Darde (Flavius-Édouard).

Élèves de première année.

1. Frizac (Ange-Marie-Édouard). — 2. Joannet (Marie-Georges-Henri). — 3. Bernard-Gustave-Charles). — 4. Villedary (Léon-Paul-Édouard). — 5. Ledoux (Louis-Victor). — 6. Dziewonski (Constantin-Jean-Adam). — 7. Grosclaude dit Galland (Louis-Joseph). — Martin (Alphonse-Félix-Lucien). — 9. Martin (Jean-Charles-Étienne). — 10. Pissot (Paul-Marie-François).

11. Hublé (Martial-Charles-Auguste-Alexandre-Malo).—12. Teulat (Marie-Casimir-Élisée-Édouard). — 13. Floquet (Marie-Charles). — 14. Lebastard (René-Félix-Vital-Victor). — 15. Grenier (Just-François-René). — 16. Vincent (Eugène-Joseph-Gustave). — 17. Codet (Henri-Charles-Alexandre). — 18. Austruy (Théophile-François-Marie).— 19. Charpiot (Charles-Ernest).— 20. Routaboul (Edmond-Henri).

21. Bourbon (Auguste-Charles). — 22. Carret (François). — 23. Féraud (Laurent-Marie-Paul). — 24. Troussaint (Ange-François-Cyprien). — 25. Le Coarer (Louis-Vincent-Marie). — 26. Mandou (Gabriel-Alexandre Marie-Prosper-Sabin). — 27. Brousse (Charles). 28. Basset (Édouard-Joseph-Émile). — 29. Amat (Louis-Charles). — 30. Dupuis (Marie-Frédéric-Gaston).

31. Grognot (Paul-Alexandre). — 32. Beyris (Jean Pierre). — 33. Mons (Antoine-Jean-Baptiste-Laurent). — 34. Grossetête (Pierre-Joseph).— 35. Gaye (François-Joseph-Alexandre).— 36. Petit (Jean-Joseph-René). — 37. Ducloux (Léon-Émile-Paul). — 38. Rochu (Louis). — 39. Beau (Jean-Claude). — 40. Cardot (Marie-Joseph-Philippe-Théodore).

41. Tautain (Louis-Frédéric-Émile). — 42. Chevalier (Henri-Charles-Armand). — 43. Galangau (Henri-Antoine-Ferdinand). — 44. Sensine (Henri). — 45. Jourdain (Léon-Octave). — 46. Boutiron (Zozime-Louis-Maurice). — 47. Lamirelle (Ferdinand-Joannès). — 48. Morel (Émile). — 49. Conti (Antoine-Étienne). — 50. Bourdier (Jean-Aimé).

2° PHARMACIE.

Élèves admis à l'école du Val-de-Grâce.

1. Rœser (Paul-Louis). — 2. Peré (Prudence-Adrien). — 3. Ges-

sard (Louis-Carle). — 4. Simon (Antoine-Marie-Alexandre). — 5. Rousselet (Raymond-Étienne-André-Dominique). — 6. Weill (Alexandre). — 7. Seize (Anselme-Pierre). — 8. Cambriels (François-Eugène-Marguerite). — 9. Puig (Justin-Sauveur-Jean).

Élèves de deuxième année.

1. Darricarrère (Pierre-Marie-Étienne-Casimir-Henri). — 2. Nourry (Alexandre-Jules). — 3. Armandy (François-Marie-Joseph). — 4. Laffont (Jean-Élie-Crespin). — 5. Georges (Louis-Auguste). — 6. Lacour (Léon-Dié).

Élèves de première année.

1. Corne (Isidore-Léopold). — 2. Boutté (Horace-Jules). — 3. Legrand (Louis-Beauvais-Gilbert-Alexandre). — 4. Jacob (Florian Stanislas). — 5. Chapuis (Jean-Adolphe-Achille). — 6. Jegou (Henri-Désiré-Marie). — 7. Delmas (Pierre). — 8. Grellety (Jean-Basile). — 9. Bataillé (François-Marie-Pierre). — 10. Mellier (Paul-Jacques).

THÈSES
SOUTENUES A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS
PENDANT L'ANNÉE 1873.

371. Gardin. Observations pour servir à l'histoire de la méningite tuberculeuse chez les adultes.
372. Piermé. Du corps vitré après son prolapsus.
373. Durand. De l'électrolyse et de son emploi dans les cas de rétrécissements de l'urèthre.
374. Flour. Considérations générales sur les tumeurs de la voûte pharyngienne.
375. Coste. Considérations sur l'urée et les procédés qui servent à leur dosage.
376. Sacreste. De l'onyxis ulcéreuse latérale.
377. Chénieux. Des abcès par congestion ouverts dans les poumons ou les bronches, recherches pour servir à l'histoire du mal de Pott.
378. Thorens. Documents pour servir à l'histoire du pied-bot varus congénital.
379. Dransart. Des ophthalmies lacrymales.
380. Curtis. Étude sur la dilatation des rétrécissements de l'urèthre.
381. Sabourin. Considérations sur la claudication intermittente par oblitération artérielle.
382. Rativeau. De la cornée conique et de son traitement.
383. Descargues. De la grossesse extra-utérine, dite abdominale.
384. Folie-Desjardins. Essai sur les divers traitements de la goutte normale.
385. Gaspais. De l'érysipèle secondaire au point de vue médical.
386. Giachino. Courmayeur, valeur thérapeutique de son altitude.
387. Schwartz. Étude sur les chancres du col utérin (chancre syphilitique).
388. Le Chapelain. Essai sur quelques affections organiques du cœur (dilatation du cœur droit et rétrécissement initial).
389. Bergeaud. Recherches sur la nature et le traitement des manifestations laryngées de la tuberculose.
390. Lobit. Considérations sur l'étiologie et le traitement de l'hydrocèle vaginale.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — Les cours d'hiver de la Faculté (année scolaire 1873-1874) auront lieu dans l'ordre suivant, à partir du 4 novembre :

Physique médicale (les mercredis, vendredis, à midi). — M. Gavarret : physiologie générale. — L'électricité, l'optique. — (Les lundis, à cinq heures, petit amphithéâtre) : Physique biologique. — Étude des éléments chimiques de l'atmosphère. — Rapports des êtres vivants avec l'atmosphère.

Pathologie médicale (les lundis, mercredis, vendredis, à trois heures). — M. Axenfeld, suppléé par M. Damaschino, agrégé.

Anatomie (les lundis, mercredis, vendredis, à quatre heures). — M. Sappey : Le système nerveux central. — Les organes des sens. — Les appareils de la digestion, de la respiration, de la sécrétion urinaire et de la génération.

Pathologie et thérapeutique générales (les lundis, mercredis, vendredis, à cinq heures). — M. Chauffard : État des forces. — Thérapeutique générale.

Chimie médicale (les jeudis, samedis, à midi). — M. Wurtz : Chimie générale.

Pathologie externe (les mardis, jeudis, samedis, à trois heures). — M. Dolbeau : Maladies chirurgicales de l'appareil digestif.

Opérations et appareils (les mardis, jeudis, samedis, à quatre heures). — M. Léon Le Fort : Opérations générales. — Thérapeutique des maladies des artères, des os, des articulations.

Histologie (les mardis, jeudis et samedis, à cinq heures). — M. Robin : Des tissus et des systèmes anatomiques à l'état normal et à l'état pathologique (2e partie du programme).

Histoire de la médecine et de la chirurgie (les mardis, jeudis, samedis, à quatre heures, petit amphithéâtre). — M. Lorain : Les méthodes d'observation dans l'antiquité et dans les temps modernes. — Origines et modes de propagation de certaines maladies épidémiques. — Géographie médicale.

Clinique médicale (tous les jours, le matin), de huit heures à dix heures). — M. Bouillaud, suppléé par M. Brouardel, agrégé, à la Charité; M. G. Sée, à la Charité; M. Béhier, à l'Hôtel-Dieu; M. Lasègue, à la Pitié.

Clinique chirurgicale (tous les jours, le matin, de huit heures à dix heures). — M. Richet, à l'Hôtel-Dieu; M. Gosselin, à la Charité; M. Verneuil, à la Pitié; M. Broca, à l'hôpital des Cliniques de la Faculté.

Clinique d'accouchements (tous les jours, le matin, de huit heures à dix heures). — M. Depaul, à l'hôpital des Cliniques de la Faculté.

COURS CLINIQUES COMPLÉMENTAIRES.

Maladies des enfants (les lundis, jeudis, samedis, à huit heures et demie). — M. H. Roger, à l'Hôpital des Enfants.

— *Muséum d'histoire naturelle de Paris.* M. le docteur Hamy est nommé aide-naturaliste d'anthropologie en remplacement de M. Jacquart, admis à la retraite.

— M. le docteur Jules Mercier — dont nous ignorons l'adresse — est prié de faire retirer dans nos bureaux une lettre qui lui est destinée.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Leçons sur les maladies du système nerveux, faites à la Salpêtrière par le professeur CHARCOT, recueillies et publiées par le docteur BOURNEVILLE. — 2e série, 1er fascicule. In-8°. Prix : 2 francs. — Paris, Adrien Delahaye.

Une synthèse physique. Ses inductions et ses déductions. Universalité des grandes forces; leurs conditions originelles; leur rôle dans le fluide éthéré, avec un appendice physico physiologique, par le docteur Aug. DURAND (de Lunel), officier de la Légion d'honneur, médecin principal de première classe, en retraite, médecin consultant à Vichy. — Paris, 1873, 1 vol. in-18 de 185 pages. Prix : 3 francs. — F. Savy.

Thèses soutenues à la Faculté de médecine de Paris. A. Coccoz, libraire, rue de l'École-de-Médecine, n° 30.

Le Directeur : Dr E. LE SOURD.

Paris. — Typographie A. POUGIN, quai Voltaire, 13.

N° 127. — SAMEDI-MARDI 1er-4 NOVEMBRE 1873. 46e ANNÉE. SAMEDI-MARDI 1er-4 NOVEMBRE 1873. — N° 127.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Bureaux : 57, rue des Saints-Pères, 57
PRÈS L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

Le prix d'abonnement
doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne hors de Paris
dans les bureaux des Messageries et chez les Libraires
Les lettres non affranchies sont refusées.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1859 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui n'en peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS: Trois mois. . 8 fr. 50 c. — Six mois. . . 16 — — Un an. . . . 30 —

POUR L'ÉTRANGER le port en sus suivant les derniers tarifs des Postes.

Paris, le 3 novembre 1873.

SÉANCE DE L'ACADÉMIE DES SCIENCES

Tout le monde a pu lire dernièrement, dans le *Journal des Débats*, la relation d'un cas de monstruosité que le Barnum préposé à l'exploitation dudit désigne sous le nom de l'*Homme-Chien*. M. Roulin, après avoir rendu hommage au rédacteur des *Débats*, complète la narration de ce dernier par l'indication de monstruosités analogues que l'on trouve décrites dans le *Journal d'une ambassade envoyée par le gouverneur général de l'Inde à la cour d'Ava*, par John Crawfurd; Londres, 1834, 2 vol. in-8°.

Le monstre qui fut soumis à l'examen de Crawfurd était âgé de trente ans. « Le front tout entier, dit Crawfurd, les joues, les paupières, le nez, y compris une partie de l'intérieur des narines, le menton, en un mot la face tout entière, à l'exception du bord rouge des lèvres, est couverte de poils fins. Sur le front et les joues, ces poils sont longs de 8 pouces environ, et de 4 sur le nez et le menton. Leur couleur est d'un gris argenté; leur texture est soyeuse, mais ils sont plats et nullement disposés à boucler. La surface postérieure de l'oreille et la surface antérieure, de même qu'une partie du conduit auditif externe, sont couvertes d'un poil de même nature que celui de la face, de 8 pouces de longueur environ... Le corps tout entier, à l'exception des mains et des pieds, est couvert de poils semblables, pour la texture et pour la couleur, à ceux dont nous venons de parler, mais, en général, plus clair-semés. Ces poils ne sont nulle part plus épais que le long de l'épine dorsale et aux épaules, où leur longueur est de 5 pouces; à la poitrine, ils n'en ont pas plus de 4; enfin, ils sont rares sur les avant-bras, sur les cuisses et sur l'abdomen... Nous avons constaté qu'il n'a à la mâchoire inférieure que cinq dents : quatre incisives et la canine de gauche; et à la mâchoire supérieure que les quatre incisives, dont les deux externes ressemblent à des canines. En haut comme en bas, nulle trace de molaires, et il manque même aux deux os maxillaires toute la partie dans laquelle les germes de ces dents ou leurs racines auraient pu se loger. »

Ce singulier phénomène était marié et père de deux enfants, dont l'un, âgé de deux ans, présentait, sur diverses parties du corps, des bouquets de poils semblables à ceux du père.

— Isid. Geoffroy Saint-Hilaire désignait, sous le nom d'omphalosite, des monstres qui vivent d'une vie imparfaite et qui cesse avec la section du cordon ombilical. Il peut arriver cependant que ces montres se développent sur l'œuf d'un embryon bien conformé, et alors ils vivent parce que le cœur du frère jumeau leur fournit une circulation que l'absence à peu près constante du cœur chez ces êtres imparfaits rend impossible. Néanmoins, leur vie est toujours éphémère. Ces monstres omphalosites présentent toutes les anomalies possibles, depuis les anides, simples masses de tissu cellulaire, jusqu'aux paracéphalés, qui ont la tête mal conformée. *L'origine et le mode de développement de ces monstruosités* ont été, de la part de M. Ch. Dareste, l'objet de sérieuses recherches, dont il communique le résultat à l'Académie. « Dans l'organisation animale, dit l'auteur, tout se lie et tout s'enchaîne, et tous les organes sont dans une dépendance mutuelle les uns des autres, dépendance qui se manifeste, au point de vue anatomique, par la corrélation des formes, et, au point de vue physiologique, par l'harmonie des fonctions. Rien de pareil dans les monstres omphalosites, dont toutes les parties se constituent isolément, et sans qu'il y ait entre elles de solidarité anatomique ou physiologique, sans que l'on retrouve, par conséquent, cette succession et cet enchaînement de formations organiques qui sont si évidentes dans les périodes postérieures du développement. »

Après avoir ainsi brûlé ses vaisseaux, M. Ch. Dareste s'en tient à l'observation pure, et il constate que les monstruosités apparaissent dans les premiers états que traverse l'embryon par un arrêt de développement dans la masse des parties (il vaut mieux dire arrêt dans les périodes d'évolution, car, tout en s'arrêtant dans sa progression évolutive, l'embryon peut néanmoins se développer), ou bien par un arrêt de développement dans une ou plusieurs parties seulement. Ce fait déjà connu, mais qui paraît ressortir une fois de plus des recherches de M. Ch. Dareste, ne nous éclaire pas sur l'origine des monstruosités, et cela tient, à notre avis, à ce que M. Dareste est parti d'une notion trop absolue et non suffisamment démontrée, à savoir : « *que les diverses parties de l'organisme manquent de solidarité, lorsqu'elles sont encore constituées par des blastèmes homogènes.* »

Il est évident que l'on ne trouve pas dans les blastèmes cette solidarité qui résultera plus tard de l'activité de la vie fonctionnelle, puisque ces fonctions n'existent pas encore. Mais qu'est-ce qui prouve que les parties des blastèmes ne sont pas liées

entre elles par des liens fonctionnels d'une autre nature? Rien, et bien plus, la logique nous impose l'obligation d'en admettre l'existence. Sans ces liens fonctionnels nécessaires, l'ordre admirable qui préside aux transformations successives de l'ovule ne serait pas possible.

Si, loin de nier cette solidarité dans les éléments primitifs, M. Ch. Dareste l'eût reconnue, il serait sans doute parvenu à jeter quelque lumière sur l'origine des monstruosités en recherchant précisément les conditions mêmes de cette solidarité. A part cette petite critique, nous considérons les recherches de M. Dareste comme très-précieuses et destinées à augmenter la somme de nos connaissances sur une question encore obscure.

— M. P. Duchartre présente, au nom de M. E. Heckel, une note intitulée : *De l'irritabilité des étamines; distinction dans ces organes de deux ordres de mouvements.* Le lecteur soupçonne déjà qu'il s'agit de ces mouvements que l'on trouve dans quelques plantes, dans le stigmate des *mimulus*, dans les étamines des *berberis*, dans les folioles de la *mimosa pudica*, dans les étamines de la *ruta graveolens*, etc.

Quelques auteurs confondent tous ces mouvements dans une même interprétation physiologique; d'autres distinguent les mouvements *provoqués* et les mouvements *spontanés*, attribuant à chacun d'eux des conditions physiologiques différentes. M. Heckel se range parmi ces derniers, et, pour établir cette distinction mieux qu'on ne l'avait fait avant lui, il a choisi pour ses expériences des sujets qui présentent exclusivement soit des mouvements spontanés, soit des mouvements provoqués. Ayant placé un mahonia, dont les étamines ne répondent qu'à l'excitation directe, dans une atmosphère de vapeurs de chloroforme, les étamines sont devenues insensibles à toute irritation directe. Dans une autre expérience, c'est la ruta graveolens, dont les étamines se meuvent *spontanément* sous l'influence de certaines conditions cosmiques, qui a été soumise à l'action du chloroforme. Cette fois, le mouvement dont les organes mâles de la plante étaient animés n'a pas cessé malgré le chloroforme. De l'effet différent produit par le chloroforme sur les mouvements *spontanés* et sur les mouvements *provoqués*, M. Heckel tire ces conclusions :

« 1° Que les *mouvements provoqués* ont un déterminisme spécial qui mérite d'être étudié, et qu'ils peuvent dès aujourd'hui être classés parmi les phénomènes *d'irritabilité fonctionnelle;* 2° que les mouvements spontanés se rattachent à la vie générale de la plante et doivent être rangés parmi les phénomènes *d'irritabilité nutritive.* » Il nous semble que c'est tirer beaucoup de choses d'un simple fait expérimental. Ne dirait-on pas qu'il vient là tout exprès pour couvrir les hypothèses les plus hasardées? Nous pourrions borner là notre critique; mais M. Heckel vise loin, car il pense, dit-il, « que ce sujet puise un nouvel intérêt dans l'appoint que ces phénomènes étranges fournissent comme arguments à opposer à la théorie de la *dualité vitale dans les deux règnes.* » En d'autres termes, M. Heckel incline à penser, il pense, que le principe de vie qui anime les végétaux est le même que celui qui anime les animaux. Nous ne discuterons pas sur ce point. Les causes premières, chacun les *sent* à sa façon, et la vraie science n'a pas à se préoccuper de cette variable manière de sentir. Mais précisément parce que nous désirons rester sur le terrain scientifique, nous nous permettrons quelques considérations à l'occasion de la communication de M. Heckel.

Parmi les expressions regrettables que nous trouvons dans cette communication, nous en relevons deux : *sensibilité* et *motilité*, qui, faute d'être bien définies, sont la cause d'erreurs bien graves. L'être sensible est celui qui *sent* et qui prouve sa manière de sentir par un mouvement. La sensibilité suppose donc deux facteurs : la possibilité de sentir et la possibilité de provoquer un mouvement. Or, de même qu'il y a dans le corps des organes préposés à la sécrétion de la bile, à la propulsion du sang, à l'exécution des mouvements, de même il y en a un qui est préposé au *sentiment;* cet organe est le cerveau, et, jusqu'à preuve du contraire, on ne pourra pas dire que le phénomène *sensation* puisse se produire en dehors du cerveau. Nous n'ignorons pas que les physiologistes les plus éminents, méconnaissant la portée du mot *sensibilité* ou en abusant, ont admis l'existence de centres sensibles dans la moelle ; mais les travaux récents de la physiologie du système nerveux ont fait justice de ces erreurs (1). Le mot *sensibilité* n'est donc applicable qu'à une partie très-restreinte de l'organisme vivant : La sensibilité est une des manifestations *du principe de vie uni à la matière*, et elle ne se montre que dans un organe, dans le cerveau.

Dans un moment où la science n'était pas faite sur ce point, les botanistes ont adopté le mot *sensibilité*, et, trompés par de simples apparences, ils l'ont appliqué à certaines manifestations de la vie végétative, comme les physiologistes, depuis Cabanis, l'avaient appliqué aux phénomènes de la vie nutritive (sensibilité organique et sensibilité animale de Bichat). Nous espérons qu'après cet avertissement, les botanistes voudront bien s'éclairer sur ce point, et nous ne doutons pas qu'après avoir examiné sérieusement la question ils ne renoncent à désigner sous le nom de *sensibilité* des phénomènes qui lui sont complétement étrangers. La littérature, usant ici de ses prérogatives, donne la sensibilité aux plantes, aux minéraux, aux astres; dans le langage ordinaire, on dit même la *sensibilité* d'une plaque daguerréotype ; mais la science pure doit répudier ces complaisances et ces facilités, car il peut en résulter, et il en résulte des méprises déplorables pour l'avancement et les progrès de l'esprit humain. Comme le disait Bacon, les vices du langage sont une des trois grandes sources des erreurs de l'esprit humain.

HOTEL-DIEU DE CLERMONT. — M. Fleury.

Observation de polype naso-pharyngien opéré par l'ablation partielle du maxillaire supérieur,

Recueilie par M. Collandre, interne du service.

Lorsqu'on assiste aux discussions qui ont lieu dans les Sociétés savantes, ou qu'on en lit le compte rendu, il reste bien des doutes dans l'esprit, et on serait fort embarrassé si on avait un parti à prendre ou un procédé opératoire à choisir.

Ces réflexions nous sont suggérées par ce qui s'est passé dernièrement à la Société de chirurgie. Tel opérateur préconise son procédé, dont il dissimule le côté défectueux pour faire ressortir les inconvénients des autres.

Ainsi, M. Chassaignac ne voit rien qui puisse être comparé à son écraseur. C'est assurément un excellent instrument dont nous observons tous les jours les heureux effets entre les mains de nos maîtres ; mais il ne faut pas s'en exagérer l'importance et vouloir en faire une selle à tous chevaux.

Cet habile chirurgien prétend que, dans l'opération des polypes naso-pharyngiens, la voie nasale est celle qui est la meil-

---

(1) Voir la *Physiologie du système nerveux*, par M. le docteur Édouard Fournié.

leure parce qu'elle met à l'abri des hémorrhagies, comme si cet accident était aussi commun qu'il le dit, qu'elle n'a pas les inconvénients de l'ablation du maxillaire supérieur qui laisse après elle une énorme difformité. Seulement, il n'ajoute pas qu'on peut se borner à l'ablation partielle de cet os.

M. Ollier (de Lyon), préfère également la voie nasale, mais il rejette l'emploi de l'écraseur, qui ne détruit pas la racine du polype, et il préconise l'arrachement de son pédicule.

Dans la discussion mémorable qui eut lieu en 1866, M. Verneuil établit, par un grand nombre d'observations, que le procédé qui sauvait le plus de malades est celui qui peut être considéré comme le plus radical, et qui consiste dans l'ablation du maxillaire.

Nous l'avons vu employer cinq fois à l'hôtel-dieu de Clermont, et les cinq malades ont été guéris radicalement. L'un d'eux même était un enfant de quatorze ans chez lequel on dut agir de force, après l'avoir endormi avec du chloroforme. Une asphyxie imminente avait forcé M. Fleury à en venir à cette cruelle extrémité, après avoir obtenu l'autorisation de ses parents.

Seulement, au lieu d'enlever l'os maxillaire en totalité, comme il l'avait fait la première fois, il s'est borné à en retrancher une partie; au lieu de tailler un large lambeau qui laissait une cicatrice trop apparente, il n'a fait qu'une incision demi-circulaire, comme le conseille Velpeau.

Quant à l'hémorrhagie, il ne l'a observée qu'une seule fois, et encore ne venait-elle pas du pédicule; c'était la maxillaire interne qui avait été divisée en découvrant l'os; elle ne suivait probablement pas sa direction normale.

Le procédé de Manne, perfectionné par Nélaton, n'a pas donné des résultats assez satisfaisants pour qu'on soit tenté de l'ériger en méthode générale. La division partielle du voile du palais n'offre pas une voie assez large pour laisser passer une tumeur volumineuse. Reste donc la voie nasale ou l'ablation du maxillaire supérieur.

Quel que soit, du reste, le procédé auquel en donne la préférence, l'écraseur peut rendre de grands services.

Chez le premier malade qui fut opéré à l'hôtel-dieu de Clermont, M. Fleury, trouvant un pédicule trop large et redoutant une hémorrhagie s'il avait recours au bistouri, en pratiqua la section avec l'écraseur, mais il cautérisa au fer rouge la portion qui adhérait à la surface basilaire de l'occipital. Il n'y eut pas de récidive. Chez les autres, le pédicule était si petit qu'on put l'énucléer sans difficultés.

Quant à la difformité, elle est bien peu appréciable si on se borne à une ablation partielle du maxillaire supérieur comme nous l'avons vu dernièrement. Tout se réduit à une cicatrice qui va de la commissure des lèvres à l'os de la pommette, et que les favoris peuvent dissimuler. Le nasonnement disparaît à la longue, et la communication qui existe entre la bouche et les fosses nasales se réduit à une très-petite ouverture qu'un obturateur peut facilement faire disparaître.

La question la plus difficile est celle-ci : le polype paraît bien peu volumineux; le malade n'en a pas éprouvé une grande gêne; sa constitution est vigoureuse, sa santé excellente, les principales fonctions de l'économie s'accomplissent régulièrement, ne pourrait-on pas temporiser ou employer d'autres procédés moins cruels? C'est ce qui est arrivé au malade qui fait le sujet de cette observation.

C'est un grand jeune homme âgé de vingt-cinq ans, cultivateur à Creuzet-le-Neuf (Allier). Il a éprouvé, nous dit-il, il y a un an, une démangeaison dans l'intérieur des fosses nasales. Il y a sept mois qu'il a remarqué que son nez grossissait. Il a bien eu quelques épistaxis, mais elles ont été si légères qu'il n'y a attaché aucune importance.

Le 24 juin de cette année, il s'adressa à M. Cornil (de Cusset), qui fit quelques tractions sur la tumeur. Elles n'eurent d'autre effet que de provoquer un écoulement de sang assez abondant. Une seconde tentative fut répétée le 2 juillet; elle n'eut pas plus de succès que la première.

Au mois d'août, M. Cornil fils, l'habile agrégé de la Faculté, vint dans le département de l'Allier. On lui montra le malade. Sa position lui parut sérieuse, et il lui conseilla de venir à Clermont et d'entrer dans le service de M. Fleury. C'est là que nous l'avons vu le 20 août.

Il existe une légère exophthalmie du côté droit. L'œil est un peu larmoyant; mais la vue n'est pas altérée.

La voix est nasonnée; la prononciation est cependant facile et distincte.

La joue droite est tuméfiée, et, dans l'épaisseur des parties molles, on sent un corps mou qui s'affaisse sous la pression des doigts.

Le dos du nez est élargi; la branche montante du maxillaire supérieur paraît détruite et remplacée par une production molle. On aperçoit, dans la narine droite, une tumeur rougeâtre qui l'obstrue complétement.

Le voile du palais est légèrement refoulé en avant. En glissant un doigt au-dessus de son bord libre, on sent une tumeur dure et résistante.

L'ensemble de ces symptômes ne laisse aucun doute sur la nature de la maladie, qui est bien un polype naso-pharyngien. M. Fleury se décide à l'enlever en se frayant une voie à travers l'os maxillaire supérieur.

L'opération a été pratiquée le 25 août. Le malade est assis sur une chaise; mais on place auprès de lui un matelas où il devra être couché s'il est trop fatigué ou si une syncope se produit. C'est une précaution indispensable et qui a toujours été très-utile.

Une incision demi-circulaire est faite avec le bistouri. Elle s'étend de l'os de la pommette à la commissure gauche des lèvres. L'artère faciale, dont le calibre est très-petit, est liée de suite. Le corps mou que l'on sentait dans l'épaisseur de la joue, et qui paraissait être un prolongement du polype n'est qu'un petit lipome que l'on enlève.

L'os maxillaire est mis rapidement à nu; une scie à chaînette, conduite par une longue aiguille, traverse la fente sphéno-maxillaire et divise l'os de la pommette. Un ciseau, porté sur l'apophyse montante et sur la circonférence de l'orbite sépare le maxillaire des tissus sous-jacents; l'apophyse palatine et l'arcade alvéolaire sont divisées. Entre la 1re et la 2e petite molaire, celle-ci et la 1re grosse molaire ont disparu depuis longtemps. Les dents de devant sont donc toutes conservées.

Un davier a pu, après quelques tractions, arracher la partie de l'os qui était libre. La tumeur est alors mise à découvert. Son volume est bien plus considérable qu'on ne pouvait le supposer. Le lobe nasal est facilement enlevé. On s'aperçoit alors que le malade pâlit et s'affaisse sur lui-même; du sang s'écoule en abondance par la partie la plus déclive de la plaie. On se hâte de le coucher sur le matelas; de l'eau froide est projetée sur le visage, pendant qu'une éponge est appliquée sur le point d'où provient le sang.

L'artère qui fournit l'hémorrhagie a pu heureusement être liée. Son volume nous fait présumer que c'est le tronc de la maxillaire interne qui a pu être divisé.

Nous avons pu craindre un instant que cette syncope ne fût mortelle; fort heureusement, elle ne s'est pas prolongée, ce qui nous a permis de terminer l'opération. La voie n'était pas très-large, l'énucléation du polype a été assez laborieuse. Saisi avec une pince de Museux, des tractions assez fortes ont été exercées sur lui pendant que le doigt seul, ou armé d'une spatule, on soulevait les parties profondes. L'extraction a été complète; l'indicateur se

promène librement dans toutes les cavités profondes de la face; le sinus sphénoïdal est à nu; le pharynx est libre, mais il est impossible de sentir le point d'insertion du polype.

Nous laissons reposer le malade pendant quinze à vingt minutes, afin d'être bien sûr qu'aucun écoulement de sang ne se reproduira. On lui fait avaler quelques cuillerées d'eau de coing. On procède ensuite à la suture de la plaie, qui est réunie par neuf épingles. Dans la journée, on lui administre une potion à l'eau-de-vie et à l'extrait de quina et du bouillon.

Le soir, le pouls est élevé, la peau chaude. La nuit n'a cependant pas été trop mauvaise.

Le lendemain, on suspend la potion, qui produit une chaleur trop vive. Le bouillon est continué; on y ajoute un peu de bon vin.

Le 27, la joue est gonflée, rouge et tendue; le pouls est toujours fréquent (120 pulsations) et parfois intermittent. Six épingles sont enlevées; on fait dans la bouche des injections avec de l'eau fraîche, additionnée d'eau-de-vie camphrée. Le malade s'en trouve bien. On les répète alors une partie de la journée, ce qui enlève à ces liquides qui s'écoulent par cette cavité, l'odeur putride qu'ils exhalent.

Le 28, les autres épingles sont enlevées; la réunion est complète, excepté dans un point assez limité par lequel passe un fil de la ligature de l'artère de la face. Un petit abcès s'est même formé sur son trajet; mais le pus a pu s'échapper assez facilement.

Depuis ce moment, les choses ont marché régulièrement. La convalescence a bien été un peu enrayée par de la diarrhée, qui nous a forcé à suspendre l'alimentation; mais la guérison ne s'est pas moins bien effectuée, et le malade a pu quitter l'hospice et retourner dans son pays le 21 septembre.

Il est donc resté à l'hôtel-dieu de Clermont un peu moins d'un mois, à dater du jour où l'opération a été pratiquée. Lorsqu'il est sorti, l'ouverture palatine était très-petite, la voix à peine nasonnée. L'arcade dentaire est intacte jusqu'à la seconde molaire, et sans la cicatrice, qui était encore très-apparente à la joue, on ne se serait pas douté qu'une perte de substance avait été faite aux os de la face. Sans l'hémorrhagie, qui a retardé sa convalescence, dix à douze jours auraient suffi pour sa guérison.

Le nez a repris sa forme; la tumeur que l'on sentait au niveau de l'apophyse montante n'était que l'extrémité antérieure du lobe nasal du polype qui avait séparé les os propres du nez du maxillaire sans le détruire, comme nous l'avions pensé à un premier examen.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 13 août 1873 (1). — Présidence de M. PERRIN, vice-président.

COMMUNICATION

Note sur un nouveau traitement chirurgical du kératocône. — M. ABADIE. Bien que le kératocône ou cornée conique, soit relativement rare, cette affection, par la persistance et la gravité des troubles fonctionnels qu'elle produit, mérite néanmoins d'attirer l'attention des chirurgiens. Elle présente ceci de remarquable que, se développant d'ordinaire au moment de la puberté, sa marche est progressive jusqu'à l'âge adulte, où elle reste stationnaire. Presque constamment bilatérale, elle n'entraîne pas la cécité complète, mais le peu de vision qu'elle laisse aux malades n'a pour eux aucun effet utile, et ils sont incapables d'une occupation quelconque. Bien des points sont encore obscurs dans l'histoire de cette singulière maladie. L'étiologie en est mal connue. Tout ce qu'on possède de précis sur sa nature se résume en ceci : c'est que la cornée amincie cède à la pression intra-oculaire restée normale; quant au traitement, il a été longtemps relégué parmi les désidérata de la thérapeutique oculaire.

Cette affection bizarre est restée longtemps sans bénéficier des progrès remarquables accomplis dans ces dernières années en ophthalmologie. Mais des hommes tels que Donders, de Graëfe et Bowmann, en dirigeant leur attention sur ce point de pratique, ne devaient pas tarder à obtenir des résultats importants.

Donders, préoccupé des troubles considérables de la réfraction qui résultent des changements de courbure de la cornée, eut l'ingénieuse idée de supprimer, pour ainsi dire, l'influence de ce milieu réfringent au moyen des lunettes sténopéiques. Il est évident, en effet, que si l'on place au devant de l'œil atteint de kératocône un disque percé d'un petit trou ou d'une fente très-fine, l'action de la surface transparente défectueuse est annulée, les cercles de diffusion disparaissent, et la vision est notablement améliorée. Armés de lunettes sténopéiques, ces malades voient d'une façon satisfaisante les objets rapprochés; mais il n'en est plus de même pour la vision éloignée. Le champ visuel à travers cette petite ouverture est tellement limité que, ne voyant plus les obstacles qui les entourent, l'orientation pour eux devient très-difficile. L'emploi de ces lunettes est donc par cela même fort restreint. Elles peuvent être très-utiles pour la lecture, l'écriture et autres travaux, mais elles ne sont pas d'une application générale.

Bowmann, frappé néanmoins des avantages obtenus par l'emploi des fentes sténopéiques, eut l'idée de diminuer l'ouverture pupillaire elle-même et de la transformer en une fente étroite. Il imagina dans ce but l'iridodésis, opération ingénieuse et délicate que Follin appelait une bijouterie chirurgicale. L'iridodésis consiste à enclaver l'iris aux deux extrémités d'un même diamètre cornéen, et à obtenir ainsi une pupille étroite et allongée. Ce procédé, qui procure évidemment des avantages optiques considérables, fut tout d'abord accueilli avec faveur; mais, malgré les premiers succès obtenus, malgré les perfectionnements apportés au manuel opératoire par M. de Wecker, il fut bientôt abandonné par la majorité des praticiens. Les causes de ce discrédit ne sont pas difficiles à trouver. L'exécution de cette opération est délicate ; elle nécessite deux interventions successives à quelques jours d'intervalle. Enfin, et par-dessus tout, l'enclavement d'un sphincter mobile comme l'iris, n'est pas sans danger pour l'œil.

L'esprit préoccupé par toutes ces considérations, de Graëfe abandonna complétement la voie suivie jusqu'alors, et au lieu de chercher à perfectionner les méthodes de ses devanciers, il en imagina une nouvelle (1). Tous les observateurs attentifs avaient déjà remarqué que, lorsqu'il se produit accidentellement dans la cornée une ulcération profonde, une véritable perte de substance, le tissu cicatriciel qui se forme en ce point, se comportant là comme partout ailleurs dans l'économie, se rétracte, modifie par suite la courbure de la cornée et l'aplatit. De Graëfe eut l'ingénieuse idée d'utiliser cette propriété rétractile du tissu cicatriciel pour le traitement du kératocône. Voici le procédé qu'il imagina. On excise, au niveau du sommet du cône cornéen, un petit lambeau d'un millimètre de diamètre environ comprenant les deux tiers de l'épaisseur de la cornée. Les jours suivants, on touche le fond de cet ulcère artificiel avec la pointe d'un crayon de nitrate d'argent, de façon à empêcher sa guérison trop rapide. Cette manœuvre est répétée pendant quinze jours ou trois semaines, puis on laisse la cicatrisation s'opérer d'elle-même. Au bout de quelque temps, la courbure de la cornée se modifie, cette membrane s'aplatit, et la vision ne tarde pas à s'améliorer. De tous les procédés imaginés jusqu'ici, ce dernier offre, sans contredit, les plus grands avantages; mais il est encore loin d'être à l'abri de toute critique. Si l'on se conforme en effet à la règle posée par de Graëfe, le lambeau doit comprendre exactement les deux tiers de l'épaisseur de la cornée. En allant trop profondément, on risque

(1) Fin. — Voir le numéro du 25 octobre 1873.

(1) Nous ne parlons pas de ces tentatives d'iridectomie, qui ne sont applicables qu'aux cas spéciaux où la maladie reconnait pour cause un excès de tension intra-oculaire. Ce n'est pas là le vrai kératocône, celui dont nous nous occupons en ce moment.

d'ouvrir la chambre antérieure; et, d'un autre côté, si la lamelle enlevée est trop superficielle, le résultat voulu n'est point atteint. Des conditions d'opération aussi précises présentent évidemment des difficultés réelles dans la pratique; de plus, les cautérisations journellement répétées après l'opération sont douloureuses; elles doivent être faites avec ménagements, et l'irritation qui en résulte ne doit pas dépasser certaines limites; enfin, la présence d'une opacité cicatricielle placée précisément en face de l'ouverture pupillaire n'est pas non plus sans inconvénient. Envisagé dans ses détails, ce procédé est donc loin d'offrir tous les avantages désirables; mais l'idée fondamentale en est féconde et constitue presque une méthode générale dont la pratique devait bientôt tirer profit.

C'est ce que comprit Bowmann, qui, modifiant légèrement le procédé, l'appliqua aussi à un plus grand nombre de cas. De là l'origine de la trépanation de la cornée. Dans cette nouvelle opération, c'est une véritable rondelle comprenant toute l'épaisseur du tissu cornéen qu'on enlève à l'emporte-pièce; nous nous écarterions trop de notre sujet si nous voulions parler des résultats satisfaisants obtenus déjà par ce moyen dans les staphylômes, les leucômes cicatriciels, etc., etc.

L'exposé sommaire que nous venons de faire des divers efforts tentés par les chirurgiens pour la guérison du kératocône a pour but de montrer que le procédé que nous allons maintenant décrire ne s'est pas présenté d'emblée et spontanément à notre esprit. Il est, pour ainsi dire, la résultante de ceux qui précèdent; mais il présente réunis tous les avantages qui existent séparément dans chacun des autres.

Il consiste à modifier d'abord la courbure de la cornée en enlevant le sommet du cône avec le trépan, puis à obtenir une fente pupillaire en pratiquant l'iridotomie, c'est-à-dire en sectionnant simplement l'iris sans l'exciser. Ces deux parties de l'opération ne sont que deux temps distincts et doivent être pratiquées séance tenante.

Laissons maintenant la parole aux faits.

Le nommé C. . (Arthur) se présente le 3 mai à ma clinique.

Interrogé sur ses antécédents, ce jeune homme prétend avoir toujours eu une santé excellente. Son père et sa mère sont bien portants et ont de bons yeux. Il a un frère et une sœur, plus âgés que lui, qui ont joui jusqu'ici d'une bonne santé et qui ne se sont jamais plaints de leur vue.

Il y a dix-huit mois environ, sans cause appréciable, la vision de l'œil gauche commença à devenir mauvaise; et, après des progrès lents, mais continus, il survint sur cet œil une amblyopie considérable.

Quatre à cinq mois plus tard, l'œil droit commença à être atteint à son tour; la vision diminua peu à peu sans la moindre douleur, et devint tellement mauvaise que le malade fut obligé de cesser ses occupations.

Actuellement, ce jeune homme se présente avec toutes les apparences extérieures d'une santé parfaite et paraît avoir le développement normal de son âge. Quand on l'examine de face, les yeux présentent quelque chose d'irrégulier, d'indéfinissable, qui attire déjà l'attention. Mais, si on le regarde de profil, on est de suite frappé de la forme particulière de la cornée, qui proémine fortement en avant, et affecte une forme conique très-prononcée. Le diagnostic est tellement facile qu'il n'est nullement besoin de se servir de l'éclairage oblique ou de l'ophthalmoscope. Néanmoins, le malade est soumis à ces examens, qui permettent de constater, au sommet du cône du côté gauche, un léger nuage dans l'épaisseur de la cornée. Quant au fond de l'œil, il paraît normal; sauf l'image de la pupille, qui est tiraillée et déformée par suite de l'astigmatisme irrégulier porté ici à un haut degré.

La recherche de l'acuité visuelle montre qu'elle est inférieure à 1/10, de telle sorte qu'à 20 pieds le malade ne peut lire aucun caractère de l'Echelle de Snellen. Avec les verres concaves n° 5, qui donnent le maximum de vision, il parvient à déchiffrer le caractère n° 200. Le disque sténopéique percé d'un trou très-fin fait monter l'acuité visuelle à 1/5. La vision de près est aussi très-mauvaise : ce n'est qu'en plaçant littéralement le nez sur son livre que le malade parvient à lire les caractères de grandeur ordinaire n° 3 1/2.

L'opération décidée, elle est pratiquée avec l'aide de MM. Denis et Pasturaud, internes des hôpitaux. Le malade est endormi par le chloroforme, et la lame coupante circulaire du trépan est disposée de telle sorte qu'elle ne puisse s'enfoncer que d'un demi-millimètre environ dans l'épaisseur du tissu cornéen. Cela fait, je l'applique exactement sur le sommet du cône, aminci comme on sait, en pareil cas, et, lui imprimant un mouvement de rotation, je l'enfonce dans la cornée en circonscrivant, dans une fente circulaire, une rondelle de 1 millimètre 6 dixièmes de diamètre comprenant tout le sommet du cône. Saisissant alors avec des pinces à griffes cette portion de tissu presque entièrement détachée, j'achève de l'exciser en quelques coups de ciseaux. Dans le cas spécial dont il s'agit, c'est-à-dire avec un œil dont toutes les parties, sauf la cornée, sont restées normales, cette pratique nous semble préférable à celle qui consiste à enlever d'un seul coup la rondelle; car, en agissant aussi violemment, on risque de pénétrer trop loin dans la chambre antérieure, et de blesser le cristallin.

Après cette ablation complète du sommet du cône, la chambre antérieure se trouve largement ouverte, l'humeur aqueuse s'écoule au dehors, et l'iris s'applique contre la face postérieure de la cornée. J'introduis alors, séance tenante, à travers cette large ouverture, des ciseaux à iridotomie, instrument fort ingénieux imaginé par M. de Wecker, et je sectionne l'iris en bas, dans la direction du diamètre vertical de l'œil, depuis son bord pupillaire jusqu'à son insertion ciliaire.

Ce second temps de l'opération doit nous arrêter un instant, et mérite d'être décrit avec quelques détails.

Les ciseaux à pointes mousses, dont les branches sont disposées de telle sorte qu'on peut les entr'ouvrir largement à travers une petite ouverture, sont introduits fermés dans la chambre antérieure. Faisant ensuite entr'ouvrir les deux branches, on cherche à glisser l'une d'elles entre l'iris et la cornée, et l'autre entre l'iris et le cristallin. Il est assez difficile de faire pénétrer la première des branches entre l'iris et la cornée, ces deux membranes étant maintenues en contact par la pression intra-oculaire qui, bien qu'affaiblie, existe encore en partie.

Dans cette manœuvre, l'iris a de la tendance à se laisser refouler en s'enroulant sur lui-même; aussi, pour éviter ce contre-temps, faut-il presser avec assez de force contre la face postérieure de la cornée. On se fait ainsi de la place, et on passe alors aisément. L'introduction de la seconde branche en arrière, entre l'iris et le cristallin, ne présente pas de difficultés; mais il est évident que cette manœuvre doit être faite avec beaucoup de soins et de précaution, afin de ne pas léser la cristalloïde antérieure. Quand les deux branches sont ainsi disposées, et que leurs extrémités arrivent jusqu'aux limites de la chambre antérieure, on sectionne, d'un seul coup, toute la largeur de l'iris, depuis l'ouverture pupillaire jusqu'à l'insertion ciliaire, et l'on dégage aussitôt l'instrument.

Après cette section, la fente pupillaire qui en résulte est extrêmement étroite, linéaire, ce qui tient à la contraction de l'iris qui reste permanente tant que la chambre antérieure est largement ouverte et que l'humeur aqueuse s'écoule au dehors.

L'opération terminée, on applique le bandeau compressif, et le malade est placé dans un repos absolu.

Dans le cas actuel, au bout de vingt-quatre heures, la chambre antérieure n'était pas encore reformée; l'œil était injecté, les bords de la fente pupillaire artificielle se touchaient. Nouvelle application du bandeau compressif.

Le surlendemain, la chambre antérieure existait, mais elle était encore très-peu profonde. Au niveau de la perte de substance de la cornée, on voyait un détritus grisâtre dont la résistance paraissait suffisante pour s'opposer à l'écoulement de l'humeur aqueuse. Le reste du tissu de la cornée était légèrement trouble; l'injection pé-

rikératique avait diminué, et la fente pupillaire était déjà moins étroite. Bandeau compressif.

Le troisième jour, chambre antérieure profonde, cornée encore légèrement trouble; détritus grisâtre au fond de la plaie, fente pupillaire plus large et commençant à prendre la forme d'un V. Voulant éviter une cicatrisation trop rapide, je touche légèrement avec l'extrémité d'un stylet mousse le fond de l'ulcère, et je pénètre aisément dans la chambre antérieure sans occasionner de souffrances au malade. L'humeur aqueuse s'écoule de nouveau. Bandeau compressif.

Quatrième jour. L'ouverture faite la veille est déjà cicatrisée; la chambre antérieure existe à nouveau, bien que peu profonde.

Les jours suivants, la chambre antérieure gagna de plus en plus en profondeur; la réparation du tissu enlevé et la cicatrisation se firent peu à peu sans incident notable, la forme pupillaire s'agrandit en prenant la forme d'un V; et enfin, au bout d'un mois environ, on pouvait se rendre compte des résultats obtenus.

Au niveau de la perte de substance, le tissu cicatriciel opaque, parfaitement délimité, occupe une étendue moindre que celle de la portion de cornée enlevée, et correspond à l'ouverture pupillaire. Celle-ci, lorsqu'elle est contractée sous l'influence d'une lumière assez vive, est cachée presque complétement. Examinée de profil, la cornée paraît beaucoup plus aplatie qu'elle ne l'était auparavant; le sommet du cône a disparu, et est remplacé par une surface plane correspondante. La fente pupillaire résultant de l'iridotomie, située à la partie inférieure du diamètre vertical de l'œil, présente la forme d'un V dont le sommet correspond à l'insertion ciliaire de l'iris. L'écartement des deux branches du V est produit par la rétraction des deux extrémités du sphincter iridien; l'une d'elles est très-légèrement enclavée dans la plaie cornéenne, l'autre est libre. Je me propose de tatouer la tache centrale résultant de la cicatrice, et de la rendre ainsi moins apparente.

Quant à l'amélioration de la vision obtenue par ce procédé, elle est considérable. Le malade lit très-couramment les caractères ordinaires d'imprimerie n° 3 et 1/2 à la distance de 12 centimètres, et son acuité à distance est égale à deux septièmes.

La séance est levée à 5 heures un quart.

Le secrétaire : TILLAUX.

Séance du 1er octobre 1873. — Présidence de M. PERRIN.

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

CORRESPONDANCE

La correspondance comprend :

Les numéros des journaux périodiques publiés en France depuis le 15 août.— Le *Bulletin de l'Académie royale de Belgique*, 3e série, t. VII, nos 6 et 7. — Le *Bulletin de la Société des sciences médicales du grand-duché de Luxembourg*, 1873. — *Ablation d'un sein squirrheux par écrasement linéaire*, par le docteur de Lorge. — *La rétention d'urine, intervention de l'électricité dans le traitement de cette affection*, par le docteur Van Holsbeck. — *Décollement et expulsion d'une portion considérable de la muqueuse de l'intestin grêle par suite d'un coup de tampon de wagon*, par le docteur Louis Gallez.—*Études sur le goitre épidémique*, par le docteur Nivet.

M. CHARLES POINSOT, premier interne de l'hôpital Saint-André, de Bordeaux, adresse deux exemplaires de sa thèse de doctorat pour le concours du prix Duval : *De la conservation dans le traitement des fractures compliquées.*

M. LUIGI PORTA, membre associé étranger, adresse à la Société un mémoire *sur la cure radicale des varices.*

M. BOINET offre à la Société un mémoire imprimé sur : *la Gastrotomie dans les cas de tumeurs fibreuses utérines.*

M. VERNEUIL offre à la Société deux mémoires imprimés : 1° *Sur l'herpès traumatique ;* 2° *De quelques réformes à introduire dans la statistique chirurgicale.*

M. LARREY offre à la Société trente brochures in-8° et cent trente thèses de chirurgie.

La Société protectrice de l'enfance de Marseille invite la Société de chirurgie à prendre part au congrès qui aura lieu à Marseille le 2 février 1874.

M. LE PRÉSIDENT annonce à la Société de chirurgie la perte cruelle qu'elle a faite de l'un de ses membres les plus éminents, M. le professeur Nélaton. Respectant les volontés de notre illustre collègue, la Société de chirurgie n'a pu lui dire un dernier adieu sur le bord de la tombe, mais elle conservera un glorieux souvenir du grand chirurgien qui contribua jadis puissamment à sa prospérité.

M. VERNEUIL, délégué de la Société avec M. Le Dentu au congrès scientifique de Lyon, énumère les points de chirurgie traités au congrès; il signale, en particulier, les belles expériences de M. Chauveau sur la transmission de la tuberculose. Nos deux collègues se félicitent vivement de l'accueil qui leur a été fait, et expriment le vœu que la Société de chirurgie prenne une part de plus en plus effective à cette œuvre scientifique, dont le succès d'ailleurs assuré ne saurait aller que grandissant.

M. MARJOLIN. Après l'appel qui vous a été adressé par la Société protectrice de l'enfance de Marseille, et l'exposé qui nous a été fait par notre collègue M. Verneuil des savantes recherches de M. le professeur Chauveau, sur la production des tubercules chez certains animaux, je demanderai à vous faire part de quelques réflexions.

Si chez l'homme la tuberculisation n'a pu se produire d'une manière analogue, il n'en est pas moins vrai que dans les grands centres de population, en dehors de l'hérédité que l'on ne saurait contester, il y a certaines conditions qui agissent de la manière la plus fâcheuse sur la santé des enfants : tels sont les logements insalubres, les asiles ou les écoles mal disposés et renfermant un trop grand nombre d'enfants. Ces causes, dont nous avons été à même de constater la triste influence, pourraient, sinon disparaître complétement, au moins diminuer beaucoup, si chacun de nous s'attachait à les étudier et les signaler à l'autorité, qui a beaucoup fait, mais à laquelle il reste encore beaucoup à faire.

Maintenant, s'il est vrai que la tuberculisation ait de la tendance à se propager par l'habitation en commun, qu'il me soit permis d'ajouter un mot : tous ceux qui se sont occupés de maladies d'enfants savent quel rôle important la scrofule, la tuberculisation jouent dans la production des affections chirurgicales; comment alors ne pas songer sans crainte aux conséquences du séjour prolongé dans une même chambre assez souvent peu salubre, au milieu d'une famille nombreuse, d'un enfant atteint d'une suppuration osseuse des plus fétides !

Ces faits, que je n'invente pas, sont la conséquence du manque de lits dans nos hôpitaux d'enfants.

Après l'appel de la ville de Marseille nous convoquant à son conseil pour la protection de l'enfance, et la communication de M. Verneuil, ce serait, je crois, se montrer par trop indifférent au bien public que de garder le silence sur des questions qui intéressent vivement l'avenir du pays.

(*A suivre.*)

THÈSES

SOUTENUES A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

PENDANT L'ANNÉE 1873.

391. Moure. Des accidents de la paracentèse abdominale dans l'ascite.

392. Paugam. De l'arthrite sèche ou déformante.

393. Dartigolles. De la fièvre catarrhale.

394. Camo-Abdon. Du cancer pulmonaire (analyse symptomatique et diagnostic).

395. Christi-Buicli. Note sur quelques points de la symptomatologie du diabète.

396. Hubert. De la pelvi-péritonite.
397. Chapuis. Des tumeurs gommeuses de la langue.
398. Calavros. Étude sur la phlegmatia alba dolens.
399. Bougon. Genèse et étiologie des hémorrhagies utérines.
400. Leriche. Étude sur le mécanisme de la production des fractures en V hélicoïdales du tibia.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

M. le docteur Roulland est nommé médecin du lycée de Caen, en remplacement de M. le docteur Vastel, décédé.

— M. le docteur Viger est nommé médecin-adjoint au lycée de Caen (emploi nouveau).

—Dans un très-intéressant article consacré par la *Revue des Deux-Mondes* aux tsarines de Moscou, à l'époque de la Renaissance, nous relevons ce trait de mœurs médicales:

« On traitait les médecins presque comme les autres étrangers. On ne les introduisait, à la dernière extrémité, dans la chambre d'une tsarine ou d'une tsarévna qu'après en avoir fermé tous les rideaux. On ne leur permettait de tâter le pouls à la malade qu'après lui avoir entouré le poignet d'une légère mousseline, afin de préserver l'auguste épiderme de tout contact profane. C'était une curieuse histoire que celle de la médecine et des médecins dans l'ancienne Russie. On croyait que les disciples d'Hippocrate pouvaient ce qu'ils voulaient; s'ils ne guérissaient pas, c'était pure méchanceté, véritable maléfice. Sous Ivan le Grand, un Vénitien fut exécuté en place publique, parce qu'un tsarévitch était mort malgré ses soins. Un Allemand qui avait laissé trépasser un prince tatare fut traité comme meurtrier et livré aux parents du défunt, qui l'égorgèrent en représailles.

— M. le professeur Gosselin reprendra ses leçons de clinique chirurgicale à l'hôpital de la Charité le mardi 4 novembre, à huit heures du matin.

— M. le professeur G. Sée reprendra ses leçons de clinique médicale à l'hôpital de la Charité le lundi 10 novembre, à neuf heures et demie, et les continuera les lundis, mercredis, vendredis suivants.

— M. le docteur Mallez commencera son cours de pathologie et de chirurgie de l'appareil urinaire le jeudi 6 novembre, à 7 heures du soir, dans l'amphithéâtre n° 2 de l'École pratique, et il le continuera les samedis, mardis et jeudis suivants, à la même heure.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Éléments d'hygiène religieuse et scientifique, par L. Alliot. — Paris, 1874, 1 vol. in-12 de 185 pages avec figures dans le texte. — Prix : 3 francs. — Paris, J.-B. Baillière.

Thèses soutenues à la Faculté de médecine de Paris. A. Coccoz, libraire, rue de l'École-de-Médecine, n° 30.

Le Directeur : Dr E. Le Sourd.

Paris.— Typographie A. Pougin, quai Voltaire, 13.

Eaux minérales de Vals acidules.

Gazeuses, Bicarbonatées, Sodiques, analysées par O. Henri.

Thermalit 13°	Saint-Jean	Rigolette	Précieuse	Désirée	Magdeleine
Acide carbonique libre...	1 425	2.095	2.218	2.145	2.050
Bicarbonate de soude....	1.480	5.800	5.940	6.040	6.280
— de potasse...	0.040	0.263	0.230	0.263	0.255
— de chaux....	0.310	0.259	0.630	0.571	0.520
— de magnésie.	0.120		0.750	0.900	0.672
— fer et mang.	0.006	0.024	0.010	0.010	0.029
Chlorure de sodium......	0.060	1.200	1.080	1.100	0.169
Sulfate de soude et chaux.	0.054	0.220	1.185	0.200	0.235
Silicate et silice, alumine..	0.080	0.060	0.060	0.058	0.097
Iodure alcal. arsenic lit..	indice	traces	indice	indice	traces
	2.151	7.826	8.885	9.142	9.248

Ces eaux sont *très-agréables* à boire à table, pures ou coupées avec du vin. Un excès d'acide carbonique et la proportion heureuse des bicarbonates calciques-magnésiens en font, malgré la plus riche minéralisation qui soit connue en France, des eaux *légères, douces*, essentiellement *digestives*. Dose ordinaire, une bouteille par jour. (*Indiquer autant que possible la source que l'on entend prescrire.*)

Emplois spéciaux : SAINT-JEAN, maladie des organes digestifs ; — PRECIEUSE, maladies de l'appareil biliaire ; — DESIREE, maladies de l'appareil urinaire ; — RIGOLETTE, chlorose, anémie ; — MAGDELEINE, maladies de l'appareil sexuel.

SOURCE FERRO-ARSENICALE DE LA DOMINIQUE

Acide sulfurique libre................		1.33
Silicate acide	sesqui-oxyde de fer	0.44
Arséniate »		
Phosphate »		
Sulfate »		
— de chaux...............		
Chlorure de sodium...............		
Matières organiques...............		

Cette eau est arsenicale; elle n'a aucune analogie avec les précédentes. Fièvres intermittentes, cachexies, dyspnée, maladies de la peau, scrofule, maladies organiques, etc.

Les eaux de ces sources se transportent et se conservent sans altération ; elles se trouvent dans les principales pharmacies de France, au prix de 8,80 c. la bouteille en verre noir, revêtue d'une étiquette et coiffée d'une capsule en étain indiquant la source où elle a été puisée.

EXPOSITION DE 1867

La seule et unique Médaille pour la Pepsine, en récompense de la supériorité de fabrication constatée après expériences faites par les membres du Jury de l'Exposition 1867, MM. Fehling (de Stuttgart), Fritsche (de Saint-Pétersbourg), a été accordée exclusivement à la

Pepsine de Boudault, seul fabricant et fournisseur de la Pepsine dans les hôpitaux de Paris depuis 1854.

Quinze années de fabrication supérieure.

Elle est employée dans les *dyspepsies légères et rebelles, gastrites, gastralgies, dans les vomissements incoercibles de la grossesse, la lienterie des enfants, et autres affections des organes digestifs*, sous forme de vin, Elixir, Prises, Pastilles et Dragées. *Se méfier des contrefaçons.*

Pharmacie Hottot, 24, rue des Lombards, Paris.

MALADIES DE LA PEAU
LA POMMADE
Du Docteur J. BERNARD

Appliquée sur les surfaces cutanées malades, modifie leur vitalité dans l'*Eczéma*, remédie à l'état de sécheresse de l'épiderme dans le *Pityriasis*, l'*Ichthyose*; s'oppose à l'épaississement et au fendillement des tissus dans le *Lichen*, le *Psoriasis*, calme et dissipe les démangeaisons des *affections prurigineuses*.

DÉPOT : Phar. Seguin, 378, r. St-Honoré.

ACIDE PHÉNIQUE
Du docteur QUESNEVILLE

Tablettes ou pastilles, contre affections pulmonaires, bronchites, maux de gorge, toux, etc. Le flacon, 1 fr. 40. — **Eau phéniquée**, dosée à 3 p. 100. Peut s'étendre d'eau, selon qu'on veut l'employer en boisson, injection hypodermique ou autre, et à l'extérieur pour désinfecter les plaies, etc. Le flacon, 1 fr. 40. — **Vinaigre de santé et de toilette.** Le plus hygiénique à employer, remplace l'eau de Cologne et préserve de la contagion. Le flacon, 2 fr. 50.; le demi flacon, 1 fr. 40. — **Acide phénique concentré**, pour piqûres et morsures venimeuses. — Le flacon avec tube plongeur, dans un étui en buis, avec bande, 2 fr. 50. — **Glycérine phéniquée**, à 20 0/0 d'acide, fl. 2 fr. — **Eau dentifrice phéniquée** contre la carie des dents, détruit les microzimas des gencives. S'emploie comme toutes les eaux dentifrices. Le flacon, 3 fr. — **Acide phénique pur liquifié à 90 p. 100 d'acide**, avec lequel le médecin peut préparer lui-même toutes les solutions alcooliques, glycériques ou aqueuses, au degré de force qu'il lui faut. Le flacon, 3 fr., et le demi-flacon, 1 fr. 60.

Tous ces produits se vendent chez l'auteur, rue de Buci, 12, à Paris. — Exiger son étiquette.

PAPIER RIGOLLOT
POUR SINAPISMES

Adopté par les Hôpitaux de Paris, les Ambulances et Hôpitaux militaires, et par les Marines française et anglaise.

26, rue Vieille-du-Temple, à Paris, et dans toutes les pharmacies.

EPILEPSIE
HYSTERIE — NEVROSES

Le Sirop de Henry Mure, **au bromure de potassium** (exempt d'iodure), dont l'usage est aujourd'hui universellement répandu, a déterminé un nombre considérable de guérisons publiées dans les recueils scientifiques.

Chaque cuillerée de Sirop de Henry Mure contient 2 grammes de **bromure de potassium** d'une pureté chimique irréprochable.

PRIX DU FLACON : 5 francs.

Vente au détail. — A Paris, 16, rue de Richelieu, pharmacie Lebrou.

Vente en gros. — S'adresser à M. Henry Mure, pharmacien, à Pont-Saint-Esprit (Gard).

VINS DE QUINA TITRÉS
Diastasés) **D'OSSIAN HENRY** *(Diastasés)*

Membre de l'Académie de médecine.

VIN DE QUINQUINA TITRÉ SIMPLE.
VIN DE QUINQUINA TITRÉ IODÉ.
VIN DE QUINQUINA TITRÉ FERRUGINEUX.

Richesse incomparable en principes actifs; composition constante et chimiquement définie; conservation illimitée; goût très-agréable du vin blanc d'Alicante. — 56, rue d'Anjou-Saint-Honoré.

CAUTERETS (Hautes-Pyrénées)
Eaux sulfurées sodiques.

Sources de La Raillère, César, Mauhourat

Les moins altérables des eaux sulfureuses.

S'adresser chez tous les marchands d'eaux minérales, chez les principaux pharmaciens.

Ou à CAUTERETS, au Directeur des Eaux.

LIENTERIE et DYSPEPSIE — GASTRALGIE et ANOREXIE

PANCRÉATINE DEFRESNE

HUILE DE FOIE DE MORUE DEFRESNE ÉMULSIONNÉE PAR LA PANCRÉATINE.

PILULES, VIN, ÉLIXIR, ÉMULSION PANCRÉATIQUE DEFRESNE

EMPLOYÉS DANS LES HOPITAUX DE PARIS

(Voir les Mémoires présentés à l'Académie de médecine et à l'Institut.)

La **Pancréatine Defresne** perd un tiers de sa force dans l'estomac, mais continue son action dans le duodénum en présence de la bile alcaline. Elle rend assimilable, 15 fois son poids de corps gras ; elle digère 50 fois son poids de fibrine, 140 gr. d'empois ou 8,90 d'amidon.

Pharmacie DEFRESNE, rue des Lombards, 2 et 4, et dans toutes les autres pharmacies.

VIN DE QUINQUINA AU MALAGA D'ABBADIE

Rue Sainte-Apolline, 21 (Porte Saint-Denis), Paris

Ce vin qui, depuis 1854, est préparé avec le plus grand soin, **avec des quinquinas choisis et d'excellent vin**, se recommande à MM. les médecins qui veulent prescrire l'emploi d'une préparation sûre et toujours identique.

Ce vin, d'une saveur agréable, est parfaitement pris par les enfants, les vieillards, les convalescents, et par toutes les personnes dont l'estomac est délicat. — *Dépôts dans toute la France.*

Anémie, chloro-anémie, scrofule, rachitisme, phthisie, épuisement, fatigue et généralement dans tous les cas où il est nécessaire d'employer

UN FORTIFIANT ÉNERGIQUE ET UN BON DÉPURATIF

SIROP RECONSTITUANT AU PHOSPHATE DE CHAUX

De BARBARIN, pharmacien de 1re classe, ex-interne des hôpitaux.

PLUS ACTIF QUE L'HUILE DE FOIE DE MORUE.

Le goût en est très-agréable et chaque cuillerée à bouche représente 2 grammes de phosphate de chaux. En France, 2 fr. 50. Paris, BARBARIN, 163, r. de Belleville, et les ph. de France et de l'étranger.

PILULES DE BLANCARD

APPROUVÉES PAR L'ACADÉMIE DE MÉDECINE DE PARIS, ETC.

Contre les *Affections scrofuleuses, tuberculeuses*, la *Chlorose*, l'*Anémie*, l'*Aménorrhée*, etc., etc.

N. B. L'iodure de fer impur ou altéré est un médicament infidèle, irritant. Comme preuve de pureté et d'authenticité des VÉRITABLES PILULES DE BLANCARD, exiger notre *cachet d'argent réactif* et notre *signature* ci-jointe apposée au bas d'une étiquette *verte*. — Se défier des contrefaçons.

Se trouvent dans toutes les pharmacies. *Pharmacien, rue Bonaparte, 40, à Paris.*

N° 128. — JEUDI 6 NOVEMBRE 1873. 46e ANNÉE. JEUDI 6 NOVEMBRE 1873. — N° 128.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Bureaux : 57, rue des Saints-Pères, 57
PRÈS L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix d'abonnement
doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois

On s'abonne hors de Paris
dans les bureaux des Messageries et chez les Libraires
Les lettres non affranchies sont refusées.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1858 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui n'en peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS	
Trois mois. .	8 fr. 50 c.
Six mois. . .	16 —
Un an. . . .	30 —

POUR L'ÉTRANGER le port en sus suivant les derniers tarifs des Postes.

Paris, le 5 novembre 1873.

SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

La discussion sur la septicémie peut être considérée comme close ou tout au moins comme indéfiniment ajournée, du moins quant au sujet du débat principal entre M. Davaine et M. Colin. L'échange d'explications, de réponses et de répliques qui a eu lieu dans la séance d'hier et dans la précédente, n'a rien ajouté aux faits ni rien changé au fond de la question. Il ne s'agit plus maintenant que de la déduction à tirer du rapprochement et du parallèle des deux grandes séries d'expériences exposées devant l'Académie. Les expériences de M. Colin n'ayant été de la part de M. Davaine l'objet d'aucune observation particulière, nous pouvons les considérer, quant à présent et jusqu'à nouvel ordre, comme l'expression la plus complète et la plus fidèle de l'état vrai de la question.

M. Hervieux a fait son début académique par son intervention dans la grande discussion pendante sur le choléra. L'honorable académicien a montré dans ce début des qualités oratoires que beaucoup d'assistants ne lui soupçonnaient peut-être pas, facilité d'élocution, clarté et netteté dans l'exposition des idées, le tout servi par un organe et un accent qui fixent l'attention. L'attention ne lui a pas fait défaut, en effet, jusqu'au bout. Mais M. Hervieux a-t-il apporté des faits ou des arguments nouveaux dans le débat? Nous sommes obligé de dire que nous avons cherché vainement dans cette dissertation habilement présentée d'ailleurs, quelque chose qui ne fût pas déjà implicitement ou explicitement contenu dans les discours de M. Fauvel et de M. Chauffard. M. Hervieux commence par se déclarer partisan de la doctrine de l'importation. Toute son argumentation repose principalement sur le parallèle du choléra sporadique et du choléra indien et sur les différences fondamentales qu'il s'est efforcé de faire ressortir de la comparaison de ces deux affections, au point de vue de la léthalité, de la contagiosité, de la force d'expansion et de la symptomatologie elle-même.

M. Hervieux — et il n'est pas le seul à faire cette confusion à nos yeux, — confond absolument les cas de choléra sporadique que l'on observe de loin en loin parmi nous, depuis l'invasion des premières épidémies indiennes, dont personne ne songe à nier l'importation, avec le choléra nostras estival dont Sydenham et tous les auteurs classiques après lui nous ont laissé la description. Les différences symptomatiques signalées par M. Hervieux sont parfaitement exactes entre le choléra nostras du temps de Sydenham et le choléra indien de nos jours, mais en pourrait il dire autant des faits isolés, tels que celui que nous avons rapporté dans notre article de jeudi dernier, par exemple, mis en regard des cas actuels? Et si nous voulions, à notre tour, faire un parallèle entre ces cas de choléra sporadique de notre époque et les cas de choléra nostras que l'on observait communément avant 1830 en Europe, ne trouverions-nous pas exactement les mêmes différences?

Quant au caractère différentiel tiré de la contagiosité et de la force d'expansion, M. Hervieux paraît oublier que ce sont là des caractères contingents, éventuels, inhérents au fait même de l'épidémicité, mais qui n'impliquent nullement une différence dans les caractères nosologiques mêmes de la maladie.

Au point de vue de l'histoire du choléra sporadique et des transformations que le fait des invasions successives des épidémies importées nous paraisse lui avoir fait subir, nous ne saurions lui opposer un meilleur argument que celui qui semble renfermé dans une expression heureuse dont s'est servi M. Hervieux, celle de choléra croisé d'Indien. C'est là précisément que nous voyons la justification de ces constitutions cholériques, qui si elles ne possèdent pas, comme le dit très-justement notre confrère, la puissance génératrice de la maladie, en accusent du moins l'influence; car ce n'est pas comme causes mais plutôt comme effets qu'il faut considérer les constitutions médicales.

Les exemples de ces sortes de croisements de choléra nostras avec le choléra indien ne se voient pas seulement dans les cas sporadiques; nous pourrions citer des exemples d'épidémies où, de l'association de l'élément cholérique avec d'autres éléments morbides endémiques, l'élément palustre, par exemple, est résulté un mixte morbide particulier. Nous avons en ce moment sous les yeux une très-remarquable relation inédite d'une épidémie de choléra et de fièvres pernicieuses cholériques observée en 1854 à Batna, dans la province de Constantine.

Nous reviendrons sur ce point de la question, qui mérite qu'on s'y arrête.

Entre la septicémie et le choléra, en manière d'intermède, M. Cornil, candidat pour la place vacante dans la section d'anatomie pathologique, a lu un travail, de sa nature inanalysable, sur l'anatomie des canaux biliaires et des vaisseaux sanguins dans la cirrhose du foie.

La séance a été terminée par une présentation de M. Léon Le Fort, relative à deux cas intéressants de chirurgie, dont on trouvera l'histoire dans le compte rendu de la séance.

Dr Brochin.

HOTEL-DIEU DE LYON. — M. Ollier.

Nouvelles observations de résections sous-périostées du coude, démontrant la régénération des extrémités osseuses, la reconstitution d'une articulation solide et l'activité de l'extension par les contractions du triceps.

Par M. A. Poncet, interne des hôpitaux.

Dernièrement, M. Ollier montrait aux membres de la section de médecine de l'Association française pour l'avancement des sciences (session de Lyon), plusieurs malades auxquels il avait pratiqué la résection sous-périostée du coude suivant la méthode qu'il préconise.

Comme nous avons présenté nous-même l'an dernier un de ces opérés à la Société des sciences médicales de Lyon, nous croyons intéressant de publier son observation en y joignant celle d'un autre opéré qui se trouve à peu près dans les mêmes conditions.

L'opération date de trois ans chez l'un et de deux ans chez l'autre. Ils nous paraissent très-propres à démontrer les avantages des résections sous-périostées au point de vue de la régénération des extrémités osseuses enlevées et de la reconstitution de l'articulation sur son type primitif. Entre autres particularités qui n'existaient jamais après les résections anciennes et qui sont un des résultats les plus remarquables des résections sous-périostées, on a pu vérifier *de visu et tactu*: l'extension active du triceps et de la solidité latérale de l'articulation nouvelle.

Chez les malades opérés par la méthode ancienne, le tendon du triceps était toujours coupé, le bout supérieur se soudait à l'extrémité inférieure de l'humérus, et, soumis ainsi à un repos forcé, le muscle ne tardait pas à s'atrophier.

Les mouvements actifs d'extension étaient donc de toute impossibilité et lorsque l'avant-bras fléchi sur le bras paraissait s'étendre, c'était là un simple effet de la pesanteur et du relâchement du biceps.

Le triceps même n'eût-il pas été coupé par l'opérateur qu'il n'aurait pas davantage été permis de compter sur l'activité de l'extension car, détaché de son insertion, le tendon du triceps ne pouvait plus avoir aucun rapport avec le levier qu'il devait mouvoir. On ne savait point, en effet, conserver intacte *la gaîne périostéo-capsulaire;* on ne se doutait pas qu'il fût possible de la ménager. Pour l'articulation du coude, on la voit, après une résection sous-périostée servir de trait d'union entre le cubitus privé d'olécrâne et le tendon du triceps, plus tard, quand la régénération osseuse s'est produite à ses dépens, le tendon de ce muscle s'insère sur l'apophyse olécrânienne nouvelle dans des conditions aussi favorables qu'à l'état normal.

Dès les premières semaines qui suivent l'opération, le membre opéré est soumis à une mobilisation méthodique, au bout de peu de temps, on sent nettement sous les doigts les faisceaux du triceps se contracter et, avec l'exercice, l'extension peut devenir à peu de chose près, comme nous en citons des cas, ce qu'elle était auparavant.

Des chirurgiens éminents ont cru que l'extension active du triceps était impossible après la résection sous-périostée du coude; ils ont mis en doute l'action de ce muscle, jugeant apparemment, d'après ce qu'ils avaient vu chez des opérés dont on s'était contenté de retrancher les extrémités articulaires du coude, sans se préoccuper de la gaîne périostéo-capsulaire.

Leur doute eût promptement disparu s'ils avaient eu sous les yeux les reséqués de M. Ollier, s'ils avaient pu voir et toucher l'articulation reproduite et se rendre compte, dans les mouvements du membre, de l'extension active du triceps.

On peut facilement mesurer l'énergie des contractions de ce muscle; le moyen employé est des plus simples : pour éviter toute cause d'erreur, pour que le triceps seul soit en jeu, et non pas, par exemple, le poids du corps, M. Ollier passe une courroie bouclée sur l'épaule du côté opéré; à cette courroie est fixé un dynamomètre dont on a vérifié auparavant l'exactitude. Le malade saisit avec la main du même côté, l'extrémité libre du dynamomètre terminée par une boucle, puis essaye d'étendre l'avant-bras; pendant qu'il cherche à exécuter ce mouvement, le dynamomètre marque 10 et 12 kilog. On ne saurait assurément, en présence de cette force produite, faire intervenir d'autres muscles que le triceps, et il serait, il nous semble, superflu d'insister davantage sur l'extension active d'un coude auquel on a pratiqué une résection sous-périostée. Ajoutons cependant, comme complément de preuves, que, parmi les reséqués du coude de M. Ollier, plusieurs exercent des professions très-pénibles et se livrent à tous les travaux des champs.

Reconstruite sur son type primitif, l'articulation, après une résection sous-périostée, offre une grande solidité ; en examinant les extrémités osseuses nouvelles, on se rend, du reste, parfaitement compte de l'absence de mouvements de latéralité. A la place de l'épicondyle et de l'épitrochlée enlevés, se trouvent deux tubérosités, parfois très-saillantes sous la peau, ainsi que nous en rapportons un exemple, mais toujours épaissies, dures, formées, en un mot, par du tissu osseux. Elles interceptent entre elles un espace dans lequel joue librement le crochet olécrânien de nouvelle formation. Ces montants osseux sont la clef de la solidité de cette articulation qui est comparable, comme l'a fait remarquer M. Ollier, à l'articulation tibio-tarsienne. On a là une véritable mortaise, et chacun sait que dans les articulations qui affectent cette forme, les mouvements de latéralité existent à peine. Cette disposition n'est pas cependant indispensable, et sur plusieurs opérés nous avons constaté seulement deux tubérosités latérales presque transversales. La solidité était due, dans ce cas, à la résistance des ligaments latéraux qui avaient été complétement conservés et qui s'étaient épaissis et fortifiés depuis l'opération sous l'influence de l'inflammation plastique.

Nous pouvons donner une preuve mathématique de la solidité des articulations du coude, reséquées suivant les règles de la méthode sous-périostée. Tout le monde, en effet, a pu voir, dans le service de M. Ollier, les deux reséqués dont les observations seront publiées dans un prochain numéro, porter, le bras étendu, des poids de 10 ou 12 kilogr.

DES INHALATIONS SULFUREUSES PENDANT LES SAISONS D'HIVER A AMÉLIE-LES-BAINS

Par le Dr A. Bouyer, ancien interne des hôpitaux de Paris.

Bien que les thermes d'Amélie remontent à l'occupation romaine, ainsi que l'attestent certaines constructions dépendant des thermes *romains*, ils n'ont pris une place vraiment importante dans l'hydrologie thermale que depuis l'institution des saisons d'hiver. C'est vers 1845, époque à laquelle Lallemant

(de Montpellier) s'occupait de l'installation des thermes du Vernet au point de vue des traitements d'hiver que les docteurs Hermabessière et Pujade approprièrent leurs établissements d'Amélie sur le modèle de celui du Vernet. Ils eurent surtout en vue le traitement des affections des voies respiratoires. Non-seulement ils créèrent des salles spéciales d'inhalations, mais encore ils cherchèrent à réaliser dans leurs établissements les conditions d'une inhalation faible et continue, soit en faisant communiquer largement les thermes avec les couloirs qui donnent accès aux chambres, soit au moyen de courants d'eau sulfureuse circulant dans des conduits en métal destinés au chauffage des appartements.

Les malades se trouvaient ainsi placés dans une sorte de climat artificiel ou plutôt dans une atmosphère uniformément chaude et imprégnée de vapeurs légèrement sulfureuses dont l'action devait aider puissamment les effets de la cure.

Ces heureuses conditions d'installation thermale, jointes aux qualités spéciales d'un climat de montagne uniforme et tempéré, produisirent, dès le début, des résultats excellents, qui commencèrent la vogue d'Amélie-les-Bains comme station hivernale. Plus tard, l'État est venu, pour ainsi dire, sanctionner les avantages de cette station privilégiée en y créant un vaste établissement militaire, qui fonctionne toute l'année.

Les affections qui dominent à Amélie, pendant l'hiver, sont les affections chroniques des voies respiratoires : bronchite, pharyngo-laryngite, asthme, phthisie pulmonaire, etc.

L'efficacité incontestable dont jouissent les eaux d'Amélie dans le traitement de ces affections, a sa raison d'être dans l'action élective spéciale qu'elles produisent sur la muqueuse pulmonaire et dans l'action curative qu'elles exercent sur les principaux états constitutionnels ou diathésiques qui dominent fréquemment la maladie locale. La médication qu'on lui applique le plus généralement consiste dans les inhalations, les douches révulsives et la boisson. Mais la plus grande part des résultats obtenus par ce traitement sont dus aux inhalations, qui constituent, pour ainsi dire, la médication topique de ces affections et forment la base du traitement. L'action de l'eau en boisson me paraît tout à fait secondaire. Quant à la douche révulsive, elle doit la plus grande partie de son action à l'inhalation de la vapeur qu'elle laisse dégager, et qui forme autour du malade une atmosphère sulfureuse (1).

Nos eaux, qui sont à base de sulfure de sodium, sont douées d'une température élevée et d'une altérabilité très-grande, conditions qui les rendent éminemment propres à être employées sous forme de vapeurs. Aussi, chacun de nos établissements possède-t-il une salle spéciale d'inhalations.

Celle de l'établissement Pujade a été construite sur le griffon de la source Amélie. La vapeur d'eau et les gaz qui s'en échappent pénètrent dans la salle au moyen de quatre bouches métalliques munies de couvercles mobiles qui permettent d'en graduer l'entrée. Cette salle présente de larges ouvertures destinées à renouveler l'air vicié par le séjour des malades et à modérer sa température.

Dans la salle d'inhalations des thermes romains, on trouve deux appareils destinés au dégagement des vapeurs sulfureuses. L'un consiste dans une grande vasque contenant une nappe d'eau qui se renouvelle constamment, et l'autre se compose de deux bassins superposés qui reçoivent l'eau projetée par un tuyau placé à sa partie supérieure. Ce second appareil ne fonctionne pas d'une façon continue parce qu'il donne lieu à une trop grande quantité de vapeurs. Il ne laisse dégager, du reste, qu'une quantité insignifiante d'acide sulfhydrique, car nous savons que ce gaz est aussitôt détruit que formé toutes les fois qu'on multiplie par le brisement le contact de l'eau sulfureuse avec l'air.

Outre cette salle d'inhalations, nous devons mentionner, dans l'établissement des thermes romains, la galerie de la salle romaine, qui offre, par sa situation au-dessus des cabinets de bains et de douches, l'avantage de faire inhaler aux malades la vapeur sulfureuse à faible dose. Aussi cette galerie est-elle souvent utilisée comme salle de transition dans certains cas où les malades ne peuvent supporter d'emblée les inhalations méthodiques. Bien des malades se trouvent parfaitement d'un séjour prolongé dans ce vaporarium, qui est du reste très-fréquenté pendant les mauvais jours de l'hiver.

A l'établissement militaire, la salle d'inhalations est si étroite et défectueuse, que les malades sont exposés à prendre dans cette salle un véritable bain de vapeur, qui peut, dans bien des cas, devenir la cause d'accidents. C'est pour ce motif qu'on se borne, le plus souvent, à envoyer les malades autour des piscines pour inhaler les vapeurs sulfureuses.

Le humage, c'est-à-dire l'aspiration directe des vapeurs au moyen d'un tube destiné à les recueillir est rarement employé à Amélie. Ce mode d'inhalations expose à des accidents qui doivent le faire abandonner dans la plupart des cas. Les vapeurs de nos eaux, ainsi condensées, ont en effet une température si élevée qu'elles tendent à congestionner les bronches et à favoriser la production d'une hémoptysie ou de phénomènes inflammatoires.

L'emploi du humage doit être exclusivement réservé à la pharyngite granuleuse et à quelques cas de laryngite et de bronchite simple atonique.

Le séjour dans les salles d'inhalations ne constitue pas une médication inoffensive ; aussi exige-t-il une grande surveillance de la part du médecin, qui doit toujours en fixer la durée aux malades. Les premières séances sont généralement de vingt à vingt-cinq minutes ; leur durée peut être successivement augmentée, suivant les effets obtenus, jusqu'aux séances d'une heure, qu'on dépasse rarement.

La température des salles d'inhalations doit être maintenue dans certaines limites, de 18° à 26° c. En effet, si la température dépasse 26° c., on se trouve dans les conditions de l'étuve, et on détermine sur les bronches des effets excitants qui se traduisent par de la gêne et l'accélération de la respiration, des palpitations de cœur, de la céphalalgie, etc. Au-dessous de 18°, les vapeurs tendent à se convertir en brouillards, et peuvent donner lieu, par le refroidissement qu'elles opèrent sur le corps et en particulier sur les organes respiratoires, à des rhumes et à des recrudescences de bronchite, dont les conséquences peuvent être très-fâcheuses.

L'air des salles d'inhalations n'a pas la même composition que l'air atmosphérique. Outre la vapeur d'eau et le gaz sulfurique, on y trouve plus d'azote et moins d'oxygène que dans l'air extérieur. Il contient, en outre, quelques principes minéraux provenant des particules liquides qui sont incessamment entraînées par la vapeur d'eau.

Les salles d'inhalations exigent une grande surveillance, non-seulement au point de vue de la température et de la vapeur, qu'il importe de régler, mais encore au point de vue du renouvellement de l'air. Plusieurs causes tendent en effet à en vicier

(1) On sait, du reste, que l'absorption si active de la muqueuse pulmonaire contribue notablement à la minéralisation des malades, quels qu'ils soient, qui suivent la cure thermale.

l'atmosphère. Au dégagement de l'azote et à la diminution de l'oxygène produite par la décomposition de l'eau sulfureuse, il faut encore ajouter toutes les causes de viciation dues au séjour des malades dans ces salles.

(*A suivre.*)

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 4 novembre 1873. — Présidence de M. DEPAUL.

CORRESPONDANCE OFFICIELLE

M. le ministre de l'agriculture et du commerce transmet les compte rendus des maladies épidémiques qui ont régné, en 1872, dans les départements de la Lozère et des Basses-Alpes.

CORRESPONDANCE NON OFFICIELLE

Elle comprend : 1° une lettre de M. Netter sur les injections veineuses dans le traitement du choléra ; 2° un travail anonyme sur les signes de la mort.

PRÉSENTATIONS

M. CHAUFFARD présente, au nom de M. le docteur Bucz, un volume sur les *Pélerinages de la Mecque et l'esclavage dans l'Orient.*

M. DEVILLIERS, un volume de M. le docteur Brochard : *Sur l'allaitement maternel.*

M. POGGIALE, au nom de M. Decaisne, un travail intitulé : *Des eaux de puits en général, et de celles de la ville de Beauvais en particulier, au point de vue de l'hygiène publique.* Des recherches auxquelles il s'est livré sur les eaux de Beauvais, M. Decaisne conclut à la nécessité de pourvoir cette ville d'une bonne distribution d'eau et d'utiliser les sources abondantes de bonne qualité qui existent à proximité.

M. BERGERON présente, au nom de M. le docteur Simonin (de Nancy), une brochure qui se compose de son dix-huitième rapport sur l'assistance médicale dans le département de la Meurthe, et de son trentième rapport sur la vaccine.

M. BÉCLARD, au nom de M. Beni Barde, un volume ayant pour titre : *Traité d'hydrothérapie.*

M. J. GUÉRIN, plusieurs travaux de M. Cazalas sur le choléra.

COMMUNICATIONS

M. DELPECH communique le relevé hebdomadaire de la mortalité cholérique à Paris. Voici quelle est la situation, du 28 octobre au 3 courant.

CHOLÉRA. — *Situation du 28 octobre au 3 novembre :*

	Hôpit. civils. Entrées.	Hôpit. civils. Intér.	Hôpit. civils. Décès.	Hôpit. milit. Décès.	A domicile. Décès.	Totaux par jour.
28 oct.	»	2	3	»	1	4
29 —	2	1	1	»	2	3
30 —	4	3	3	»	2	5
31 —	2	»	2	1	»	3
1er nov.	»	1	1	»	1	2
2 —	»	»	1	1	1	3
3 —	2	»	»	»	»	»
	10	7	11	2	7	20

Il y a, comme on peut le voir en se reportant au dernier relevé, une diminution de 7 décès sur la semaine précédente ; le chiffre total représente pour toute la semaine 1 décès par arrondissement. On remarquera surtout avec satisfaction que, dans la journée du 3, il n'y a pas eu un seul décès cholérique pour tout Paris, population civile, hôpitaux et hospices civils et hôpitaux militaires compris.

Suite de la discussion sur la septicémie.

M. COLIN réplique à la réponse que M. Davaine a faite, dans la dernière séance, à ses communications sur la septicémie. M. Colin se défend particulièrement du reproche que lui a fait M. Davaine de s'être abstenu de toute indication historique, en rappelant que son intervention dans la discussion n'a eu d'autre objet que d'apporter des expériences propres à débrouiller la question de la septicémie. M. Colin relève également, entre autres reproches, celui que lui a fait M. Davaine d'avoir critiqué la méthode des expérimentateurs qui font de la pathologie expérimentale d'après un seul animal, ce qui serait inexact. M. Colin maintient le bien fondé de ses critiques à cet égard.

LECTURE

M. CORNIL, candidat pour la section d'anatomie pathologique, donne lecture d'une note sur l'état anatomique des canaux biliaires et des vaisseaux sanguins dans la cirrhose du foie. (Renvoyé à la section constituée en commission d'élection.)

Suite de la discussion sur le choléra.

M. HERVIEUX est partisan de l'importation ; il a pour but de démontrer, contrairement à l'affirmation de M. J. Guérin, qu'il existe une très-grande différence entre le choléra sporadique et le choléra indien. La communication faite par M. Chauffard, dans la dernière séance, simplifie beaucoup la tâche qu'il s'impose.

Tout d'abord, comme l'a dit M. Guérin lui-même, le choléra indien est une maladie toxique au premier chef, et c'est là une différence capitale qui le sépare du choléra sporadique. Aucun parallèle ne saurait être établi, en effet, entre le choléra sporadique observé avant 1832, tel que l'a décrit Sydenham, et le choléra asiatique.

En second lieu, la léthalité du choléra sporadique n'a rien de comparable avec celle du choléra indien. M. Hervieux donne le nombre des décès observés à chaque épidémie de choléra asiatique.

En troisième lieu, la contagiosité est aussi un caractère qui différentie profondément le choléra sporadique du choléra épidémique. C'est par centaines, par milliers qu'il pourrait citer des faits en faveur de cette proposition, faits semblables à ceux que M. J. Guérin lui-même a rapportés.

4° Comme conséquence de la contagiosité, il signale la force d'expansion en vertu de laquelle le choléra asiatique a pu, dans chacune des épidémies auxquelles nous avons assisté, rayonner sur les différentes contrées de l'Asie, envahir toute l'Europe, une partie de l'Afrique et porter ses ravages jusque dans le continent américain ;

5° Il n'est pas jusqu'à l'expression symptomatique qui ne présente des différences fondamentales lorsque l'on met en parallèle le choléra asiatique avec le choléra nostras. Pour faire apprécier la réalité de cette différence, M. Hervieux compare le choléra tel qu'il existait en Europe en 1832, avec le choléra tel qu'il nous est venu des bords du Gange. Le fléau asiatique, dit-il, ressemble au choléra européen comme une péritonite traumatique ressemble à une péritonite puerpérale infectieuse, comme l'érythème à une rougeole maligne, comme une indigestion à un empoisonnement : M. Hervieux cite la description de Sydenham (Voy. Sydenhem, *Méd. prat.*, Paris, 1799, p. 151), celle de Cullen (Cullen, *Méd. prat.*, Paris, 1795, p. 425), celle de Geoffroy, de Ferrus, de Grisolles, etc., et fait remarquer combien ces descriptions s'éloignent de la physionomie véritable du choléra indien. La sidération du système nerveux, la cyanose, les phénomènes asphyxiques, l'anurie, l'aphonie, l'algidité, véritables caractères du choléra indien, manquent dans ces descriptions. Ainsi donc, avant 1817, on n'avait jamais constaté dans nos latitudes le vrai choléra indien. Lorsque le choléra nostras offre dans les manifestations symptomatiques beaucoup de points de ressemblance avec le choléra indien, c'est que le choléra indien a passé par là, car il en est des invasions épidémiques comme des invasions humaines qui laissent toujours les traces indélébiles de leur passage. C'est ainsi que nous avons aujourd'hui un choléra croisé d'indien ou un choléra estampillé.

M. Hervieux arrive ensuite à la doctrine de l'importation. Voici les propositions qu'il développe et qu'il appuie d'un grand nombre d'arguments :

La marche du choléra épidémique ne reconnaît pas d'auter loi que celle des migrations humaines;

Le choléra suit les voies maritimes avec la même précision que les voies terrestres en se conformant toujours à la loi des migrations humaines;

La vitesse de progression du choléra se mesure exactement dans le plus ou moins de célérité des communications...

Les faits de transmission dans les localités atteintes par le fléau témoignent encore en faveur de l'importation par les migrations humaines.

Après le développement de chacune de ces propositions, l'orateur arrive à l'examen de la doctrine par laquelle M. J. Guérin propose de remplacer celle de l'importation.

La doctrine de l'importation qui intervient, a pour base une vérité immuable, la loi de la transmission, à l'abri de toute atteinte. M. Hervieux partage entièrement les conclusions de la Conférence internationale. Suivant lui, les faits sont en désaccord formel avec l'hypothèse de la spontanéité défendue par M. Guérin. Il rappelle tous les faits bien connus et bien souvent cités en faveur de l'importation du choléra de l'Inde dans différents pays où il a été observé.

Quant aux constitutions cholériques, auxquelles M. Guérin prête un rôle si important dans sa doctrine, elles ne possèdent pas la puissance génératrice de la maladie et ne doivent être considérées que comme des causes adjuvantes.

M. Hervieux, comme M. Guérin, considère la diarrhée comme une forme légère de choléra, dans certaines conditions d'épidémicité, mais il trouve le mot ébauche impropre, une ébauche comprenant les lignes principales de la physionomie ou de l'action qu'on veut représenter, tandis que la diarrhée prémonitoire n'offre jamais les traits essentiels de la maladie confirmée.

L'orateur n'admet pas, comme M. Guérin, que la diarrhée précède *toujours* le choléra; il y a un grand nombre d'exceptions à cette règle. M. Brochin, dans une lettre à l'Académie, n'avait constaté, en 1849, la diarrhée prémonitoire que 85 fois sur 131 cas, et, en 1854, que 52 fois sur 94 cas. M. Blondel, en 1854, signale la diarrhée 4,359 fois sur 4,710 cas. MM. Besnier, Horteloup. Damaschino, etc., ont relaté des faits analogues.

Pour la constitution diarrhéique qui, suivant M. Guérin, précéderait les épidémies de choléra, M. Besnier a démontré qu'au moment où débutait l'épidémie de 1866, cette constitution n'était nullement accusée, et d'autre part, M. Guérin s'est trompé, en 1871, en s'appuyant sur cette constitution pour annoncer une épidémie cholérique qui n'a pas eu lieu. M. Hervieux considère cette diarrhée comme un effort éliminateur de l'organisme empoisonné.

Il en résulte, suivant M. Hervieux, que les évacuants sont utiles pour combattre ce phénomène initial, mais ne sont plus applicables au choléra d'emblée.

En terminant, M. Hervieux pense qu'on doit conserver les quarantaines.

PRÉSENTATIONS

Opération destinée à remédier à une exstrophie de la vessie. — Amputation du pied. — Modification du procédé de Pirogoff. — M. LÉON LE FORT présente deux malades auxquels il a pratiqué des opérations. Le premier est un jeune garçon de quinze ans atteint d'une exstrophie congénitale de la vessie. Par suite de l'absence de la paroi antérieure de l'abdomen et de la paroi antérieure de la vessie, la partie abdominale, au niveau du pubis, et dans une étendue égalant à peu près la paume de la main, n'était constituée que par la paroi postérieure de la vessie se présentant sous la forme d'une tumeur d'un rouge vif, fongueuse, facilement saignante, et ne pouvant supporter, sans amener de vives douleurs, le contact des vêtements.

La verge, longue à peine de 1 ou 2 centimètres, privée de paroi supérieure et de bulbe, est réduite à une gouttière qui se continue avec la vessie et se termine en avant par deux saillies latérale, qui représentent un gland rudimentaire. Les uretères s'ouvrant à l'extérieur, il en résultait une incontinence d'urine complète, en même temps que la forme et l'étendue de la tumeur constituée par la muqueuse vésicale empêchait l'application d'un appareil capable de retenir l'urine.

L'opération consista : dans un premier temps, à disséquer un gros tubercule cutané placé sous le gland et représentant le prépuce, à y pratiquer une fente en forme de boutonnière, au travers de laquelle on engagea le gland. Le prépuce venait ainsi compléter sur les côtés la courte gouttière uréthrale, et recouvrir en bas la muqueuse vésicale. Dans un deuxième temps, on disséqua, sur l'abdomen, un large lambeau cutané, qui fut rabattu en forme de tablier, la face acruentée devenant superficielle. Le bord libre de ce lambeau, réuni au bord du prépuce ramené au devant de la vessie, constitua un large pont recouvrant toute la vessie, mais laissant de chaque côté deux fentes mesurant toute la longueur de la tumeur. Dans un troisième temps, M. Léon Le Fort détacha, le long de ces bords, un lambeau quadrilatère, pris sur la peau de la région voisine, et la réunion de chaque côté du lambeau inguino-abdominal avec les bords de la nouvelle paroi vésicale constituée, en haut par le lambeau abdominal rabattu, en bas par le lambeau préputial relevé, eut pour résultat la formation d'une poche vésicale complétement fermée, sauf au niveau de la gouttière uréthrale par laquelle s'échappe l'urine. L'incontinence d'urine subsiste puisqu'on ne peut créer de sphincter artificiel; mais l'urine, coulant par l'orifice uréthral, est facilement reçue dans un urinal en caoutchouc, dont le réservoir est appliqué le long de la cuisse. Aujourd'hui, le malade peut s'habiller et vaquer aux occupations ordinaires de la vie, ce qui, avant l'opération, lui était à peu près impossible.

Le second malade est un jeune homme de dix-huit ans, atteint, à l'âge de cinq ans, de convulsions qui amenèrent un double pied-bot varus qu'on essaya en vain de combattre par la ténotomie et les appareils. La marche amena un épaississement de l'épiderme du bord externe des deux pieds, puis des ulcérations et une carie des os. La marche, même avec des béquilles, était à peu près impossible, et s'exerçait le plus souvent à la façon des culs-de-jatte. Après un an de séjour dans les hôpitaux, le malade entra à l'hôpital Beaujon, réclamant une des amputations usitées au pied, M. Le Fort imagina une modification de l'amputation ostéo-plastique de Pirogoff. Telle qu'on la pratique, cette opération a pour effet le renversement du talon en avant, de telle sorte que l'amputé marche sur la partie postérieure du talon. Cet inconvénient, bien que diminué, subsiste encore dans la modification conseillée par M. Sédillot. M. Le Fort sectionne horizontalement le calcanéum et le soude au tibia, dont on retranche le plateau articulaire. La guérison a été effectuée en un mois. La marche fut possible après six semaines. Le malade marche sur un talon, ayant conservé la forme et la situation normales. Il peut sauter à cloche-pied sur le membre opéré, et avec une béquille et un pilon sur lequel repose fléchie la jambe non opérée, faire un trajet d'au moins dix kilomètres. Le résultat obtenu sur la jambe gauche lui fait demander instamment l'amputation du pied droit, le malade étant convaincu qu'il pourra dès lors marcher presque aussi bien qu'avec un pied normal.

La séance est levée à cinq heures.

MINISTÈRE DE L'AGRICULTURE ET DU COMMERCE

ÉCOLES VÉTÉRINAIRES

Examens d'admission du mois d'octobre 1873.

763 candidats inscrits. — 225 entrés.

ÉCOLE D'ALFORT.

1. Canu (Manche); — Godard (Vosges); — Rossignol (Ardennes) (bacheliers ès lettres ou ès sciences). — Saudrin (Bas-Rhin).— Sarciron (Meurthe-et-Moselle). — Hoquet (Aisne). — Girard (Haute-

Savoie). — Portevin (Eure). — Lahogue (Ille-et-Vilaine). — Chambonnet (Creuse).

11. Airian (Loire-Inférieure). — Patté (Seine). — Marchand (Pas-de-Calais). — Petit (Somme). — Guérin (Aisne). — Dupuy (Haute-Saône). — Guillaume (Ardennes). — Haas (Seine). — Lanco (Morbihan). — Vallerant (Marne).

21. Caillaud (Charente-Inférieure). — Marlot (Nièvre). — Becker (Haut-Rhin). — Brière (Eure-et-Loir).— Barrier (Bas-Rhin). — Otto (Algérie). — Pierre (Meurthe-et-Moselle). — Fancillon (Cantal). — Grall (Finistère). — Turquin (Aisne).

31. Mabire (Seine-Inférieure). — Passet (Aisne). — Valète (Pyrénées-Orientales). — Macaigne (Aisne). — Suaire (Marne). — Tévenard (Somme). — Graux (Somme). — Alix (Seine-et-Oise). — Boiteau (Somme). — Delcombre (Nord).

41. Jacqmart (Nord). — Ristori (Corse). — Girardot (Seine). — Leclerc (Aisne). — Maris (Algérie). — Manchassat (Seine).— Morlet (Seine-et-Marne). — Gautier (Seine). — Marin (Aube). — Foulard (Sarthe).

51. Guénon (Marne). — Bertrand (Aisne). — Bonneau (Loiret).— Jarry (Mayenne). — Vasselin (Aisne). — Bonnigal (Loire-et-Cher).— Aubert (Puy-de-Dôme). — Gallier (Calvados). — Lalanne (Gers). — Peupion (Meurthe-et-Moselle).

61. Floriot (Vosges). — Leducq (Pas-de-Calais).— Picard (Somme). — Diot (Ille-et-Vilaine). — Blier (Somme). — Poly (Jura). — Le Thâo (Côtes-du-Nord). — Michel (Côtes-du-Nord). — Pardonneau (Deux-Sèvres). — Boine (Seine-Inférieure).

71. Roger (Finistère). — Évain (Ille-et-Vilaine). — Dubarry (Hautes-Pyrénées). — Lagniez (Nord). — Saint-Paul (Algérie). — Touret (Seine). — Casier (Pas-de-Calais).— Vivet (Loiret). — Doussain (Loire-Inférieure). — Avoyne (Manche).

81. Lemée (Loire-Inférieure). — Bonnemain (Aube). — Montazeau (Seine). — Cabobette (Somme). — Loyer (Seine-et-Marne). — Arnold (Rhône). — Lempereur (Yonne). — Bertaud (Aisne). — Varvard (Somme). — Albaret (Vosges).

91. Bréjon (Indre-et-Loire). — Georges (Seine). — Alezais (Loire-et-Cher). — Busy (Seine). — Boyenval (Loire-et-Cher). — Daire (Somme). — Charmentier (Seine). — Noiset (Ardennes). — Heutte

ÉCOLE DE LYON

1. Chataignier (Deux-Sèvres).—Chabert (Drôme). — Truc (Var).— Baissey (Haute-Saône). — Morisot (Côte-d'Or). — Didion (Vosges). — Mozet (Allier). — Venet (Ain). — Perret (Ain). — Vincey (Haute-Marne).

11. Richard (Paul) (Haute Saône). — Tainturier (Côte-d'Or). — Boury (Haute-Marne). — Sauvageot (Côte-d'Or). — Mitte (Nièvre). — Rémons (Côte-d'Or). — Maussang (Allier). — Giraud (Jacques) (Var). — Rochard (Loire). — Donnat (Hérault).

21. Seurot (Haute-Marne). — Bourgeois (Allier). — Girode (Côte-d'Or). — Gourinchas (Haute-Vienne). — Maret (Côte-d'Or). — Ranvier (Cher). — Vindret (Haute-Savoie). — Tétard (Côte-d'Or). — Gauthier (Jura). — Giraud (Jean) (Allier).

31. Lorioz (Côte-d'Or). — Brunet (Isère). — Germain (Vosges). — Nicolas (Ardèche). — Fabulet (Somme). — Richard (Jean) (Nièvre). — Bourges (Ille-et-Vilaine). — Barrot (Bouches-du-Rhône). — Favret (Haute-Saône). — Bernard (Doubs).

41. Alleq (Hautes-Alpes). — Milleraud (Côte-d'Or). — Gambini (Corse). — Humberset (Suisse). — Dousset (Allier). — Poirson (Vosges). — Ledigabel (Morbihan). — Gontier (Oise). — Chaumette (Gironde). — Rouxin (Ille-et-Vilaine).

51. Biévelot (Meurthe-et-Moselle). — Adrian (Alsace-Lorraine).

ÉCOLE DE TOULOUSE

Baches (Lot-et-Garonne). — Pébernard (Aude), bacheliers ès lettres ou ès sciences.

1. Vautrier (Lot-et-Garonne). — Ducournau (Landes). — Gourdon (Haute Garonne). — Barrau (Tarn). — Lacoste (Landes). — Courregé (Haute-Garonne). — Julié (Tarn). — Garros (Gers). — Fontan (Hautes-Pyrénées).

11. Reysset (Cantal). — Lasbax (Haute-Garonne). — Jonet (Gard). Lacassin (Hautes-Pyrénées). — Combadière (Cantal). — Fauric (Lot-et-Garonne). — Chrétien (Tarn-et-Garonne). — Étiembre (Loire-Inférieure). — Gilbert (Charente). — Malet (Landes).

21. Bessejac (Tarn-et-Garonne). — Bouche (Gers). — Rossignol (Lot). — Sanné (Haute-Garonne). — Védel (Gard). — Lahille (Haute-Garonne). — Besnard (Charente-Inférieure). — Camus (Lot-et-Garonne). — Melle (Gironde). — Augé (Gers).

31. Darricau (Landes). — Corréger (Haute-Garonne). — Pader (Gers). — Maury (Hérault).— Chassagnac (Corrèze). — Soula (Haute-Garonne). — Masclanis (Gers). — Merle (Haute-Garonne). — Bravat (Tarn-et-Garonne). — Darfay (Landes).

41. Gabarret (Gers). — Despujols (Aude). — Delgueil (Dordogne). — Dubosc (Lot-et-Garonne). — Cancé (Aveyron). — Dinsac (Pyrénées-Orientales). — Poujade (Lot). — Méchin (Charente-Inférieure). — Rouméjoux (Gironde). — Viatgé (Tarn-et-Garonne).

51. Thomas (Vienne). — Faulon (Gers). — Gobeau (Charente-Inférieure). — Luneau (Vaucluse). — Bartherotte (Gironde). — Dhers (Maurice) (Haute-Garonne).— Lagarde (Lot). — Michel (Gard). — Roumat (Gironde). — Guilhon (Gers).

61. Teyssou-Lacombe (Dordogne). — Galy (Basses-Pyrénées). — David (Gironde). — Roby (Creuse). — Dupuy (Gers). — Lassalle (Landes). — Bourgès (Lot). — Durrichou (Gers). — Ducouret (Creuse). — Lompech (Lot).

71. Colls (Espagne). — Puig (Espagne).

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Nous recevons le premier numéro du journal illustré, la *Jeune mère*. Cette publication, confiée à la savante direction de notre confrère, le docteur Brochard, mérite d'être vivement recommandée. Elle paraît le 1er de chaque mois, au prix de 6 fr. par an. On s'abonne, *à Lyon*, 3, *place Bellecour*, chez M. Josserand.

Sommaire du nº 1 : A mes lectrices; — à la presse; — au corps médical. — Causerie du docteur. — L'Éducation du nouveau-né. — Le Berceau (poésie). — Le Berceau (hygiène). — Les Deux Amies (nouvelle). — Chronique des sociétés protectrices de l'Enfance. — Hygiène (le sevrage).

— *Hospices civils de Marseille.* — Le lundi 1er décembre 1873, à huit heures du matin, il sera ouvert à l'hôtel-dieu un concours public pour trois places d'élèves internes.

Le lundi 15 du même mois, à trois heures du soir, un autre concours sera ouvert, dans le même hôpital, pour six places d'élèves externes.

Les intéressés trouveront les conditions de ces concours au secrétariat de l'administration des hospices, à l'hôpital de Marseille.

— La Société de médecine de Paris tiendra sa prochaine séance le samedi 8 novembre, 3, rue de l'Abbaye, à trois heures et demie très-précises.

Ordre du jour : 1º Lecture du procès-verbal de la précédente séance; — 2º Lecture de M. Beni-Barde à l'appui de sa candidature au titre de membre titulaire, d'un travail intitulé : *Quelques considérations sur le goître exophthalmique;* — 3º M. Guibout : *Du secret professionnel.*

— La Société des médecins des bureaux de bienfaisance tiendra sa prochaine séance mercredi 12 novembre, à huit heures du soir, à la mairie du Louvre, place Saint-Germain-l'Auxerrois.

Ordre du jour : 1º Des difficultés que rencontrent les médecins des bureaux de bienfaisance dans le traitement à domicile des cholériques indigents, par M. le docteur Dupouy; — 2º Lecture par M. le docteur Lanquetin.

— M. le professeur G. Sée ouvrira le cours de clinique à la Charité lundi 10 novembre, à neuf heures précises; les leçons seront continuées tous les lundis, mercredis et vendredis, à la même heure.

— M. le professeur Lasègue commencera ses leçons, à l'hôpital de la Pitié, le jeudi 6 novembre, et les continuera les mardis, jeudis et samedis. —Visite des malades, à huit heures et demie.

Conférences et manipulations. — Dimanche, M. Nepveu : histologie pathologique. — Lundi, M. Bougarel : chimie pathologique. — Mercredi, M. Landrieux : exploration clinique.

— M. le docteur de Saint-Germain, chirurgien de l'hôpital des Enfants-Malades, reprendra ses leçons cliniques le jeudi 13 novembre, à neuf heures.

Tous les jours, excepté le jeudi, de huit heures et demie à dix heures et demie, visite des malades et consultation.

Le jeudi sera spécialement consacré à la leçon clinique et aux opérations.

La consultation du samedi sera réservée aux difformités et à l'application des appareils orthopédiques.

— Le docteur Reliquet, ancien interne des hôpitaux de Paris, commencera son cours sur *les maladies des voies urinaires*, le lundi 10 novembre, à sept heures du soir, dans l'amphithéâtre n° 2 de l'École pratique, et le continuera les mercredis, vendredis et lundis suivants à la même heure.

— *Policlinique du docteur Berrut, pour le traitement des maladies chirurgicales des femmes.* — Consultations libres le jeudi, de neuf à onze heures du matin, rue de Bellechasse, 29. — Leçons pratiques sur les maladies de l'appareil génital et les maladies du sein. — La première leçon a lieu, chaque année, le premier jeudi de novembre, à onze heures.

Les inscriptions sont reçues de trois à cinq heures.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Du choléra, nouvelle méthode et deux nouveaux moyens de traiter la cholérine et le choléra, par le docteur Déclat. — 1 vol. in-18. Prix : 60 centimes. — Paris, Adrien Delahaye.

Mémoire sur la lithoclysmie. Nouvelle opération chirurgicale ayant pour objet la dissolution intra-vésicale de la pierre, par le docteur Pignoni. — In-8°. Prix : 50 centimes. — Paris, Adrien Delahaye.

De l'ectopie mobile des reins, par le docteur Hicguet. — In-8°. Prix : 1 franc. — Paris, Adrien Delahaye.

Le Directeur : Dr E. Le Sourd.

Paris.— Typographie A. Pougin, quai Voltaire, 13.

Nº 129. — SAMEDI 8 NOVEMBRE 1873. 46e ANNÉE. SAMEDI 8 NOVEMBRE 1873. — Nº 129.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Bureaux : 57, rue des Saints-Pères, 57
PRÈS L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix d'abonnement doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois

On s'abonne hors de Paris dans les bureaux des Messageries et chez les Libraires
Les lettres non affranchies sont refusées.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1855 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui n'en peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS		
Trois mois. .	8 fr. 50 c.	
Six mois. . .	16	—
Un an. . . .	30	—

POUR L'ÉTRANGER le port en sus suivant les derniers tarifs des Postes.

REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE

Après le relevé des décès cholériques de la semaine, communiqué par M. Delpech dans la dernière séance de l'Académie de médecine, nous croyons pouvoir nous dispenser aujourd'hui, et jusqu'à nouvel ordre, de donner le mouvement des malades cholériques des hôpitaux et hospices de Paris, qui se réduit à des chiffres presque insignifiants. Aucun renseignement nouveau ni aucune communication ne nous étant parvenus non plus, relativement au choléra, depuis notre précédente Revue, nous passons outre également à tout ce qui concerne une épidémie qui paraît toucher tout à fait à sa fin, réservant les réflexions auxquelles elle pourrait donner lieu encore, pour la discussion générale qui se poursuit devant l'Académie.

Cette semaine a vu s'ouvrir une grande partie des cours de clinique. Nous avons assisté, mardi 4 novembre, à la première leçon de M. le professeur Gosselin, à l'hôpital de la Charité, et hier jeudi, 6, à la première de M. le professeur Lasègue.

M. Lasègue a débuté par une leçon de méthodologie, dans laquelle il s'est attaché particulièrement à faire ressortir, aux yeux de ses élèves, l'avantage de joindre aux procédés ordinaires d'investigation et de recherche du médecin, les procédés d'exploration plus spécialement familiers aux chirurgiens, tels que le toucher et la palpation. Entre autres exemples, il a cité les avantages qu'il retire journellement de l'application du toucher dans le diagnostic des angines, où il est, à son avis, trop généralement négligé. On peut voir, en effet, dans le *Traité des angines* de M. Lasègue, le parti que ce professeur a su tirer dans maintes occasions, et notamment dans l'étude des affections nerveuses de la gorge, de l'exploration de ces parties par le toucher, soit médiat, soit immédiat, lorsqu'il s'agit surtout d'apprécier les degrés divers de sensibilité, d'anesthésie ou d'hyperesthésie, de contractilité directe ou réflexe ou de paralysie motrice des divers éléments constitutifs de cette région.

Nous saisissons cette occasion de rappeler que M. Lasègue consacrera, pendant une partie du semestre que nous commençons, les séances du jeudi à l'étude clinique des angines, les samedis à la revue des différents malades du service. Les mardis continueront, comme l'année dernière, à être consacrés aux expositions et aux analyses cliniques faites par les élèves eux-mêmes. Tous les élèves stagiaires ou bénévoles sont également admis à participer à tous les exercices cliniques, tant dans les salles que dans le laboratoire qui y est annexé.

Anévrysme spontané de l'artère poplitée.

M. le professeur Gosselin, dans sa première leçon clinique, a appelé l'attention de son auditoire sur un malade atteint d'un anévrysme spontané de l'artère poplitée, qui a présenté dans ses diverses évolutions et qui présente encore actuellement un véritable intérêt pratique.

Il s'agit d'un homme qui est entré, il y a plusieurs mois déjà, à l'hôpital de la Charité pour se faire traiter de sa tumeur anévrysmale, sur l'origine de laquelle il n'a pu donner aucun renseignement. C'était, selon toutes les apparences, un de ces anévrysmes qui se développent spontanément sous l'influence d'une lésion athéromateuse des parois vasculaires.

Le premier moyen auquel on a eu recours a été la compression digitale. La compression a été faite de la manière la plus exacte possible, pendant trente-huit heures. Au bout de ce temps, le malade éprouvait des souffrances telles qu'on fut obligé de la cesser. La compression n'avait pas été absolument complète, mais il n'y avait pas lieu de le regretter; on sait, en effet, surtout depuis les recherches de M. Broca, que les caillots actifs fibrineux, qui se forment lentement sous l'influence d'une compression modérée, sont préférables, au point de vue du résultat désiré, aux caillots passifs qui se forment instantanément par suite de l'arrêt brusque et complet du sang, et qui ont, plus tard, l'inconvénient de se laisser détruire par le retour du choc du sang.

Cependant la compression n'ayant pas donné le résultat voulu, faute d'avoir pu être prolongée durant un temps suffisant, il fallut recourir à la ligature dans le triangle de Scarpa; ce qui fut fait le 14 juillet.

Le premier effet de la ligature fut d'abord très-satisfaisant; les battements disparurent complétement dans la tumeur, qui se durcit et diminua de volume. On espérait avoir atteint cette fois le but. La circulation n'était pas interrompue dans le membre, le malade ne souffrait pas. Mais vers le douzième jour environ, la maladie entra dans une nouvelle phase. Les pulsations recommencèrent à se faire sentir, sans augmentation de volume de la tumeur; toutefois, la poche anévrysmale était revenue perméable.

M. Gosselin, pensant d'abord qu'il ne s'agissait que du retour du sang par l'une des artères collatérales, ne fut pas trop tour-

menté. Mais pendant qu'il espérait encore, une troisième phase commença. La tumeur continuait à battre, et elle augmentait de volume et se ramollissait. Il n'y avait plus guère à se faire illusion, il ne s'agissait plus du rétablissement de la circulation par voie collatérale dans le vaisseau primitivement oblitéré, mais bien d'une récidive, sous cette forme que l'on a désignée sous le nom d'anévrysme diffus.

Bientôt une quatrième phase suivit celle-là, ce fut l'inflammation de cet anévrysme, accusée par une douleur extrêmement vive, avec rougeur érythémateuse de la peau et mouvement fébrile. On eut un moment la crainte de voir la tumeur suppurer; mais cette crainte heureusement ne se réalisa pas. Une ponction exploratrice faite dans le but de s'éclairer à cet égard, rassura complétement ; elle ne donna issue qu'à un peu de sang à l'état de bouillie épaisse, sans aucune trace de pus.

On n'était pas à la fin des évolutions de cet anévrysme. Une cinquième phase venait de se produire. Les pulsations, le bruit de souffle qui avaient reparu une quinzaine de jours après la ligature, avaient cessé; si bien que la crainte de voir survenir la rupture de la tumeur était dissipée. Cette nouvelle phase de la maladie accusait une tendance à la guérison. On se trouvait en présence d'une tumeur hématique diffuse n'ayant probablement plus de communication avec la poche anévrysmale ou n'ayant du moins avec elle qu'une communication très-étroite et sur le point de disparaître par la formation prochaine de nouveaux caillots.

Ce serait là la dernière phase, et la plus intéressante assurément qu'aurait subie cette tumeur, la guérison devant en être le résultat final.

Mais peut-on se flatter qu'il en sera sûrement ainsi ? On n'en est malheureusement pas sûr. Il se pourrait, en effet, que dans le fond de la tumeur, séparé de la main et de l'oreille par une assez grande distance et une assez grande épaisseur de caillots, pour qu'elles ne puissent percevoir ni l'une ni l'autre aucune sensation de pulsation ou de souffle, il existât néanmoins encore une petite cavité persistante.

M. Gosselin incline à espérer que cette communication sera et restera interrompue, et que cette collection de caillots qui remplit actuellement la tumeur, n'étant plus en communication directe avec l'artère, finira à la longue par se résorber.

Une autre terminaison est possible, c'est que cette masse de caillots vienne à suppurer, auquel cas le malade pourrait avoir de graves accidents à subir, mais moins dangereux cependant que s'il s'agissait d'une rupture.

Enfin, il y aurait encore une troisième terminaison à laquelle on pourrait s'attendre, ce serait la persistance indéfinie de l'état actuel, d'où l'obligation où on pourrait se trouver, à un moment donné, d'avoir à choisir entre une amputation ou l'abandon du malade en cet état.

L'intention de M. Gosselin est de continuer la compression exercée avec soin et d'une manière modérée, secondée par le repos, de manière à favoriser le plus possible la terminaison la plus désirable, c'est-à-dire, la résorption, et par les toniques afin de soutenir les forces.

Il sera intéressant de suivre ce malade jusqu'à l'issue définitive de son anévrysme. C'est ce que nous tâcherons de faire.

Sur l'ablation des tumeurs laryngiennes.

M. le docteur Moura, à l'occasion des quatre applications de la galvano-caustique pour des tumeurs laryngiennes, dont nous avons publié la relation dans la Revue du 25 octobre, nous adresse les réflexions suivantes :

« Ceux qui s'occupent des affections laryngiennes, nous écrit notre confrère, ont de temps en temps l'occasion d'extirper ou de détruire de ces tumeurs — épithéliomes et papillomes — soit au moyen de pinces appropriées, soit avec des serre-nœuds, soit enfin, plus rarement, par des cautérisations répétées.

Quelles que soient l'expérience et l'adresse de l'opérateur, celui-ci ne peut parvenir à faire pénétrer le polype dans l'anse métallique, comme il le fait pour une tumeur de la peau. Il est obligé de porter cette anse le plus près possible de la tumeur, en suivant lentement et avec précaution l'axe du tube pharyngo-laryngien, le laryngoscope servant de point d'appui à son instrument. Pour peu qu'il touche l'organe de la voix, celui-ci se contracte, et la manœuvre est à recommencer. De sorte que le moment le plus délicat, le plus difficile de l'opération, est celui où, arrivé près de la glotte, il faut, par un mouvement rapide de bascule, appliquer l'anse contre l'angle antérieur, c'est-à-dire sur le polype. Il faut, en outre, profiter de l'inspiration du malade, seul moment où l'on peut pénétrer sans violence entre les cordes vocales.

A peine cette application est-elle faite que toutes les parties se resserrent et le malade ne respire plus. Pour s'assurer que le polype est saisi, le chirurgien est obligé de faire glisser l'anse dans le serre nœud, à l'aide du pouce et de l'index de la main qui tient l'instrument. Si le serre-nœud résiste, la tumeur est saisie, étreinte ; il n'y a plus qu'à compléter la constriction et à retirer le tout avec un peu d'effort. Mais bien souvent l'opérateur ne sent pas de résistance, et il faut recommencer.

Voici donc une introduction d'instrument exigeant une adresse toute spéciale, une application rapide de l'anse sur la tumeur, une constriction préalable de cette tumeur, un malade dont le larynx est fermé, et c'est alors que, prolongeant cet état d'angoisse, vous ajoutez une manœuvre nouvelle, une cautérisation aveugle, rapide, je le veux bien, tandis que vous n'aviez qu'à retirer le serre-nœud vivement pour enlever le mal et délivrer le patient ! Quels que soient les avantages, plus apparents que réels, très-discutables dans tous les cas, de la cautérisation galvanique, j'avoue que je ne puis comprendre son intervention dans ces sortes de maladies.

En 1867, lors du Congrès scientifique international qui eut lieu à Paris, j'avais déjà signalé cette intervention malheureuse de l'électricité à un honorable confrère de Breslau, qui était venu me montrer de quelle manière il faisait cette application. Je ne veux pas prolonger ma communication ; elle m'entraînerait trop loin. J'espère qu'elle suffira aux praticiens prudents et les aidera à se débarrasser d'une complication opératoire inutile et dangereuse à la fois. »

— Tout en louant, comme il le mérite, le sentiment de prudence qui a dicté ces réflexions à notre confrère, nous ne pouvons cependant pas fermer ni l'oreille ni les yeux à des faits dont les résultats heureux restent acquis. Que pour quelques-uns d'entre eux, peut-être, l'application de la galvano-caustique, dont les résultats ont été d'ailleurs, dans l'espèce, aussi efficaces qu'inoffensifs, eût pu être remplacée tout aussi utilement par un procédé plus simple, nous ne faisons pas de difficulté de l'admettre ; mais, pour l'un d'eux au moins, il faut bien reconnaître que la galvano-caustique seule pouvait donner le résultat obtenu.

Dr B...

[illegible] DES INHALATIONS SULFUREUSES PENDANT LES SAISONS D'HIVER A AMÉLIE-LES-BAINS (1)

Par le Dr A. BOUYER, ancien interne des hôpitaux de Paris.

Action des inhalations. — Pour indiquer l'action thérapeutique des inhalations, analysons en quelques lignes les principaux effets qu'elles produisent sur les affections des voies respiratoires.

Ces effets sont de deux sortes : effets primitifs ; effets secondaires.

Effets primitifs. — Au bout de quelques instants de séjour dans les salles d'inhalations, les malades éprouvent une sensation de bien-être général qui s'accompagne d'une facilité plus grande de la respiration, d'une diminution de fréquence et de sécheresse de la toux. En même temps, la peau se recouvre d'une légère moiteur, et on constate une diminution notable de fréquence et d'intensité dans les pulsations du pouls. Si la séance d'inhalation se prolonge au delà d'un certain temps, ces phénomènes de sédation sont bientôt remplacés par des phénomènes d'excitation qui se traduisent par une accélération de la respiration et de la circulation, une lourdeur de tête, la turgescence de la face, la céphalalgie, des quintes de toux sèche, et quelquefois des douleurs thoraciques.

La succession de ces phénomènes de sédation et d'excitation, est surtout très-manifeste chez les asthmatiques et dans certaines formes de bronchite qui s'accompagnent d'un élément spasmodique. On voit, en effet, souvent des asthmatiques qui ont éprouvé une sensation brusque de dyspnée en entrant dans la salle d'inhalations, être repris de recrudescence d'oppression à la fin de la séance. Il suffit, dans certains cas, de leur conseiller d'abréger la durée des séances pour prévenir les phénomènes d'excitation.

Les effets secondaires des inhalations sont les suivants : après quelques séances, la toux diminue de fréquence et ne s'accompagne plus de sensations de sécheresse et de picotements incommodes dans l'arrière-gorge ou au niveau de la trachée. L'expectoration devient plus facile et plus abondante. Les crachats sont plus fluides et changent de matière : de muco-purulents, ils deviennent muqueux, puis séro-muqueux, et tendent ensuite à diminuer progressivement de quantité. Il se produit là, comme on le voit, une espèce de substitution ou plutôt une sorte de déplétion humorale de la muqueuse pulmonaire, qui est la partie d'élection éliminatrice. C'est cette action que Bordat désignait sous le nom de béchique expectorant.

En même temps que la toux et l'expectoration subissent ces modifications, les douleurs thoraciques diminuent d'intensité et la respiration tend à reprendre son rhythme normal.

En somme, l'action des inhalations sur les affections des voies respiratoires est complexe. Elle comprend : 1° des effets anesthésiques sédatifs sur les nerfs de la vie organique du poumon, dus au gaz sulfhydrique (2). Ces effets se traduisent par la diminution de la toux, la cessation des chatouillements laryngés ou trachéaux qui l'accompagnent, la diminution de l'excitation fluxionnaire des poumons et de la dyspnée dans bien des cas ; 2° des effets de dépuration éliminatoire sur la muqueuse respiratoire, caractérisés par l'augmentation de la sécrétion au début, puis par des modifications et la diminution progressive de cette sécrétion.

Cette double action des inhalations ne doit pas être attribuée exclusivement au gaz sulfhydrique. La vapeur d'eau joue, en effet, un rôle assez important dans l'inhalation. Par son action topique émolliente (à une température moyenne), non-seulement elle favorise l'action sédative du gaz sulfhydrique, mais encore elle lubrifie les bronches, facilite l'expectoration et tend à provoquer la déplétion humorale. Elle produit en outre, sur la peau, une révulsion douce par l'excitation fonctionnelle qu'elle détermine.

Ces inhalations peuvent également être considérées comme un agent de désoxygénation agissant à la manière des balsamiques. Elles soustraient à l'action comburante de l'oxygène de l'air les parties vives et enflammées ; elles diminuent la production du pus et des parties putréfiées ; elles exercent une action destructive sur ces mêmes parties et les empêchent d'être résorbées.

Nous avons exposé les effets généraux qu'on observe le plus communément chez les malades soumis aux inhalations méthodiques. Mais il est des cas dans lesquels ce mode d'administration des eaux est mal supporté. Le tempérament du malade, les dispositions individuelles, la nature et la force de la maladie peuvent modifier son action. Nous voyons, en effet, quelquefois des malades être pris, en entrant dans la salle d'inhalations, de quintes de toux, de dyspnée, de chaleur à la face, en un mot, de phénomènes d'excitation bronchique très-prononcés. Pour empêcher ces troubles, il est parfois utile de conseiller aux malades de commencer par les inhalations faibles de la galerie romaine, ou de couper la séance d'inhalations par un séjour de quelques minutes dans cette galerie. Enfin, il y a des cas dans lesquels ces troubles persistent malgré toutes ces précautions, et où les inhalations paraissent complétement contre-indiquées. Ainsi, elles doivent être proscrites dans les affections du cœur et du système circulatoire, dans le catarrhe des vieillards compliqué d'emphysème généralisé ; chez tous les sujets prédisposés aux congestions à la tête ; dans tous les cas où il existe une recrudescence de bronchite ou de congestion pulmonaire ; toutes les fois que l'affection des voies respiratoires est compliquée d'un état névropathique lié à une affection utérine, etc.

Les affections qui se trouvent le mieux des inhalations sont : le catarrhe laryngé sec, la pharyngite granuleuse, la bronchite chronique liée à l'herpétisme ou à l'arthritis, la bronchite simple, l'asthme et les congestions chroniques du poumon.

Dans la phthisie, les inhalations constituent une médication utile et susceptible de remplir certaines indications thérapeutiques. Elles peuvent exercer une action favorable sur la bronchite concomitante, en diminuant l'hypersécrétion bronchique, qui est une cause de déperdition constante pour le malade, et en atténuant l'excitation fluxionnaire que provoquent les foyers caséeux ou tuberculeux. Elles peuvent aussi amender la toux spasmodique quinteuse, soit que celle-ci soit liée à un état d'irritabilité nerveuse locale ou qu'elle soit due à la laryngo-trachéite, complication fréquente et rebelle des affections pulmonaires.

Les phthisies qui s'accommodent le mieux des inhalations sont les formes torpides et scrofuleuses, les formes catarrhales liées à l'herpétisme ou à l'arthritis, et en général toutes les phthisies à marche chronique. D'une façon générale, on peut dire que les résultats que l'on obtient sont d'autant plus satisfaisants qu'on a affaire à une affection plus ancienne ou qu'on s'éloigne des accidents du début. Il faut toujours suspendre leur emploi pendant les périodes d'aggravation et toutes les fois qu'il

(1) Fin. — Voir le numéro du 6 novembre 1873.

(2) Nous avons vu que ces effets sédatifs pouvaient se transformer en effets excitants lorsque l'inhalation était trop prolongée ou lorsque le gaz sulfhydrique était trop concentré.

se produit des accidents aigus. Aussi doit-on les proscrire dans les phthisies aiguës et dans les phthisies à marche rapide compliquées d'éréthisme nerveux ou sanguin.

La fièvre ne constitue une contre-indication absolue à l'emploi des inhalations que lorsqu'elle est liée à l'hectisie ou lorsqu'elle est due au ramollissement des produits pneumoniques. Les inhalations doivent être égalcment proscrites toutes les fois que la persistance et l'intensité de la fièvre ne sont pas en rapport avec les désordres locaux, parce que dans ces cas on doit toujours craindre l'explosion rapide d'une filtration miliaire.

Lorsque la fièvre est irrégulière et peu intense et qu'elle ne paraît pas liée à un état inflammatoire du poumon, on peut retirer de bons effets des inhalations.

L'hémoptysie contre-indique toujours leur emploi. Bien que j'aie vu, dans quelques cas de phthisie au début, des hémoptysies légères céder sous leur influence, je suis convaincu qu'elles sont le plus souvent nuisibles. En effet, l'hémoptysie est presque toujours due à l'ulcération d'un vaisseau ou à un mouvement fluxionnaire du poumon; dans ces deux cas, on doit redouter non-seulement leur action topique émolliente, qui peut favoriser l'exsudation sanguine, mais encore l'action excitante locale, qui se produit quelquefois au moment où les malades entrent dans la salle d'inhalations.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 1er octobre 1873 (1). — Présidence de M. PERRIN.

DISCUSSION

Sur le traitement des tumeurs érectiles par la vaccination.

M. BLOT. J'ai été frappé du conseil donné par M. Marjolin de toujours commencer par la vaccination le traitement des tumeurs érectiles, quels que soient leur volume et leur siége. Je crois devoir m'élever contre cette manière de voir; beaucoup d'enfants me sont envoyés avec des tumeurs érectiles qu'il est impossible de traiter par cette méthode, et l'on a confondu, je pense, les taches avec les tumeurs érectiles. La vaccination peut guérir les taches, mais elle reste impuissante contre les tumeurs.

M. TILLAUX pense que la vaccination peut être utilisée pour la cure non-seulement des taches, mais encore des tumeurs érectiles d'un certain volume. Il ne faut pas alors se contenter de piquer à la surface de la peau, mais traverser la tumeur à sa base par un ou plusieurs fils imprégnés de vaccin. Il a traité de cette façon avec succès à la consultation de l'hôpital Lariboisière une tumeur érectile siégeant à la nuque et offrant le volume d'une amande.

M. SÉE pense qu'il faut vacciner non le sommet, mais la base de la tumeur, que l'on cerne avec les piqûres vaccinales.

M. MARJOLIN maintient absolument ce qu'il a dit dans la précédente séance. Si l'on ne guérit pas toujours radicalement les tumeurs érectiles par la vaccination, on les améliore beaucoup, et l'application des autres moyens est plus efficace.

Pour une tumeur de 2 centimètres, on fera trente ou quarante piqûres sous-cutanées; c'est une méthode très-précieuse pour les tumeurs érectiles occupant l'angle interne de l'œil, les paupières, etc. M. Marjolin ajoute qu'un enfant porte souvent plusieurs tumeurs et qu'il n'en faut oublier aucune, sous peine de voir celle-ci prendre un développement rapide.

M. DESPRÉS rapporte qu'il a traité et guéri par la vaccination un de ses propres enfants atteint d'une tumeur érectile à l'extrémité du médius; aussi se montre-t-il fort partisan de ce mode de traitement. Quand on opère un des tissus, en effet, on choisit toujours les procédés qui sont reconnus les meilleurs.

M. CHASSAIGNAC est plutôt disposé à accepter l'opinion de M. Blot que celle de M. Marjolin. Le vaccin n'a pas, suivant lui, d'action spéciale sur les tumeurs érectiles, il détermine simplement une inflammation suppurative, et peut être remplacé dès lors par tout autre moyen. La vaccination à la base de la tumeur, que M. Chassaignac appelle en collier, a échoué deux fois complétement entre ses mains. Il craint donc que l'on ne perde un temps précieux. Il redoute, de plus, la production des érysipèles, et fait observer enfin que des piqûres, même faites très-superficielles sur des tumeurs érectiles, peuvent donner lieu à une hémorrhagie inquiétante pour la vie du sujet.

M. BLOT persiste à croire que la vaccination est applicable aux taches et aux tumeurs érectiles.

Les fils dont M. Tillaux traverse la tumeur à la base constituent un traitement par le séton et non par la vaccination. Le vaccin agit en provoquant l'inflammation du tissu érectile, et nous reconnaissons tous que le traitement peut échouer. Or il y a grand intérêt à guérir vite. Pourquoi alors ne pas employer un moyen plus rapide, plus certain, plus radical, la cautérisation, par exemple, avec une aiguille rougie? M. Marjolin parle de faire trente ou quarante piqûres; outre que ce moyen ne lui paraît pas toujours réalisable, il peut provoquer l'érysipèle, toujours si grave chez le nouveau-né.

Enfin, comme M. Chassaignac, M. Blot redoute l'hémorrhagie.

M. Marjolin ne voudrait pas voir tomber en oubli un moyen qu'il a beaucoup préconisé; il peut se rassurer à cet égard, car c'est précisément contre l'abus qui en est fait tous les jours que M. Blot s'élève en ce moment.

M. GUÉNIOT fait remarquer que beaucoup de nouveau-nés présentent vers la région intersourcilière, aux paupières, aux lèvres, un pointillé vasculaire que l'on prendrait à tort pour une tache érectile, et qui disparaît assez rapidement.

M. TARNIER. J'ai observé souvent les taches dont vient de parler M. Guéniot, et je me proposais d'en faire l'objet d'une communication spéciale. Ce sont de petites élevures rouges, saillantes, qui apparaissent vers le quatrième et cinquième jour après la naissance et disparaissent après deux ou trois mois; elles guérissent spontanément; les vaisseaux s'affaissent; au centre de la petite tumeur apparaît une tache blanchâtre, qui gagne les bords, et la peau reprend sa couleur normale. Une petite fille portait deux de ces taches, l'une au cou, l'autre à la vulve; on ne voulut pas temporiser pour la tache du cou et on l'opéra par la vaccination. Or, tandis qu'il restait au cou une cicatrice, toute trace avait disparu à la vulve après quelques mois. La conclusion est qu'il faut attendre avant d'opérer ces sortes de tumeurs.

COMMUNICATION

M. H. Devalz adresse la note suivante :

Du trachéocèle ou hernie de la trachée. — Le trachéocèle est la hernie de la trachée. Je crois pouvoir affirmer qu'il n'est fait, dans la science, aucune mention de cette affection. Je pourrais donc me dispenser, à son sujet, de toute étude historique si je ne croyais pas nécessaire de la rapprocher d'affections voisines, dont la connaissance nous éclairera sur son mode de production et quelques-uns de ses symptômes.

On sait, qu'à l'état normal, la cavité de la plèvre n'existe que virtuellement, et que les parois thoraciques sont partout et toujours contiguës à la surface externe des poumons, qui se moule exactement sur elles et les suit dans leurs mouvements de dilatation et de resserrement; et, de cette notion, on peut déduire que l'effort exercé par les gaz de la respiration à l'intérieur des bronches et de leurs vésicules terminales se transmet de ces cavités aux parois de la poitrine.

Pendant l'inspiration, l'augmentation d'étendue de tous les diamètres de la poitrine neutralise complétement la pression intra-vésiculaire, qui reste sans effet dans l'aspiration même, tant que l'écoulement des gaz se fait librement à travers le larynx; mais il n'en est pas de même quand l'expiration simple est remplacée par la toux.

(1) Fin. — Voir le numéro du 1er-4 novembre 1873.

La toux est une expiration brusque précédée d'une inspiration profonde. Elle est rendue bruyante par le rapprochement des lèvres de la glotte qui étrangle la colonne d'air expiré, la refoule en partie en bas, et, par son intermédiaire, distend le poumon et avec lui les parois thoraciques, auxquelles il est absolument contigu. Aussi, sent-on les espaces intercostaux s'agrandir sous le doigt si on les explore pendant les efforts de la toux.

A l'état normal, la transmission de la pression intra-vésiculaire pendant l'expiration se fait uniformément sur une surface large et résistante où elle s'épuise; mais quand il existe une solution de continuité ou une atrophie musculaire de la poitrine, la surface du poumon rencontrant, dans son expansion brusque et gênée, un point affaibli, le déprime et l'enfonce, et l'on voit apparaître à l'extérieur ou sous la peau une tumeur intermittente, qui n'est autre chose qu'un pneumocèle.

Cette affection, longtemps inconnue, fut admise par les chirurgiens avec une certaine réserve, lorsqu'en parurent les premières observations. Tous les doutes à son sujet sont levés depuis le mémoire de Morel Lavallée (1), qui contient des faits nombreux et irrécusables, à la catégorie desquels s'en rattachent de plus récents, vus ou rappelés par M. John Cockles, dans le premier numéro du *Medical Times* de 1873.

Si l'on considère la rareté du pneumocèle et l'incrédulité qu'il souleva d'abord; si l'on songe en même temps que le poumon est la partie la plus mobile des voies respiratoires, on aura de la peine à comprendre qu'une hernie puisse se développer sur un autre point de leur parcours.

Dans les bronches, la trachée, le larynx et les fosses nasales, la membrane muqueuse, doublée d'éléments fibreux, repose partout sur des plans osseux ou cartilagineux inextensibles, et la hernie n'y est possible qu'à la condition de l'interruption de ces plans, en quelque point, et de la distension de la membrane si tendue qui les tapisse intérieurement. Cette lésion a été observée une fois par M. Bizet, médecin-major du 2e régiment du génie, qui en a publié la relation dans la *Gazette médicale* de Paris, année 1863, p. 663. Il s'agit d'un officier syphilitique chez lequel le sinus frontal fut perforé par la carie. En regardant au fond de la perte de substance, on voyait s'élever, pendant l'expiration, une petite tumeur rouge formée par la membrane de Schneider herniée.

Ainsi, lorsque la ceinture protectrice qu'entoure la partie supérieure des voies respiratoires est localement interrompue, la membrane muqueuse qui la tapisse, malgré sa tension et son adhérence, est à peu près déprimée par les gaz de la respiration, et on ne tarde pas à voir se former, vis-à-vis du point affaibli ou interrompu, une tumeur de la membrane muqueuse, qui est une véritable hernie.

J'ai rencontré sur la trachée une hernie des parties molles de ce conduit, à travers les cerceaux cartilagineux perforés ou affaiblis. Je ne puis donner sur cette lésion aucun renseignement anatomique. Observée sur le vivant, elle ne m'a laissé prendre d'elle qu'une imparfaite connaissance. Quoi qu'il en soit, il ne me paraît pas qu'on puisse émettre le moindre doute sur sa véritable nature, ni hésiter à la rattacher de loin au pneumocèle, de près à cette hernie de la muqueuse relatée par M. Bizet, à laquelle elle serait tout à fait identique peut-être si cette dernière ne présentait une étiologie spéciale.

C'est à raison des traits communs du trachéocèle au pneumocèle et à la hernie de la muqueuse nasale que je n'ai pas cru pouvoir considérer la première de ces affections comme entièrement nouvelle, ni négliger de citer M. Bizet et surtout Morel Lavallée, à cause du mérite réel et de l'importance du travail fait par lui sur un sujet si voisin du mien.

Observation. — Le 10 septembre 1872, M. André-Antoine V... (de Madrid), vint me consulter aux Eaux-Bonnes. Il commence par me raconter qu'il est, depuis longues années, atteint d'une affection rebelle des voies respiratoires, qu'il a subi les traitements les plus divers, et que s'attendant à une fin prochaine, il a délaissé ses affaires et a perdu le goût de toutes choses. Ce ne sont pas seulement les traitements, ce sont aussi les diagnostics qui ont varié. Pour lui, autant de médecins, autant de dires. Quelques-uns cependant s'accordent à lui reconnaître une affection tuberculeuse momentanément assoupie.

M. V... est grand et brun. Son embonpoint est suffisant, mais son teint est d'une pâleur livide. Il a été maintes fois atteint de bronchites qui le faisaient beaucoup tousser. La toux fut plus particulièrement fatigante en 1863, quelque temps avant l'apparition d'un goître qualifié, par le médecin du malade, de goître médian. Ce goître paraissait si peu avant la bronchite de 1863, que le malade, malgré sa taille et son embonpoint, cherchait en vain, dans tous les magasins de Saragosse, une cravate qui ne fût pas trop grande pour lui, tant il avait le cou mince; mais alors, les efforts de la toux furent si extraordinaires par leur force et par leur fréquence, que la petite tumeur grossit peu à peu et indéfiniment, et atteignit enfin le volume qu'elle présente aujourd'hui.

Pendant que le malade parlait, j'écoutais avec étonnement le timbre de sa voix. Chacune des syllabes qu'il prononçait était accompagnée d'un susurrus moelleux, souffle doux qui prolongeait le bruit laryngien et l'entourait comme d'une espèce d'ombre sonore. Le son *ouvouvou*, émis très-bas, traduit assez fidèlement ce susurrus.

Avant d'ausculter le malade, je le priai de me laisser toucher ce que je croyais être le goître médian, pour rechercher si je pouvais rattacher à son existence les phénomènes singuliers observés du côté de la voix et de la respiration.

Il me montra alors son cou revêtu d'une première cravate entourant son faux col et d'un léger foulard recouvrant la cravate. Le cou, d'une minceur presque difforme à la partie supérieure, s'évasait notablement au voisinage de la poitrine, mais je ne voyais pas de tumeur nettement détachée. J'appliquai la main sur la légère élevure de la partie inférieure du cou qu'on avait qualifiée de goître médian, et je reconnu qu'elle n'avait point la consistance d'une tumeur solide, mais qu'elle donnait cette sensation de membranes superposées que présente le toucher des bourses ou celui d'un sac herniaire vide. Je m'aperçus qu'il y avait là une poche membraneuse sans aucun contenu, et il me sembla que son volume, augmentait et diminuait alternativement pendant que le malade parlait. J'eus bientôt la preuve que je ne me trompais pas, et un seul effort de toux spontanée, survenue par hasard, me fit comprendre pourquoi le malade se croyait atteint d'un goître.

Chaque mouvement d'expiration se traduisait au dehors par une expansion de la partie inférieure du cou; mais, pendant la toux, c'est-à dire pendant l'expiration forcée, ce n'était plus une simple expansion, mais un véritable soulèvement de la base du cou, dans laquelle on reconnaissait une tumeur bilobée ayant avec le *goître bilatéral* une ressemblance parfaite. La tumeur ainsi produite s'affaissait pendant l'inspiration et se montrait d'autant plus volumineuse que le malade expirait plus fort, toussait ou se mouchait. Alors, elle devenait saillante et dure comme celle des hernies ombilicales, qui se redressent pendant les cris et les efforts.

Cette tumeur ne présentait de relief que sur les côtés. A la partie moyenne, on la sentait à peine. Les deux lobes latéraux retombaient obliquement en forme de poires sur la clavicule, et j'observai que le droit descendait à 2 ou 3 centimètres plus bas que le gauche sans pouvoir reconnaître s'il s'engageait ou non sous la face inférieure de l'os.

Ainsi modifiée dans son volume par les deux temps de la respiration, la tumeur s'effaçait lorsque l'on comprimait la trachée à son niveau. Alors l'expansion de la partie inférieure du cou cessait d'avoir lieu, le prétendu goître n'existait plus. Interrompait-on la compression, celui-ci reparaissait avec les mêmes caractères, et ses lobes retombaient toujours pendants et inégaux du côté des clavicules. Le toucher ne permettait pas de distinguer nettement le point d'insertion de la tumeur sur la trachée ni la manière d'être de ce conduit en ce point. Il n'existait ni dureté ni bosselure, ni rou-

(1) Morel Lavalllée, *Mémoire sur le pneumocèle ou hernie du poumon*; dans : *Mém. de la Soc. de ch. de Paris*, p. 137, t. I. 1847.

geur ni douleur. On n'y voyait pas de vaisseau dilaté, et on n'y sentait aucun battement d'artère.

Quand le malade toussait, l'effort de l'air repoussait le doigt qui comprimait le prétendu goître, et il n'était pas douteux que celui-ci ne fût creusé d'une cavité en communication avec celle de la trachée et ne constituât un trachéocèle ou une hernie de la trachée. Je fis aussitôt l'examen du larynx à l'aide du laryngoscope de Moura dans l'espoir de découvrir l'orifice de communication de la tumeur avec la trachée, mais ce fut en vain.

J'auscultai successivement la tumeur et la poitrine.

Dans la tumeur, j'entendis un bruit analogue à celui qui est normal dans la trachée.

Dans la poitrine, j'observai de curieux phénomènes.

J'ai déjà dit que le malade était d'une assez forte constitution. J'ajoute que sa poitrine était très-bien conformée et que je ne comprenais pas que l'affection rebelle et grave dont on la disait atteinte ne l'eût pas déformée. J'eus bientôt l'explication de cette anomalie apparente.

En aucun point la sonorité n'était amoindrie ni exagérée. Il n'existait pas traces d'emphysème, bien que l'expansion vésiculaire fût incomplète et comme amollie, et le murmure respiratoire sourd et un peu voilé. On n'entendait aucun râle sec ou humide. Ce résultat d'auscultation s'appliquait au poumon gauche et aux quatre cinquièmes inférieurs du poumon droit; mais dans le cinquième supérieur de ce dernier, tout à fait au sommet et sous la clavicule, on ne pouvait méconnaître l'existence du souffle amphorique le plus caractérisé, et quand le malade parlait, de la pectoriloquie la plus évidente.

Mon malade, atteint déjà de hernie trachéale, l'était-il donc en même temps de tubercules, et le souffle et la pectoriloquie étaient-ils l'expression d'une caverne du sommet? Je le crus un moment, en songeant à l'existence d'une toux ancienne suivie d'expectoration et d'oscillations fréquentes observées dans la santé depuis longues années.

Mais l'amaigrissement, la fièvre, les sueurs nocturnes, l'hémoptysie, la perte de l'appétit, avaient fait défaut, et l'habitude extérieure ne présentait pas le cachet atrophique particulier aux phthisiques. Bientôt, je pus me convaincre que la prétendue caverne n'avait pas plus de raison d'être que le prétendu goître, et que les bruits morbides du sommet du poumon étaient liés à la présence de la tumeur trachéale.

J'appliquai mon doigt à la partie inférieure, justement au niveau de cette tumeur, et quand je me fus assuré que la compression la maintenait réduite, quels que fussent les efforts de la toux, je laissai ma main en place et recommençai à ausculter le sommet incriminé : je n'entendis plus ni souffle, ni pectoriloquie.

Si l'on se souvient que j'ai décrit à la tumeur trachéale deux lobes, dont le droit, plus long, s'engageait sous le bord postérieur de la clavicule; si l'on ajoute qu'à l'état normal le poumon s'engage lui aussi sous cet os et dépasse même son bord postérieur, on comprendra que chez mon malade la cavité du trachéocèle et le poumon ont dû se trouver contigus, et que les bruits produits dans le premier par le mouvement de l'air, ont dû, par voisinage, se propager dans le second, et qu'ainsi le souffle amphorique et la pectoriloquie révélés par l'auscultation, loin d'avoir la signification malheureuse que je leur avais d'abord attribuée, étaient l'écho d'un bruit absolument étranger au poumon.

Si l'on n'observait rien de semblable au sommet du poumon gauche, c'était à raison de la brièveté relative du lobe correspondant du trachéocèle et de la distance qui le séparait de la clavicule et du poumon, du même côté.

Je communiquai au malade le résultat de mon examen; je lui certifiai que son état était sans gravité; et, à défaut d'un traitement curatif, dont l'application me paraissait impossible à cause du siége du mal, je l'engageai à comprimer sa tumeur au moment de la toux, afin de restreindre ou d'arrêter son accroissement.

Qu'il me soit permis maintenant de faire ressortir les points les plus saillants de cette curieuse observation.

L'étiologie du trachéocèle ressort clairement des détails du fait : M. V..., parlant de son goître, dit qu'il a toujours une petite tumeur au devant de la trachée, mais qu'elle n'a acquis un certain volume que depuis la bronchite de 1863. Il existait donc une interruption ou un affaiblissement congénial des cerceaux cartilagineux, à travers lequel les parties molles s'étaient engagées, et les efforts répétés de la toux avaient fait de la simple dépression primitive une véritable hernie, indiquée au dehors par une tumeur bilobée.

Ici l'influence de la toux est évidente, mais elle n'est pas seule en jeu.

Si le coup était assez exceptionnellement petit pour que le malade ne trouvât pas de cravates assez étroites pour lui, on peut admettre que la trachée, participant de cette espèce d'atrophie du cou, devait avoir un calibre très-inférieur à celui qu'aurait comporté la taille du sujet et la capacité du poumon ; or, celle-ci étant normale, comme nous l'avons noté plus haut, il devait y avoir une disproportion marquée entre elle et celle de la trachée qui sert ici de tube de dégagement; et cette circonstance devait singulièrement favoriser le mécanisme de la lésion.

Nous nous trouvons ici en présence des mêmes causes de déplacement que dans l'observation de M. Bizet, avec cette seule différence que, dans le cas présent, l'interruption ou l'affaiblissement de la ceinture protectrice des voies respiratoires est congéniale et non acquise.

L'expression symptomatologique du trachéocèle est des plus simples.

Il est caractérisé par une tumeur bilobée, sans changement de couleur à la peau, sans bosselures et sans douleur. Cette tumeur est double, à cause sans doute de la pression des muscles sterno-hyoïdiens, sterno-thyroïdiens et de l'aponévrose omo-hyoïdienne, qui s'opposent à son développement en avant. Elle aurait pu être simple, si l'interruption ou l'affaiblissement des cerceaux cartilagineux avait eu lieu sur les côtés et non sur la partie moyenne de la trachée.

Apparente pendant l'expiration, et alors rénitente et élastique, elle s'affaisse pendant l'inspiration, et ne donne plus au doigt explorateur que la sensation d'un sac herniaire vide, avec ses couches membraneuses glissant les unes sur les autres. Quand le malade tousse ou se mouche, la tumeur atteint un grand développement. Si on applique alors la main sur elle, qu'on la réduise et qu'on dise au malade de tousser, on la sent pousser sous le doigt et faire effort pour sortir.

Quand elle s'épanouit librement, et qu'on ausculte le sommet du poumon près du lobe herniaire contigu, le bruit de l'air en mouvement dans celui-ci se propage dans celui là, et on croirait, à la faveur du souffle amphorique et du retentissement de la voix, à une lésion pulmonaire qui n'existe pas.

La voix est accompagnée d'une espèce de susurrus analogue à celui de certains anévrysmes et comme entourée d'une atmosphère sonore.

Morel-Lavallée a décrit dans le pneumocèle un bruit de vessie qui éclate, entièrement différent du susurrus du trachéocèle, bien que l'un et l'autre reconnaissent pour seule et unique cause le passage de l'air à travers la perforation de la ceinture protectrice des voies respiratoires.

Les lobes de la tumeur, au lieu de se développer latéralement ou de remonter, comme cela arrive pour le goître, descendent obliquement vers les clavicules, comme s'ils étaient entraînés par la pesanteur, et la situation de la trachée dans la même couche que les vaisseaux permet à ces mêmes lobes insérés sur elle de pénétrer sans obstacle dans la poitrine et de se mettre en contact avec le poumon.

La pesanteur ne pouvant expliquer ce mouvement de descente des lobes d'une tumeur gazeuse, il faut chercher une autre cause du phénomène ; nous la trouverons dans l'influence de l'expiration.

J'ai déjà rappelé que, dans les efforts de la toux, la colonne d'air est étranglée par le resserrement des lèvres de la glotte et qu'elle est refoulée en bas. Elle agit donc de haut en bas, et la tumeur

dont elle détermine l'apparition à travers l'éraillure ou l'affaiblissement des cerceaux cartilagineux doit suivre la direction de l'effort déterminant; elle doit donc se porter obliquement de haut en bas et de dedans en dehors, comme nous le constatons dans l'observation.

L'affaiblissement du murmure respiratoire s'explique par la perte que subit la colonne d'air inspiré, obligée de fournir à la cavité de la hernie, qui remplit ici le rôle d'un véritable diverticulum. Il en est de même de la dyspnée relative et de la continuité, sinon de l'expectoration, bien naturelle dans un organe dont les fractions sont partiellement entravées.

Par ce qui précède, on voit combien il est facile de distinguer le trachéocèle des tumeurs qui lui ressemblent le plus, et du goître en particulier, qui est la plus fréquente en cette région.

Qu'il soit solide ou liquide, le goître forme une tumeur permanente, que les mouvements de la respiration peuvent bien soulever ou abaisser, mais non faire paraître ou disparaître. Sa consistance est plus ou moins grande; celle du trachéocèle est nulle; sa forme, le plus souvent bi ou trilobée, est quelquefois interrompue par des bosselures et sa surface parcourue par de très-gros vaisseaux. On ne voit rien de pareil dans le trachéocèle. Les lobes du goître ne retombent pas vers les clavicules et n'ont pas cette configuration en poire, ni cette direction oblique en bas, dont la tumeur de notre observation offre l'exemple. La compression du goître ne le fait pas disparaître, tandis qu'elle efface toute trace du trachéocèle. Le goître médian est souvent la cause d'accidents de suffocation; mais ceux-ci sont tôt ou tard redoutables, tandis qu'ils sont de la plus grande innocuité dans le trachéocèle.

Enfin, le goître ne cause pas d'altération de la voix pareille au susurrus dont j'ai parlé. Il ne peut donc être permis de confondre les deux affections qu'à des observateurs inattentifs ou peu éclairés.

Ainsi constitué, le trachéocèle me paraît être une affection sans gravité réelle, et je crois qu'on le rencontrera fréquemment, si on examine plus attentivement les goîtres, dont il faut bien dire que l'étude est généralement négligée.

Informé de la nature et de l'innocuité de son mal, le malade, qui s'était depuis longtemps isolé du monde, a mis de côté ses inquiétudes et repris la sérénité de l'âme, qu'il n'aurait jamais dû perdre.

La séance est levée à cinq heures.

Le secrétaire : TILLAUX.

Le Directeur : Dr E. LE SOURD.

Paris. — Typographie A. POUGIN, quai Voltaire, 13.

N° 130. — MARDI 11 NOVEMBRE 1873. 46e ANNÉE. MARDI 11 NOVEMBRE 1873. — N° 130.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Bureaux : 57, rue des Saints-Pères, 57
PRÈS L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

Le prix d'abonnement
doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne hors de Paris
dans les bureaux des Messageries et chez les Libraires
Les lettres non affranchies sont refusées.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui n'en peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS		POUR L'ÉTRANGER
Trois mois. .	8 fr. 50 c.	le port en sus suivant les derniers tarifs des Postes.
Six mois. . .	16 —	
Un an. . . .	30 —	

Paris, le 10 novembre 1873.

SÉANCE DE L'ACADÉMIE DES SCIENCES

Les recherches d'anatomie pathologique concernant le choléra ont donné, jusqu'à présent, peu de résultats. Aussi avons-nous entendu, avec un vif intérêt, la seconde note de M. Bouchut *Sur les embolies capillaires et les infarctus hémorrhagiques du choléra*. Nos lecteurs trouveront plus loin cette note, qui mérite la reproduction textuelle.

A propos du choléra, nous demanderons aux statisticiens officiels de l'épidémie que nous venons de subir, MM. Besnier et Delpech, comment il se fait que leurs statistiques diffèrent à ce point de présenter des écarts de 200 malades ?

— Au nom de MM. P. Magitot et Ch. Legros, M. Robin présente une note intitulée : *Origine et formation du follicule dentaire chez les mammifères.*

Cette note, très-intéressante au point de vue de l'embryogénie et de la physiologie générale, renferme des particularités tout à fait neuves sur le développement de l'appareil dentaire. Elle est extraite d'un mémoire qui va être publié. Nous nous bornerons par conséquent à en donner une idée succincte, d'après le passage suivant : « Au point de vue de la physiologie générale, la formation du follicule dentaire résulte donc de la rencontre de deux organes : l'un, *organe de l'émail*, de nature épithéliale, né le premier, et procédant de la couche épithéliale de la muqueuse buccale ; l'autre de nature embryoplastique, le *bulbe dentaire ;* enfin, une paroi émanée de la substance de ce dernier enveloppe le tout : c'est le *sac folliculaire.* »

— Le temps est aux *fusions* et aux *fusionnistes.* Voilà que M. J. Duval prétend *fusionner* les deux doctrines de l'hétérogénie et de la panspermie. Le procédé est très-simple : Admettez, dit-il, la mutabilité des microphytes sous l'influence des milieux et le tour est fait. M. J. Duval fonde sa manière de voir sur les deux conclusions qui résultent de ses nombreuses recherches sur la micrographie aérienne : « 1° L'air, bien qu'il soit le réceptacle d'une multitude de germes d'origine principalement végétale, ne recèle aucune cellule type permettant d'affirmer qu'elle est le représentant non douteux d'une levûre ayant déjà accompli antérieurement la mission de dédoublement sur une matière fermentescible quelconque.

« 2° Quoi qu'il en soit, l'air est bien le véhicule le plus approprié à la genèse et à la dissémination des ferments dans les milieux fermentescibles, mais qu'il faut toutefois établir cette restriction fondamentale, à savoir que : *si l'atmosphère charrie tous les éléments nécessaires propres à façonner ces mêmes ferments, ceux ci n'en sont que l'ébauche première et n'y existent pas tout faits et immédiatement prêts à agir.* » En d'autres termes, M. J. Duval ne pense pas que l'atmosphère, l'air en mouvement, renferme des germes proprement dits ; mais il croit que des sporules de mucédinées diverses, des spores de cryptogames d'un ordre plus élevé, des débris microscopiques d'algues desséchées, etc., peuvent devenir des organismes à ferment lorsque ces corps, de provenance végétale, sont placés dans un milieu favorable à la fermentation. Reste à savoir en vertu de quelle loi cette transformation a lieu. M. J. Duval s'explique ainsi : « L'état purement cellulaire de certains êtres microscopiques, en tant qu'utricules azotés, ploie ces infiniment petits à des fonctions multiples, et c'est en raison même de cette simplicité de structure qu'il est permis aux microphytes les plus infimes de modeler leurs formes, comme leurs attributions, sur le terrain qui doit leur servir d'aliment et de support. »

M. Duval ne l'avoue pas ; mais sa prétendue *fusion* des deux doctrines n'est autre chose qu'un croc en jambe déguisé à l'adresse des panspermistes et l'apologie des générations spontanées par des explications nouvelles : la transformation *possible* (?) des microphytes en ferment. Donc, la fusion n'est pas possible et nous restons comme nous sommes.

— Grande découverte, que nous recommandons à l'attention de tous nos confrères de la marine ! M. Champouillon vient de découvrir que « le scorbut est, en réalité, un effet de la dyspepsie gastro-intestinale et de l'inanition. » Pour M. Champouillon, tous les éléments utiles des viandes conservées par le chlorure de sodium et l'azotate de potasse passent dans la saumure : « Dépouillées, dit-il, de toute saveur par les lavages auxquels on les soumet avant de les consommer, les salaisons dégénèrent en une substance fade et indigeste, qui fatigue très-promptement l'estomac ; dénaturées d'autre part, par l'action du chlorure de sodium, elles constituent un élément insuffisant et très-propre à amener la dyspepsie et l'inanition. » Ce n'est pas tout : « Les vivres *secs* (riz, biscuit, légumes féculents) qui composent la ration journalière des équipages et des garnisons dans les places

assiégées entrent eux-mêmes dans le mécanisme physiologique du scorbut, en déterminant la dyspepsie *flatulente* par suite de l'insuffisance de la diastase animale et de la pepsine propres à convertir en produits absorbables des quantités considérables de substances amylacées. »

M. Champouillon ne s'est pas borné à découvrir la cause du scorbut ; ses découvertes se sont étendues jusqu'au traitement. « Il faut, dit-il, introduire *désormais* (!) dans les approvisionnements de consommation : 1° des fruits acides ; ils raffermissent la cohésion des matériaux du sang, ils secondent la digestion stomacale et neutralisent l'excès des principes alcalins répandus dans l'organisme ; 2° le vin rouge aromatique ; en lotions, il rehausse l'énergie contractile des vaisseaux capillaires et prévient les suffusions sanguines ou séreuses ; 3° la pepsine, comme condiment et auxiliaire de la digestion ; 4° le suc ou l'extrait d'orties brûlantes, justement réputé comme hémostatique ; 5° le lait condensé comme aliment frais et très-nutritif ; 6° l'extrait concentré de malt houblonné ; son amertume donne à l'estomac le ton qui lui manque, sa diastase assure la digestion des substances amylacées ; par lui-même, en raison de sa composition, il représente un alimemt complet et il offre, de plus, les propriétés des sucs d'herbes. »

Conclusion. — Beaucoup de malt houblonné à bord des navires ! Quant aux autres substances, depuis bien longtemps déjà le conseil de la santé de la marine s'est préoccupé d'y pourvoir. Cette communication me fait rêver. M. Champouillon a-t-il jamais vu des scorbutiques ? A-t-il lu du moins les nombreuses et savantes recherches de nos officiers de santé de l'armée navale ? C'est possible, c'est probable ; mais il aura sans doute mal vu et mal lu. Nous avons quelque peu navigué et quelque peu lu. Or, voici en deux mots nos remarques :

1° Beaucoup de scorbutiques n'ont jamais présenté les accidents dyspeptiques dont parle M. Champouillon. Il est vrai que, dans le cours de la maladie, ces accidents peuvent se déclarer et revêtir les formes les plus variées ; mais, comme fait initial, la dyspepsie manque très-souvent.

2° Il existe plusieurs relations qui constatent que le scorbut s'est déclaré à bord, malgré le pain frais et la viande fraîche dont se nourrissait l'équipage.

Il y a donc autre chose, dans le scorbut, qu'une question de cuisine gastro-intestinale. Le genre de vie, le milieu physique et moral, sont autant de facteurs que M. Champouillon n'aurait pas dû oublier.

HOTEL-DIEU DE LYON. — M. Ollier.

Nouvelles observations de résections sous-périostées du coude, démontrant la régénération des extrémités osseuses, la reconstitution d'une articulation solide et l'activité de l'extension par les contractions du triceps (1).

Par M. A. Poncet, interne des hôpitaux.

Résection sous-périostée du coude gauche pour une arthrite chronique suppurée. — Reproduction d'extrémités osseuses nouvelles solidement articulées. — Force d'extension de 12 kilogrammes.

Jules M..., né à Fleury (Rhône), où il exerce la profession de cultivateur, est âgé de dix-neuf ans. Il entre à l'hôtel-dieu de Lyon (salle Saint-Sacerdos, n° 33, service de M. Ollier), le 12 mars 1871, pour une arthrite fongueuse suppurée du coude gauche.

La santé de ce malade a été bonne jusqu'à l'âge de treize ans. A cette époque, il commença à éprouver de la gène dans les mouvements du coude gauche, en même temps que quelques douleurs spontanées.

Six mois après le début de ces premiers accidents, deux abcès s'ouvrirent spontanément à la partie antéro-externe et interne du coude déformé. Les trajets fistuleux qui suivirent laissèrent écouler, pendant quelques mois, un pus séreux, mal lié, puis la cicatrisation eut lieu, les douleurs disparurent en partie, et les mouvements, quoique très-limités, redevinrent possibles. Cet état dura peu de temps. D'autres abcès se formèrent, tandis que les premières fistules s'ouvraient de nouveau, et la souffrance condamnait le membre à une immobilité forcée.

Pendant cinq ans, il y eut ainsi des alternatives de suppuration et de cicatrisation des abcès existants. Toutefois, les mouvements de flexion et d'extension devenaient de plus en plus douloureux et difficiles, et le malade, qui avait pu encore, par moments, se servir de son membre, devait renoncer à tout travail.

Depuis six mois, le moindre mouvement communiqué détermine des souffrances très-vives. Le malade dort peu. Lorsqu'il veut changer de position, il est obligé de soutenir son avant-bras avec la main droite.

Au moment de son entrée à l'hôpital, l'avant-bras forme avec le bras un angle de 150 degrés environ. Il est en pronation. Le coude est volumineux, et sa déformation paraît d'autant plus marquée qu'il existe une atrophie marquée du bras et de l'avant-bras. La peau est rouge, tendue, et à la partie interne se trouve l'orifice d'un trajet fistuleux qui conduit directement dans l'ostéite, au milieu d'un tissu de fongosités. Pas de signes de tuberculisation pulmonaire.

15 mars 1871. — Le malade est opéré trois jours après son entrée à l'hôpital. M. Ollier pratique, suivant son procédé (1), la résection sous-périostée du coude. L'extrémité inférieure de l'humérus est enlevée sur une hauteur de 6 centimètres. M. Ollier resèque également la tête du radius et sur le cubitus, en mesurant de la pointe de l'olécrâne à la surface de section, il retranche 55 millimètres.

Les parties reséquées sont atteintes d'ostéite raréfiante. Les cartilages articulaires ont à peu près complétement disparu, et dans les points où ils persistent encore, la plus légère traction suffit pour les détacher. La synoviale n'est plus qu'une membrane fongueuse que l'on modifie par des cautérisations répétées avec le crayon de nitrate d'argent.

La plaie fut comblée avec des tampons de coton imbibés d'huile phéniquée ; de nombreuses couches d'ouate imprégnée de ce liquide furent en outre appliquées à la surface, puis l'avant-bras étant à demi fléchi sur le bras et formant avec ce dernier un angle de 130 degrés environ, on fit un bandage silicaté. L'appareil, allant de la main jusqu'à la naissance du cou, passait, par quelques tours de bandes, de l'épaule du côté malade sous l'aisselle opposée et procurait ainsi une immobilisation complète.

Le troisième jour après l'opération, on pratiqua une fenêtre au niveau de la plaie, qui fut pansée au coton et à l'huile phéniquée.

Le malade n'eut presque pas de fièvre, et dès le 22 mars 1871, il commençait à se lever. La plaie devint rapidement granuleuse, et la convalescence ne fut traversée par aucune complication.

Le 1er avril, M. Ollier, constatant un peu d'œdème au pourtour de la plaie, fit fendre le bandage à sa partie supérieure, le long du bras.

On n'enleva que le 6 mai le premier appareil inamovible pour placer le membre dans une gouttière métallique doublée de couches épaisses d'ouate.

A partir de cette époque, on imprima chaque jour des mouvements à l'articulation, et on apprit au malade à faire lui-même les mouvements de pronation et de supination en s'aidant de la main droite.

---

(1) Suite. — Voir le numéro du 6 novembre 1873.

(1) *Traité expérimental et clinique de la régénération des os*, tome II, page 339.

Vers le 9 juin 1871, la cicatrisation était très-avancée, et de nouvelles masses osseuses remplaçaient déjà l'olécrâne et les tubérosités retranchées. Un mois après la cicatrisation était complète, et le malade, dont l'état général ne laissait rien à désirer, demandait sa sortie, qui lui fut accordée (2 juillet 1871).

Au moment de son départ, l'articulation du coude gauche était en voie de reconstitution; les saillies osseuses de nouvelle formation s'accusaient de plus en plus, et tous les mouvements de l'avant-bras sur le bras étaient possibles, quoique encore limités.

Dix-huit mois s'étaient à peine écoulés depuis l'opération, lorsque le malade se présenta, le 22 octobre 1872, dans le service de M. Ollier. Voici quel fut, à cette époque, le résultat de l'examen. Le membre jouit d'une telle force, les mouvements se font avec tant de facilité, qu'avec les vêtements l'illusion est permise. On ne saurait dire quel est le membre anciennement malade, et on ne pourrait à coup sûr indiquer l'opération pratiquée sur l'un des coudes, surtout si l'on se basait sur les résultats autrefois obtenus.

Les trois saillies de formation nouvelle : épicondyle, olécrâne, épitrochlée, sont volumineuses et se distinguent à première vue. Les deux tubérosités humérales sont de forme divergente; elles interceptent entre elles un espace dans lequel est reçu l'olécrâne, formant une masse osseuse, épaisse, dure et très-solide.

De la base à son sommet, la tubérosité externe (épicondyle nouveau), mesure 6 centimètres.

La tubérosité interne (épitrochlée nouvelle), qui, au premier abord, paraît beaucoup plus courte, présente un prolongement en avant et a sensiblement les mêmes dimensions que l'épicondyle. Ces deux tubérosités osseuses sont dures, saillantes sous la peau, et, lorsque l'on regarde le coude, frappent immédiatement la vue.

L'olécrâne est remarquable en ce qu'il n'affecte pas la direction du cubitus; il représente une apophyse aplatie, renflée, mesurant 4 centimètres d'étendue, jusqu'au point où elle arrive à l'extrémité humérale. M. Ollier constate en outre, par le toucher, que, du bord interne de la nouvelle apophyse olécrânienne, part une corne osseuse se prolongeant dans le tendon du triceps, et, par sa position, bridant les mouvements d'extension.

Le diamètre bi-condylien ou la distance entre les deux tubérosités humérales est, pour le côté opéré, de 82 millimètres, tandis que, du côté sain, on ne compte que 72 millimètres.

Les mensurations comparatives des deux membres donnent les chiffres suivants :

De l'angle postérieur de l'acromion au point le plus saillant de la tubérosité interne : côté sain, 322 millimètres; côté malade, 315 millimètres.

De l'angle postérieur de l'acromion au point le plus saillant de la tubérosité externe : côté sain, 315 millimètres; côté malade, 320 millimètres.

La longueur du cubitus est, du point le plus saillant de l'apophyse olécrânienne à l'apophyse styloïde : côté sain, 280 millimètres; côté opéré, 257 millimètres.

Cette articulation, complétement reconstituée, est remarquable par la solidité latérale coïncidant avec une mobilité antéro-postérieure très-étendue. Cette solidité est telle, qu'en saisissant avec la main, le bras et l'avant-bras, près de l'article, on n'imprime pas le moindre mouvement de latéralité,

Les mouvements, dans tous les sens, sont très-étendus. L'extension seule n'est pas, à peu de chose près, complète, ce qui est dû, ainsi que nous l'avons fait remarquer, à une régénération osseuse trop abondante, et, en outre, au défaut de mobilisation méthodique.

Le malade se sert du membre opéré comme du membre sain. Les muscles ont recouvré leur force et leur vigueur, et telle est la solidité de l'articulation du coude gauche, qu'il peut se livrer à tous les travaux pénibles de la campagne (travailler la vigne, faucher, etc.).

Le malade nous a, du reste, donné un spécimen de ce qu'il pouvait faire en portant et en maintenant, à bras tendu, avec le membre opéré, qui plus est se trouve être le membre gauche, un *haltère* du poids de 12 kilogrammes.

C'est là une *épreuve de force* des plus concluantes au point de vue de la solidité de l'articulation et de la force musculaire du membre opéré il y a dix-huit mois. Ce fait se passe de tout commentaire. Nous pourrions, du reste, ajouter que, parmi les assistants du même âge, qui n'avaient jamais eu de résection du coude, plus d'un n'a pu maintenir le poids de 12 kilogrammes avec le bras gauche étendu. (*A suivre.*)

DEUXIÈME NOTE

SUR LES EMBOLIES CAPILLAIRES ET LES INFARCTUS HÉMORRHAGIQUES DU CHOLÉRA

Par M. E. Bouchut.

Dans une première communication à l'Académie des sciences, j'ai présenté des recherches sur une lésion du choléra qui n'a pas encore été signalée et qui est relative à l'existence des infarctus hémorrhagiques de la peau et de quelques organes intérieurs. J'ai continué mes observations, et c'est le résultat de cette étude que j'adresse aujourd'hui.

Dans tous les cas de choléra assez graves pour occasionner la mort, il se fait des embolies capillaires caractérisées par des infarctus hémorrhagiques, plus ou moins volumineux et en nombre très-variable. Ces embolies se font dans les capillaires sous-cutanés et dans les petits vaisseaux de l'endocarde, du péricarde, des poumons, des reins et du tissu conjonctif intermusculaire. Je n'en ai pas rencontré dans le cerveau, mais d'après ce que j'appris sur un cas de mort subite en ville chez une personne à peine convalescente d'une attaque de choléra, il est vraisemblable qu'il y a eu embolie cérébrale.

Ces embolies se sont présentées à moi sous la forme de noyaux apoplectiques ou infarctus sanguins, de volume variable et ayant la dimension d'une petite tête d'épingle ou d'un gros pois.

Sous la peau, elles se révélaient à l'extérieur par une tache d'un rouge livide violacé n'intéressant pas la substance du derme. Elles étaient formées par une suffusion sanguine du tissu conjonctif sous-cutané, et au centre se trouvait un noyau noirâtre plus foncé en couleur. Une injection d'eau poussée par l'artère centrale du membre et revenant par les veines n'emportait pas cette hémorrhagie et ne traversait pas les vaisseaux obstrués. J'ai rencontré ces embolies sous-cutanées huit fois sur huit autopsies.

Dans les reins, l'infarctus hémorrhagique, large de 1 centimètre, était superficiellement placé sous la coque fibreuse de l'organe et pénétrait à 3 millimètres environ dans la substance corticale. Il était formé par une infiltration noirâtre sanguine très-foncée en couleur. Il n'y en a eu qu'un seul cas sur huit autopsies.

Dans les poumons, ces infarctus durs, noirs et superficiels, avaient une forme légèrement conique à base tournée en dehors et une injection d'eau par l'artère pulmonaire ne pouvait les enlever. Sur les huit autopsies, je les ai rencontrés deux fois.

Dans le cœur, ces infarctus étaient petits, miliaires, et placés à l'intérieur de l'organe, sous l'endocarde et entrant à peine dans la substance musculaire. Il y en avait sur les parois et sur les colonnes charnues, mais sur la grosse colonne qui donne attache aux tendons de la valvule mitrale, j'en ai compté huit. Je les ai rencontrés trois fois.

A l'extérieur du cœur, il y en a aussi sous le péricarde. Ils sont très-petits, miliaires, entrent à peine dans la substance des ventricules, et je les ai observés à la base de l'organe, près du sillon auriculo-ventriculaire, dans un seul cas.

Le cœur lui-même présente toujours, dans sa membrane interne ou dans ses cavités, des altérations importantes qui sont de l'endocardite valvulaire végétante au bord libre des valvules, soit de la thrombose cardiaque plus ou moins ancienne et caractérisée par des caillots fibrineux blanchâtres adhérents, mêlés à des coagulums jaunâtres demi-transparents, gélatiniformes, ambrés, et à des caillots noirs, mous, cruoriques, de formation récente. L'endocardite peut manquer, mais la thrombose existe toujours.

Il est probable que c'est à ce commencement d'endocardite valvulaire et surtout à la thrombose cardiaque qu'il faut attribuer la production des embolies capillaires et des infarctus hémorrhagiques dont je viens de donner la description.

Cette découverte anatomo-pathologique me paraît avoir pour conséquence l'explication du mécanisme des phlegmasies secondaires si graves de la période de réaction du choléra algide. En effet, à la suite de l'état de cyanose et de stase sanguine vasculaire générale, lorsque la situation se rétablit, le sang pousse devant lui des thromboses qui forment çà et là des obstructions et provoquent des méningites ou des pneumonies mortelles. Le cours du sang ne peut se rétablir, entravé qu'il est par des embolies venues du cœur, et il en résulte des congestions locales suivies d'un état de phlegmasie plus ou moins prononcé.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Séance du 26 avril 1873 (1). — Présidence de M. Lunier.

LECTURE

M. Peter lit un rapport sur le travail de M. Polaillon.

Ses conclusions sont : 1° inscription de M. Polaillon sur la liste des candidats au titre de membre titulaire ;

2° Renvoi au comité de publication.

M. Gillebert Dhercourt lit le travail suivant :

Du traitement du mal de Pott. — M. Gillebert-Dhercourt. J'ai l'honneur d'offrir à la Société de médecine de Paris un exemplaire d'un mémoire adressé par moi en 1857, à la Société de chirurgie de Paris. Il a pour titre : *De l'immobilité prolongée et du redressement lent et gradué de l'incarnation vertébrale dans le traitement de la maladie de Pott.*

A l'époque où ce travail fut composé, l'immobilité prolongée et absolue comptait peu de partisans. Beaucoup de chirurgiens partageaient l'opinion de Sanson et d'Ollivier (d'Angers), qui voulaient que la gibbosité fût abandonnée à elle-même, sous prétexte que la guérison du malade ne peut s'opérer que par l'affaissement des vertèbres excavées ; que le vide produit par l'excavation de celles-ci n'est point réparable par les jetées osseuses, et que le rapprochement réciproque des surfaces osseuses ulcérées est indispensable à la cicatrisation. En conséquence, ils prescrivaient aux malades la position verticale, et, convaincus que le repos au lit présente de graves dangers, ils recommandaient de faire marcher tous les jours les malades dont la paralysie était peu avancée en les obligeant à se servir soit de béquilles, soit de chars à roulettes dans le genre de ceux qu'on emploie pour les enfants du premier âge.

D'un autre côté, justement préoccupés de la fâcheuse influence que la position verticale et la marche exercent sur la distension des ligaments et des fibro-cartilages, sur les progrès de l'inflammation et de l'ulcération, sur la fonte des tubercules et sur l'usure et l'écrasement des vertèbres qu'ils ne jugeaient pas nécessaire, B. Brodie, Delpech, Murat, Michet, J. Guérin et Serre (d'Alais), ont proclamé la nécessité du repos absolu et prolongé, et ils l'ont pratiqué. Mais dans quelles conditions? Delpech faisait coucher les malades sur un lit dur, auquel il les attachait. Les chirurgiens allemands les placent dans une gouttière de cuir, de gutta-percha ou de carton. En France, on a quelquefois employé dans le même but la double gouttière en fil de fer matelassé de Bonnet (de Lyon). Mais l'expérience ayant démontré que le décubitus dorsal sur de semblables appareils est très-difficilement supporté par des gibbeux, Harisson, et après lui MM. J. Guérin et Serre (d'Alais), l'ont remplacé par le décubitus sur le ventre, qui, en somme, n'est pas moins pénible que le précédent, et qui, moins que lui, assure l'immobilité absolue.

C'est pourquoi Bonnet (de Lyon) et MM. Bouvier et Nélaton, partisans de l'immobilisation de la partie malade, mais reconnaissant : 1° que les conditions dans lesquelles celle-ci avait été pratiquée affaiblissent les constitutions et étiolent les malades, et 2° que la station verticale présente réellement les dangers qui lui ont été reprochés, dans l'espérance d'éviter ce qu'il y a de défectueux dans l'un et dans l'autre, ces habiles maîtres font porter à leurs malades des corsets-tuteurs destinés, suivant eux, à immobiliser les deux segments de la colonne vertébrale et à éviter l'écrasement des vertèbres.

Eh bien, les corsets-tuteurs n'ont pas réalisé le vœu de leurs inventeurs. Cela devait être. En effet, pour qu'ils fussent efficaces, il aurait fallu que ces appareils eussent des points d'appui stables et des leviers beaucoup plus longs. Or, ni l'une ni l'autre de ces conditions n'a été observée dans leur fabrication, ce qui, soit dit en passant, est à peu près inexécutable ou inapplicable. Aussi, les corsets-tuteurs n'immobilisent le tronc qu'autant que celui-ci n'est incliné ni en avant ni en arrière, ni à droite, ni à gauche. Cela revient à dire qu'ils ne servent pas à grand'chose. Pour vérifier l'exactitude de cette assertion, il suffit d'observer ce qui se passe chez un enfant porteur d'un corset-tuteur, et à qui l'on prescrit d'exécuter des mouvements du tronc dans différents sens. L'appareil ne fait que limiter ces mouvements ; il ne les empêche pas. Au reste, je rappellerai, comme preuve de l'inefficacité des corsets-tuteurs, un fait que j'ai cité dans mon mémoire, c'est celui d'un enfant chez lequel une seconde gibbosité, comprenant les 4e, 5e et 6e vertèbres dorsales, les moins mobiles de la colonne, s'était produite, quoique cet enfant portât depuis longtemps un corset-tuteur pour traiter une première gibbosité occupant la partie lombaire. J'ajoute que, grâce à la confiance accordée au corset-tuteur, cet enfant avait continué à garder la position verticale et à marcher, et que, jusque-là, il n'avait pas été soumis à l'immobilité prolongée.

Au mileu de tout cela, cependant, si on compare la pratique actuelle avec celle qui l'a précédée, on constate que l'immobilité prolongée est plus fréquemment appliquée, et on doit en conclure qu'elle a gagné des partisans. Mais en examinant les choses de près, on reconnaît que, sans doute en raison des difficultés que j'ai passées en revue, elle n'est pratiquée qu'à demi, et surtout qu'elle n'est point absolue en ce qui concerne la colonne vertébrale. Les malades reposent sur un lit, ou, comme cela se fait dans le service du docteur Henriette, à l'hôpital Saint-Pierre de Bruxelles, sur une toile tendue sur un cadre de bois. Or, comme avec l'autre couche ils ont la faculté de changer de position autant de fois qu'ils le veulent, l'immobilité absolue du tronc n'est point observée par eux ; ils ne pratiquent en réalité qu'un décubitus horizontal, plus souvent latéral que dorsal ou abdominal ; et, dans cette condition, le seul résultat qu'ils obtiennent est d'éviter la station verticale et la marche ; c'est bien quelque chose assurément, mais ce n'est point assez. Notons d'ailleurs que les malades prennent souvent alors des positions vicieuses qui aggravent la gibbosité presque autant que la station verticale, et qui contribuent à diminuer la capacité et la mobilité de la partie antérieure de la poitrine.

Que résulte-t-il de cet exposé, messieurs? J'en tirerai deux conclusions ; savoir : que la station verticale est généralement reconnue

(1) Suite. — Voir le numéro du 21 octobre 1873.

nuisible, à ce point qu'on l'évite ou qu'on s'applique à en conjurer les mauvais effets, et que l'immobilité est pratiquée presque généralement, malgré ses inconvénients que, sans doute on considère comme étant moins fâcheux que l'aggravation de la maladie qui résulte de la condition contraire.

Cela étant, la voie me paraît clairement tracée; il faut alors chercher à dégager l'immobilité absolue et prolongée des dangers qu'on se croit en droit de lui reprocher.

Est-ce donc le défaut de mouvement qui à lui seul étiole et affaiblit les malades soumis à l'immobilité? Sans doute le repos absolu n'est pas favorable à la nutrition et au développement des organes. Mais quand les autres conditions hygiéniques sont bonnes, il ne saurait à lui seul troubler d'une façon dangereuse la nutrition et le développement. Les résultats de ma pratique me permettent de soutenir énergiquement cette proposition. Or, quelles sont, la plupart du temps, les conditions hygiéniques au milieu desquelles vivent les malades maintenus dans l'immobilité? Couchés sur des lits plus ou moins pesants, difficilement transportables et logés le plus souvent au fond d'une alcôve, ces malades sont le plus ordinairement privés de lumière solaire, et ils respirent constamment un air confiné imparfaitement renouvelé ou même vicié, comme l'est celui des hospices. En outre, dans cette situation, ils sont assaillis par l'ennui et ils prennent d'autant plus aisément la redoutable habitude de l'onanisme que le secret du lit la favorise. Comment alors ne s'affaibliraient-ils pas? Comment ne s'étioleraient-ils pas?

Qu'on mobilise au contraire les appareils destinés à l'immobilisation des malades; qu'on les fasse portatifs comme ce sommier que je vais avoir l'honneur de vous montrer en détail, et tous les dangers attribués à l'immobilité absolue et prolongée disparaîtront.

Lié à son sommier, l'enfant, qui est toujours habillé, pourra être aisément porté du haut en bas de la maison, être mis sur des chaises, sur une table, près d'une fenêtre, sur un banc, dans un jardin, sur un petit char roulant pour la promenade; il pourra passer des journées entières au dehors. En un mot, sauf la marche, il sera rendu à la vie commune et aux distractions; il respirera l'air extérieur; il jouira de l'influence bienfaisante de la lumière solaire aussi bien que ceux qui ont la faculté de se mouvoir.

J'ai dit que, sur son sommier, l'enfant est toujours habillé. En effet, il porte constamment les habillements qui appartiennent à son sexe; mais ces vêtements sont ouverts par derrière afin de rendre faciles les changements de linge et la satisfaction des besoins corporels, sans discontinuer l'immobilité. D'autres motifs m'ont encore engagé à faire porter des habits à mes jeunes malades. Des couvertures fixées au sommier n'auraient pas suffi pour empêcher les refroidissements, et d'ailleurs, elles auraient mis obstacle aux mouvements des membres inférieurs, lorsqu'ils auraient pu être autorisés; en second lieu, engaînés comme ils le sont dans leurs vêtements, les enfants ne peuvent pas aussi facilement se livrer à l'onanisme.

Ma confiance dans l'immobilité absolue et prolongée, appliquée comme condition générale de traitement de la maladie de Pott, reposait sur deux ordres de faits. D'une part, l'immobilité apaise généralement la douleur; elle diminue la fluxion sanguine; elle met les muscles dans le relâchement et ne donne pas lieu à leur contraction spasmodique; dans l'espèce, elle évite le frottement réciproque des surfaces articulaires ainsi que l'écrasement des vertèbres malades, et elle n'apporte aucun obstacle au travail de réparation organique; d'autre part, son influence débilitante peut être heureusement combattue par de bonnes conditions hygiéniques.

Cette confiance, messieurs, n'a pas été trompée. Dans les divers cas que j'ai eu à soigner ou dont j'ai suivi le traitement, j'ai toujours vu, grâce aux bonnes conditions hygiéniques dont l'observation était rendue facile par mon appareil, les jeunes malades non-seulement supporter sans peine l'immobilité absolue et prolongée, mais encore acquérir assez rapidement toutes les apparences de la santé et conserver la gaieté naturelle à leur âge. Tandis que les enfants soumis à l'immobilité dans un lit, dans les hôpitaux ou dans les maisons particulières, sont tristes et acariâtres, mes malades sont gais et contents. Ce résultat est tel qu'autrefois, lorsque je dirigeais l'établissement Pravaz, je me suis plu souvent à embarrasser la sagacité de quelques confrères en les invitant à dire sans examen préalable quelle était la maladie qui retenait sur ces appareils ces enfants si frais et si bien portants en apparence. Rarement, du premier coup, la réponse était conforme à la vérité.

Ceci, messieurs, n'est point un tableau fait à plaisir et, comme l'on dit quelquefois, pour les besoins de la cause. Les faits que je rapporte ont eu pour témoins un grand nombre de confrères de Lyon, de Nice et de Genève, et entre autres le regrettable docteur Rilliet, qui, à la suite de la présentation de mon mémoire à la Société de chirurgie, m'avait adressé plusieurs enfants gibbeux. A l'établissement Pravaz, où l'on a continué à faire usage de mes appareils, on trouverait certainement de nouvelles preuves de ce que j'avance. Je suis autorisé à dire que l'immobilité absolue et prolongée observée dans de bonnes conditions n'engendre pas les mauvais effets qu'on a cru devoir lui attribuer.

Jusqu'à présent, messieurs, il n'a été question que de l'immobilité. Je ne vous ai pas encore parlé de la manière dont je procède au redressement de l'incurvation vertébrale.

Je dois croire que dans mon premier travail, je n'avais été ni assez clair ni assez explicite sur ce sujet; car, à la Société de chirurgie, malgré les efforts de mon savant rapporteur, le professeur Gosselin, on s'est mépris sur mon invention et sur mon procédé; on les a confondus en effet avec ceux des chirurgiens qui emploient des machines à extension violente ou à traction permanente, ou qui exercent des pressions sur la gibbosité pendant que le malade est couché sur le ventre. On a rappelé qu'Hippocrate avait fait coucher un gibbeux sur une outre, et que David avait placé un traversin sous le dos d'un jeune homme afin de redresser la gibbosité dont il était atteint; que ce malade étant mort, le chirurgien s'était bien reproché ce traversin. Cependant, ajoutait M. Bouvier, « je crois qu'il n'était pas plus dangereux que le ballon de M. Gillebert-Dhercourt. Par cette comparaison, l'honorable orateur a prouvé, suivant moi, qu'il n'avait pas compris l'office que mon ballon était destiné à remplir. Ces erreurs eussent été sans doute évitées si j'avais eu plus tôt la pensée d'envoyer à la Société de chirurgie un spécimen de mon sommier. Malheureusement, je ne l'ai fait qu'après la discussion qui a suivi le rapport de M. Gosselin. Pour ne pas tomber dans la même faute, je vais le mettre sous vos yeux et vous en faire la description.

Il se compose d'un bâti en bois rempli de bourre et recouvert en peau. Son plan supérieur, sur lequel doit reposer le malade, est ferme, non élastique, un peu incliné de la tête aux pieds, et légèrement convexe dans la partie qui doit soutenir les régions dorsale et lombaire. A la réunion des deux premiers cinquièmes de ce plan, celui-ci subit une brusque dépression qui permettra à la tête du malade, lorsque le moment en sera venu, de reposer sur un plan inférieur au premier. Vous remarquerez sur ce premier plan deux cavités : l'une, qui est close par un bouchon mobile, est destinée à faciliter les besoins du corps sans déplacer le gibbeux; l'autre sert de réceptacle au ballon de caoutchouc vulcanisé gonflé d'air et bien résistant, qui, dépassant d'un tiers de son volume la surface du sommier, servira d'appui élastique à la gibbosité, et en évitant tout frottement ou toute pression circonscrite, empêchera l'excoriation de la peau qui la recouvre.

Ainsi se trouve résolu le problème que présente la conservation de l'intégrité de cette partie de la peau chez un gibbeux qui doit garder le coucher en supination. Vous voyez que cette intention n'a aucun rapport avec celle qui avait conduit David à placer un autre traversin sous le dos de son malade.

Enfin, vous voyez, attachées au sommier, une ceinture pour immobiliser le bassin et des courroies pour fixer les épaules. Quand l'enfant est trop turbulent, ces courroies sont unies par un lien assez peu tendu pour ne pas exercer de pression sur la poitrine. Les bras du malade restent libres, mais les membres inférieurs ne doi-

vent jouir du même privilége qu'autant qu'on n'aura plus à craindre que leur agitation ne retentisse d'une façon nuisible sur la partie malade.

Dans tout cela, messieurs, vous n'apercevez aucun moyen de traction violente ni permanente ; la suite ne vous en fera pas voir davantage. En effet, le dos du malade étant convexe comme le plan supérieur du sommier, je ne vais pas de prime abord opposer convexité à convexité et produire peut-être des tiraillements douloureux et nuisibles en obligeant le malade à reposer en décubitus dorsal sur un lit de ce genre. Bien loin de là, avant de l'y faire étendre, je prends mes mesures pour que, d'une part, la situation du ballon de caoutchouc vulcanisé soit en rapport avec celle de la gibbosité, et, d'autre part, pour qu'au moyen de coussins coniques placés à des hauteurs correspondantes à celles des épaules et du bassin et se joignant par leur sommet, le plan supérieur du sommier ainsi provisoirement modifié représente une concavité dans laquelle l'incurvation vertébrale puisse être reçue exactement et sans gêne. Cette condition étant réalisée, le gibbeux est alors attaché au sommier à l'aide de la ceinture et des courroies, et avant qu'il soit habitué à ce nouveau coucher, avant qu'une certaine accommodation, résultat du décubitus dorsal, se soit opérée dans sa colonne vertébrale, c'est-à-dire avant deux semaines environ, il ne sera rien changé à ces dispositions.

(*A suivre.*)

THÈSES
SOUTENUES A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS
PENDANT L'ANNÉE 1873.

401. Lesbini. Traitement des rétrécissements œsophagiens par la dilatation temporaire et progressive d'après la méthode de M. Ch. Bouchard.

402. Trapenard. L'ignipuncture, de ses différents emplois, de son indication spéciale dans les tumeurs blanches.

403. Barthès. Du zona.

404. Duputel. Considérations chimiques sur l'étiologie de l'intoxication saturnine.

ÉTAT SANITAIRE.

Paris. — Pendant la semaine finissant le 7 novembre, on a constaté 836 décès, savoir :

Variole, »; rougeole, 15 ; scarlatine, 2; fièvre typhoïde, 20; érysipèle, 5; bronchite aiguë, 35; pneumonie, 55; dysentérie, 5; diarrhée cholériforme des jeunes enfants, 3 ; choléra, 11; angine couenneuse, 7; croup, 17 ; affections puerpérales, 5; autres affections aiguës, 209; affections chroniques, 366, dont 184 dues à la phthisie pulmonaire ; affections chirurgicales, 65 ; causes accidentelles, 16.

Londres. — Décès du 26 octobre au 1er novembre 1873, 1,653.

Variole, 2;—rougeole, 103 ;— scarlatine, 12;— fièvre typhoïde, 38; — érysipèle, 9; — bronchite, 270 ; — pneumonie, 113; — dysentérie, 4; — diarrhée, 21 ; — choléra nostras, 1 ; — diphthérie, 10 ; — croup, 17; — coqueluche, 41.

New-York. — Décès du 5 au 11 octobre 1873 : 452.

Variole, 1; — rougeole, 3; — scarlatine, 12;— fièvre typhoïde, 9 ; — bronchite, 11 ;—pneumonie, 20 ; — diarrhée, 96 ; — croup, 11; — diphthérie, ».

Rome. — Décès du 20 au 26 octobre 1873 : 161.

Variole, 1; — fièvre typhoïde, 3; — érysipèle, 1; bronchite, 7; pneumonie, 13; — diphthérie et croup, 3.

Bruxelles. — Décès du 19 au 25 octobre 1873 : 93.

Rougeole, » ; — fièvre typhoïde, 2 ;—bronchite et pneumonie, 11; croup et angine couenneuse, 3; — diarrhée des jeunes enfants, 4.

Lille. — Décès du 1er au 15 octobre 1873 : 145.

Rougeole, »; — fièvre typhoïde, 5; — érysipèle, »; — bronchite, 8 ; — pneumonie, 13; — cholérine, »; — diarrhée entérite, 34; — diphthérie et croup, ».

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

La première délibération de la proposition de M. le comte Jaubert, relative à la liberté de l'enseignement supérieur, est inscrite au feuilleton de l'Assemblée nationale. Le rapport de M. E. Laboulaye vient d'être publié. Nous aurons prochainement à faire connaître ce remarquable travail, qui conclut à la liberté de l'enseignement supérieur.

— *Hôpitaux de Lyon.* — Le concours pour l'externat des hôpitaux de Lyon vient de se terminer par la nomination de :

MM. 1. Duchamp, Garel, Sabatier, Calignon, Drey, Jacob, Boisson, Tuloup, Durand, Pangon.

11. Pitavy, Revillet, Ferlay, Bertholon, Gaillard, Lemoine, Julliard, Poney, Chatillon, Sainclair.

21. Bruyère, Lebard, Roux, Vacher et Monnier.

— *École de médecine de Lyon.* — M. le docteur Morat, ancien interne des hôpitaux, est nommé chef des travaux anatomiques.

— *Hospices de Grenoble.* — Un concours pour deux places de médecin adjoint et deux places de chirurgien adjoint s'ouvrira le 2 mars 1874. Les candidats devront se faire inscrire, un mois avant le concours, au secrétariat des hospices de Grenoble.

— Nous avons le regret d'annoncer la mort de M. le docteur Pelletan de Kinkelin, médecin honoraire des hôpitaux de Paris ; — de M. le docteur Godart, médecin du ministère des affaires étrangères.

— M. le professeur Béhier commencera les leçons de clinique médicale, à l'Hôtel-Dieu, le mercredi 12 novembre.

Pendant le semestre d'hiver, les leçons auront lieu tous les mercredis, à neuf heures et demie.

Les lundis et vendredis, démonstrations au laboratoire par MM. Ernest Hardy et Liouville, à dix heures.

Visites et interrogations tous les jours dans les salles, à huit heures et demie.

— M. le docteur Lailler commencera, à l'hôpital Saint-Louis, des conférences cliniques sur les affections cutanées, le vendredi 14 novembre, à huit heures et demie du matin, et les continuera les vendredis suivants, à la même heure.

— M. le docteur G. Chantreuil, ancien chef de clinique d'accouchement de la Faculté commencera un cours public d'accouchement le samedi 15 novembre, à huit heures du soir, dans l'amphithéâtre n° 2 de l'École pratique, et le continuera les mardis et samedis suivants, à la même heure.

— M. le docteur Ferdut commencera son cours public d'accouchements lundi prochain, 10 novembre, à quatre heures, dans l'amphithéâtre n° 3 de l'École pratique, et le continuera les mercredis, et lundis suivants, à la même heure. A la fin du cours, plusieurs conférences pratiques seront consacrées à la répétition des opérations et des manœuvres.

— *Erratum.* — Dans le numéro de samedi, 8 novembre, à la page 1026, 2e colonne, ligne 25, au lieu de « à l'aide du pouce et de l'index », il faut lire « à l'aide de l'index et du médius ».

— On demande un médecin dans un chef-lieu de canton dépourvu de praticien, et qui peut offrir environ vingt communes à desservir dans un rayon très-rapproché. — S'adresser au maire de Cormeilles (Eure).

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Comptes rendus des séances de la Société de biologie, 2e fascicule d'avril à juillet 1873. — Les comptes rendus et les mémoires réunis formeront 1 fort volume avec planches. Prix : 7 francs. — Paris, Adrien Delahaye.

Congrès médical de France, 4e session, tenu à Lyon. 1 fort volume in-8°. Prix : 9 francs. — Ce volume renferme les principaux articles suivants : Des épidémies de variole, Des ambulances en temps de guerre, Des plaies par armes à feu, De la dépopulation en France, Traitement de la syphilis, De l'enseignement de la médecine et de la pharmacie en France, Des moyens pratiques d'améliorer la situation du médecin, etc., par les docteurs Teissier, Léon Lefort, Ollier, Diday, Trélat, Verneuil, Drysdale, etc. — Paris, Adrien Delahaye.

Leçons de clinique obstétricale, professées à l'hôpital des Cliniques par le docteur Depaul, professeur de clinique d'accouchements à la Faculté de médecine de Paris, rédigées par le docteur De Soyre, chef de clinique d'accouchements; revues par le professeur. — 2e fascicule gratis pour les souscripteurs. — Prix de l'ouvrage complet : 14 francs. — Paris, Adrien Delahaye.

Traité pratique du rétroceps (forceps asymétrique), par le docteur Hamon (de la Rochelle). 2e édition. — 1 vol. in-8°. Prix : 7 fr. 50. — Paris, Adrien Delahaye.

Vie de l'univers, ou étude de physiologie générale et philosophique appliquée à l'univers, par le docteur Galicier. — 1 vol. in-8°. Prix : 7 francs. — Paris, Adrien Delahaye.

Guide pour l'analyse de l'urine, des sédiments et des concrétions urinaires au point de vue physiologique et pathologique, par le docteur Arthur Casselmann; traduit de l'allemand avec l'autorisation de l'auteur, par G. E. Strohl, docteur ès sciences physiques. — In-8° de 64 pages et 2 planches. Prix : 2 francs. — Paris, 1873, G. Reinwald et Ce.

De la gastrotomie dans les cas de tumeurs fibreuses utérines interstitielles, péri-utérines et dans les tumeurs dites fibro-cystiques, par M. le docteur Boinet (mémoire présenté à l'Académie de médecine le 26 avril 1870). — In-8° de 68 pages. — Paris, 1873, G. Masson.

Expérimentation thérapeutique de la digitaline cristallisée, par le docteur Widal, médecin-major de première classe à l'hôpital militaire du Gros-Caillou. — Gr. in-8° de 52 pages. — Paris, 1873, Victor Rozier.

Analogies entre le choléra et la peste bovine, par M. Decroix, vétérinaire en premier à la garde républicaine. — In-8° de 16 pages. — Paris, 1873, P. Asselin.

Essais de mensuration de l'orbite, par le docteur Gayat. — In-8°. Prix : 1 fr. 25. — Paris, Adrien Delahaye.

Le choléra, comment il se propage et comment l'éviter, solution trouvée et publiée en 1849, par le docteur Charles Pellarin. — Paris, 1873, in-8° de 32 pages. Prix : 1 franc. — J.-B. Baillière et fils.

La médecine pneumatique, ses applications au traitement des maladies des voies respiratoires, par le docteur Rengade, — 1 vol. in-18. Prix : 1 franc. — Paris, Adrien Delahaye.

Traitement des affections du prépuce par l'orlatomie, par le docteur Handvogel. — In-8°. Prix : 1 franc. — Paris, Adrien Delahaye.

Le Directeur : Dr E. Le Sourd.

Paris. — Typographie A. Pougin, quai Voltaire, 13.

Eaux minérales de Vals acidules.

Gazeuses, Bicarbonatées, Sodiques, analysées par O. Henri.

Thermalit 13° —	Saint-Jean	Rigolette	Précieuse	Désirée	Magdeleine
Acide carbonique libre...	1.425	2.095	2.218	2.145	2.050
Bicarbonate de soude....	1.480	5.800	5.940	6.040	6.280
— de potasse...	0.040	0.263	0.230	0.263	0.255
— de chaux....	0.310	0.259	0.630	0.571	0.520
— de magnésie.	0.120		0.750	0.900	0.672
— fer et mang.	0.006	0.024	0.010	0.010	0.029
Chlorure de sodium......	0.060	1.200	1.080	1.100	0.169
Sulfate de soude et chaux.	0.054	0.220	1.185	0.200	0.235
Silicate et silice, alumine..	0.080	0.060	0.060	0.058	0.097
Iodure alcal. arsenic lit...	indice	traces	indice	indice	traces
	2.151	7.826	8.885	9.142	9.248

Ces eaux sont *très-agréables* à boire à table, pures ou coupées avec du vin. Un excès d'acide carbonique et la proportion heureuse des bicarbonates calciques-magnésiens en font, malgré la plus riche minéralisation qui soit connue en France, des eaux *légères*, *douces*, essentiellement *digestives*. Dose ordinaire, une bouteille par jour. (*Indiquer autant que possible la source que l'on entend prescrire.*) *Emplois spéciaux* : SAINT-JEAN, maladie des organes digestifs ; — PRECIEUSE, maladies de l'appareil biliaire ; — DESIREE, maladies de l'appareil urinaire ; — RIGOLETTE, chlorose, anémie ; — MAGDELEINE, maladies de l'appareil sexuel.

SOURCE FERRO-ARSENICALE DE LA DOMINIQUE

Acide sulfurique libre..............		1.33
Silicate acide	sesqui-oxyde de fer	0.44
Arséniate »		
Phosphate »		
Sulfate »		
— de chaux..................		
Chlorure de sodium..................		
Matières organiques..................		

Cette eau est arsenicale; elle n'a aucune analogie avec les précédentes. Fièvres intermittentes, cachexies, dyspnée, maladies de la peau, scrofule, maladies organiques, etc.

Les eaux de ces sources se transportent et se conservent sans altération ; elles se trouvent dans les principales pharmacies de France, au prix de 8,80 c. la bouteille en verre noir, revêtue d'une étiquette et coiffée d'une capsule en étain indiquant la source où elle a été puisée.

PILULES DE HOGG

1° *Pilules nutrimentives à la pepsine acidifiée*, dyspepsie, digestion difficile, diarrhée, vomissements, etc.

2° *Pilules à la pepsine unie au fer réduit par l'hydrogène*, en vue des maladies chroniques et des affections qui en dépendent (pertes blanches, pâles couleurs, menstruation difficile), et de fortifier les tempéraments débilités.

3° *Pilules à la pepsine unie au proto-iodure ferreux inaltérable*, en vue des maladies scrofuleuses, lymphatiques et syphilitiques, la phthisie, la cachexie chlorotique et les affections atoniques générales de l'économie.

On emploie la pepsine Boudault dans ces trois préparations.

Ces pilules ne se vendent qu'en flacons triangulaires chez HOGG, pharmacien-chimiste, rue Castiglione, 2, à Paris, et dans toutes les pharmacies. — Envoi *franco* par la poste.

EAU ANTI-HÉMORRHAGIQUE
DE TISSERANT

Expérimentée avec succès par plusieurs célébrités médicales, notamment par Récamier, dans son service à l'Hôtel-Dieu ; par MM. Frémy et Monod, médecins des hôpitaux ; par MM. les docteurs Portalès, Riégé, etc., etc., pour le traitement des *hémorrhagies* (notamment les *hémoptysies*, les *métrorrhagies*, les *ménorrhagies*, etc.), — des *flux muqueux*, tels que les *leucorrhées*, les *diarrhées simples* ou *dysentériques*, etc.

MM. les médecins qui n'auraient pas encore expérimenté ce médicament, sont priés d'en faire prendre un flacon, qui leur sera délivré gratuitement à la Pharmacie SAVOYE, boulevard Poissonnière, 4, à Paris.

AVIS AUX ÉTUDIANTS

Dans la maison où demeure M. Ruhmkorff, constructeur d'instruments de sciences, rue Champollion, 15, près la Sorbonne, le CONCIERGE a un très-grand choix de chambres meublées très-confortables, à louer à des prix modérés.

CAUTERETS (Hautes-Pyrénées)

Eaux sulfurées sodiques.

Sources de La Raillère, César, Mauhourat

Les moins altérables des eaux sulfureuses.

S'adresser chez tous les marchands d'eaux minérales, chez les principaux pharmaciens.

Ou à CAUTERETS, au Directeur des Eaux.

EPILEPSIE
HYSTERIE — NEVROSES

Le Sirop de Henry Mure, **au bromure de potassium** (exempt d'iodure), dont l'usage est aujourd'hui universellement répandu, a déterminé un nombre considérable de guérisons publiées dans les recueils scientifiques.

Chaque cuillerée de Sirop de Henry Mure contient 2 grammes de **bromure de potassium** d'une pureté chimique irréprochable.

PRIX DU FLACON : 5 francs.

Vente au détail. — A Paris, 16, rue de Richelieu, pharmacie Lebrou.

Vente en gros. — S'adresser à M. Henry Mure, pharmacien, à Pont-Saint-Esprit (Gard).

PASTILLES DE DETHAN

AU SEL DE BERTHOLLET (CHLORATE DE POTASSE)

Contre les maladies de la gorge, de la voix et de la bouche

PHARMACIE **DETHAN**, Faubourg-Saint-Denis, 90, à Paris, et dans toutes les principales pharmacies de France et de l'étranger.

PRIME DE **16,600** FRANCS — MÉDAILLE D'**OR** A LAROCHE

QUINA LAROCHE

Extrait COMPLET **des 3 SORTES de quinquinas**

ÉLIXIR *reconstituant, tonique* et *fébrifuge*. A base de vin d'Espagne et d'un goût agréable, ce produit participe du vin et du sirop de quinquina, mais leur est bien supérieur en efficacité.

Le procédé **Laroche** consiste à épuiser par une série de véhicules variés, et un outillage spécial, la totalité des nombreux principes contenus dans les 3 meilleures sortes de quinquinas (*jaune, rouge et gris*), principes essentiels qui se complètent l'un par l'autre, et qui manquent presque toujours dans les préparations ordinaires.

Combiné au fer le *Quina Laroche* **Ferrugineux** offre une préparation aussi complète que possible, pour tous les cas où le *quinquina* et *le fer* sont jugés utiles.

PARIS, 22 et 15, rue Drouot, et dans toutes les pharmacies françaises et étrangères.

J. Laroche

LIENTERIE et DYSPEPSIE — GASTRALGIE et ANOREXIE

PANCRÉATINE DEFRESNE

HUILE DE FOIE DE MORUE DEFRESNE ÉMULSIONNÉE PAR LA PANCRÉATINE.

PILULES, VIN, ÉLIXIR, ÉMULSION PANCRÉATIQUE DEFRESNE

EMPLOYÉS DANS LES HOPITAUX DE PARIS

(Voir les Mémoires présentés à l'Académie de médecine et à l'Institut.)

La **Pancréatine Defresne** perd un tiers de sa force dans l'estomac, mais continue son action dans le duodénum en présence de la bile alcaline. Elle rend assimilable, 15 fois son poids de corps gras ; elle digère 50 fois son poids de fibrine, 140 gr. d'empois ou 8,90 d'amidon.

Pharmacie DEFRESNE, rue des Lombards, 2 et 4, et dans toutes les autres pharmacies.

VIN DE BUGEAUD

Au quinquina et au cacao combinés

La difficulté d'obtenir la tolérance de l'estomac pour le quinquina et les amers, en général, a fait plus d'une fois le désespoir des praticiens. Mais depuis l'introduction dans la matière médicale de la combinaison dite **Vin de Bugeaud**, où le cacao se trouve uni au quinquina, pour en tempérer l'astringence, cet inconvénient n'existe plus.

Aussi, cette préparation est définitivement entrée dans le domaine de la pratique et s'est substituée à toutes les autres préparations de quinquina.

Les propriétés du **Vin de Bugeaud**, *préparé au vin d'Espagne*, étant celles des toniques radicaux et analeptiques réunis, ce médicament est indiqué dans *l'appauvrissement du sang*, dans les *névroses, les flueurs blanches, la diarrhée chronique, les pertes séminales involontaires, les hémorragies passives, es affections scorbutiques*, etc.

La préparation de ce vin exige pour la dissolution du cacao des appareils spéciaux qui ne se trouvent point dans les officines. Il faut donc, pour être sûr de l'authenticité du médicament, le prescrire sous le nom de **Vin de Bugeaud**.

Dépôt général, pharmacie Lebeault, 53, rue Réaumur.

Se trouve rue du Cherche-Midi, et dans toutes les pharmacies.

Anémie, chloro-anémie, scrofule, rachitisme, phthisie, épuisement, fatigue et généralement dans tous les cas où il est nécessaire d'employer

UN FORTIFIANT ÉNERGIQUE ET UN BON DÉPURATIF

SIROP RECONSTITUANT AU PHOSPHATE DE CHAUX

De **BARBARIN**, pharmacien de 1re classe, ex-interne des hôpitaux.

PLUS ACTIF QUE L'HUILE DE FOIE DE MORUE.

Le goût en est très-agréable et chaque cuillerée à bouche représente 2 grammes de phosphate de chaux. En France, 2 fr. 50. Paris, BARBARIN, 163, r. de Belleville, et les ph. de France et de l'étranger.

N° 131. — JEUDI 13 NOVEMBRE 1873. 46e ANNÉE. JEUDI 13 NOVEMBRE 1873. — N° 131.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Bureaux : 57, rue des Saints-Pères, 57
PRÈS L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix d'abonnement doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

On s'abonne hors de Paris dans les bureaux des Messageries et chez les Libraires
Les lettres non affranchies sont refusées.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui n'en peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS	
Trois mois. .	8 fr. 50 c.
Six mois. . .	16 —
Un an. . . .	30 —

POUR L'ÉTRANGER le port en sus suivant les derniers tarifs des Postes.

Paris, le 12 novembre 1873.

SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

L'Académie a encore à pourvoir à un grand nombre de vacances. Les élections vont se succéder rapidement. Mardi prochain, il y aura à procéder à la nomination d'un membre dans la section de médecine vétérinaire pour y remplir une place depuis longtemps vacante. La première nomination qu'elle aura à faire ensuite sera dans la section d'anatomie pathologique.

Deux vacances nouvelles ont été déclarées dans la dernière séance, l'une dans la section de pathologie chirurgicale ; l'autre dans la section de pathologie médicale. Il restera encore deux élections à faire dans la classe des associés libres.

Voilà bien des comités secrets en perspective qui vont abréger d'autant la durée des séances publiques et prélever sur les travaux courants. Que va devenir, pendant ce temps-là, la discussion sur le choléra, si elle continue à se traîner ainsi à raison d'un discours par séance ? Ne serait-ce pas le cas, tout en respectant la liberté de chacun et en tenant compte des développements que nécessite l'étude d'une question aussi grave et aussi complexe, d'inviter les futurs orateurs à se maintenir dans les limites strictes du sujet et à s'y concentrer le plus possible ?

Dans la séance d'hier, M. Jolly, fidèle aux idées qu'il professe depuis quarante ans, est venu combattre la doctrine de la contagion. Outre que cette question est trop pleine de difficultés ou de malentendus, suivant que l'on se pose au point de vue dogmatique ou au point de vue simple des faits, il ne nous serait guère possible sur une simple audition et un coup d'œil rapide sur le manuscrit, d'apprécier la valeur de cette argumentation. Nous remettons l'étude de cette question à la semaine prochaine.

Dr BROCHIN.

HOPITAL DES ENFANTS-MALADES. — M. BOUCHUT.

Sur une forme particulière de pemphigus observée dans le croup et dans la fièvre typhoïde.

La forme particulière de pemphigus, sur laquelle j'appelle votre attention n'est pas commune. C'est la première fois que je la rencontre, et sans penser qu'elle mérite de désignation particulière, je vous la présente comme une chose digne d'être enregistrée en attendant des recherches ultérieures.

En dehors du pemphigus cachectique et syphilitique des nouveau-nés, le pemphigus, dans la seconde enfance, est rare. Il se montre à l'état aigu ou chronique en dehors de toute diathèse appréciable, mais ordinairement il est lié à l'herpétisme ou à la scrofule. Les faits que je vous montre aujourd'hui sont des cas de pemphigus aigu cachectique développés : l'un chez un jeune enfant opéré hier du croup, et l'autre chez une petite fille à la troisième septaine d'une fièvre typhoïde.

Voici le premier cas. Jeanne J..., cinq ans, entrée le 31 octobre pour un croup datant de trois jours, fut opérée dans la nuit, et le lendemain elle présentait, sur différents points de la partie inférieure du dos, des fesses et des cuisses, des vésico-pustules rouges entourées d'un décollement de l'épiderme large de 1 à 4 centimètres. L'épiderme, décollé, frisé, mais nullement déchiré, n'était pas soulevé par le sérum. C'était une plaque de décollement de l'épiderme autour d'une vésicule primitive. Après avoir enlevé l'épiderme de la surface exactement arrondie qu'il recouvre, le derme paraît rouge, nullement altéré, et au centre on observe un point central légèrement saillant, blanchâtre, déprimé au centre. Cette lésion avait absolument la forme d'un follicule aplati de l'intestin. L'enfant mourut dans la journée avec des convulsions, et elle présenta l'endocardite végétante, les noyaux apoplectiques d'infarctus pulmonaires et une thrombose cardiaque droite très-prononcée.

Dans l'autre cas, Louise T..., âgée de sept ans, entra le 18 octobre 1873, pour une fièvre typhoïde datant de huit jours. Elle allait assez bien, lorsque, le 23, je m'aperçus qu'elle avait le dos, les fesses, les aines et la partie externe des cuisses couverts de larges et d'étroites bulles de pemphigus, entremêlées de vésico-pustules rouges et livides.

Le point de départ était une vésicule miliaire, sans altération de l'épiderme voisin ; puis, autour de la vésicule, l'épiderme se décollait en rond, très-régulièrement, dans une étendue de 1 centimètre sur quelques points, et dans une étendue de 8 à 10 centimètres sur d'autres. Tout le dos, depuis les épaules jusqu'aux fesses, en était couvert. On mit de l'amidon, de l'ouate,

mais l'enfant succomba le 26, et, à l'autopsie, je trouvai en outre des lésions de la fièvre typhoïde, une néphrite catarrhale des infarctus du poumon et une endocardite végétante mitrale et tricuspide avec thrombose cardiaque.

Ce que je signale à votre attention dans ces faits, c'est moins le pemphigus lui-même très-rare dans le croup et dans la fièvre typhoïde que la forme sous laquelle il s'est présenté.

Au lieu d'un simple décollement de l'épiderme soulevé par la sérosité, sans lésion du derme, il y a eu ici, comme point de départ, une vésico-pustule rougeâtre que l'on aurait pu prendre pour un début d'ecthyma. C'est autour de cette lésion que s'est produit le décollement de l'épiderme sous forme de plaques arrondies plus ou moins étendues. Aucune d'elles ne s'est remplie de sérum, comme dans le pemphigus ordinaire. Il n'y avait que décollement sans rupture de l'épiderme. Quelle que soit la cause de cette anomalie, il m'a paru bon de vous la signaler, et si, plus tard, d'autres faits semblables viennent à se produire, ceux-là pourront peut-être servir à élucider ce point de pathologie.

HOTEL-DIEU DE LYON. — M. OLLIER.

Nouvelles observations de résections sous-périostées du coude, démontrant la régénération des extrémités osseuses, la reconstitution d'une articulation solide et l'activité de l'extension par les contractions du triceps (1).

PAR M. A. PONCET, interne des hôpitaux.

Résection sous-périostée du coude gauche pour une arthrite fongueuse suppurée; régénération des extrémités osseuses et reconstitution d'une articulation solide.— Résection, au bout de deux ans, d'une partie de la substance osseuse reproduite, pour faciliter les mouvements de l'articulation. — Guérison avec reconstitution de l'articulation sur son type primitif. — Absence de mouvements de latéralité, possibilité de maintenir, le bras étendu, un poids de 10 kilogr.

Claude B..., âgé de dix-sept ans, né à Saint-Romain (Saône-et-Loire), où il exerce la profession de tuilier, entre, le 10 mai 1870, dans le service de M. Ollier (salle Saint-Sacerdos, n° 1), pour une arthrite fongueuse suppurée du coude.

Le malade s'était toujours assez bien porté, lorsqu'il y a neuf mois environ, il s'aperçut d'une petite tumeur à la partie supérieure et postéro-externe du coude gauche. Cette tumeur, molle, peu douloureuse à la pression, s'accrut insensiblement. Les mouvements de l'avant-bras sur le bras, qui de prime abord n'étaient point gênés, devinrent difficiles, douloureux et empêchèrent le malade de continuer son travail. Le gonflement augmenta au niveau de l'articulation du coude, tandis que la tumeur primitivement formée s'abcédait et donnait issue à un pus abondant. Le trajet fistuleux qui suivit se convertit, à peu de temps de là, en une plaie de plusieurs centimètres d'étendue, grâce à l'application intempestive d'un vésicatoire.

Lors de son entrée à l'hôpital, le malade est pâle, amaigri; l'état de faiblesse dans lequel il se trouve engage M. Ollier à différer toute intervention. L'appétit étant conservé, il est soumis à un régime tonique, reconstituant.

L'examen de la poitrine ne révèle aucune lésion pulmonaire.

L'avant-bras est fléchi à angle aigu sur le bras et forme avec ce dernier un angle de 75 à 80 centimètres environ. Le coude est déformé, augmenté de volume; le gonflement s'étend jusqu'à la partie moyenne de l'avant-bras, et remonte sur le bras à quatre travers de doigt au-dessus de l'interligne articulaire.

Le coude est tuméfié, la peau rouge, amincie, présente à la face externe de l'articulation une vaste plaie à grand diamètre vertical, ne mesurant pas moins de 6 à 7 centimètres d'étendue.

(1) Fin. — Voir les numéros des 6 et 11 novembre 1873.

Au centre, on aperçoit une surface bourgeonnante qui s'élève de quelques millimètres au-dessus de l'ulcération; un stylet introduit en ce point par un petit orifice fistuleux, pénètre directement dans l'article, après avoir traversé un tissu de fongosités.

Les mouvements volontaires de flexion et d'extension de l'avant-bras sur le bras sont impossibles; quant aux mouvements communiqués, ils sont très-peu douloureux.

Lorsqu'on meut l'articulation radio-cubitale en portant l'avant-bras dans la pronation, on croit voir rouler sous ses yeux la tête du radius, la masse bourgeonnante dont nous avons parlé devenant ainsi mobile et faisant à volonté hernie au milieu de la plaie.

A la partie antéro-interne du coude gauche se trouvent d'autres trajets fistuleux, conduisant également au milieu des surfaces auriculaires. Le gonflement des tissus ne permet pas de mesurer les os du membre malade.

Le membre a sensiblement la même longueur que celui du côté sain. Les menstruations étant prises de l'angle postérieur de l'abdomen à l'apophyse styloïde du cubitus, en passant sur le coude, on trouve à peu près la même longueur pour les deux membres : 474 millimètres.

Le 17 juin 1870, le malade, dont l'état général s'est notablement amélioré, est anesthésié avec l'éther et opéré.

M. Ollier fait son incision à la partie externe du membre, utilisant ainsi la plaie qui existe à ce niveau, puis il pratique, suivant son procédé, la résection sous-périostée du coude.

Il retranche 5 centimètres de l'humérus, en même temps qu'il retranche la tête du radius et 65 millimètres du cubitus, en tenant compte de la hauteur de l'olécrâne. Les os enlevés ont une structure feuilletée et sont atteints d'ostéite raréfiante; les surfaces articulaires sont en grande partie dépouillées de leurs cartilages, et dans les points où ils existent encore, on les détache très-facilement avec les doigts.

Après la destruction des fongosités par le fer rouge et le nitrate d'argent, l'avant-bras étant fléchi sur le bras à angle obtus, on applique un bandage silicaté. L'appareil une fois sec, on pratiqua une fenêtre au niveau de la plaie, que l'on pansa dès lors tous les deux ou trois jours avec des couches de coton imprégné d'huile phéniquée.

A partir du 20 juin, le malade commença à se lever et à se promener; la température rectale, qui ne dépassa pas 38 3/5, était devenue normale.

Le 26 juin, la plaie était bourgeonnante, granuleuse; le malade fut envoyé à l'hôpital de Longchêne, asile des convalescents, où il fit un séjour de deux mois.

Au moment de son retour, la plaie d'incision était complétement cicatrisée, mais il existait plusieurs trajets fistuleux en avant et sur les parties latérales du coude; il s'en écoulait, surtout lorsque le malade faisait des mouvements, quelques gouttes de sérosité purulente.

On sentait nettement deux saillies osseuses, dures, volumineuses, représentant l'épicondyle et l'épitrochlée. Ces masses, de nouvelle formation, apparaissant sous la peau ainsi que l'apophyse olécrânienne, frappaient, du reste, le regard.

Le malade commençant à exécuter lui-même des mouvements, le membre opéré prenant de la force, il quitta l'hôtel-dieu.

Lorsqu'il revint, en décembre 1871, on notait la persistance de plusieurs orifices fistuleux au niveau de l'articulation, les mouvements étaient, en outre, douloureux et très-limités.

La tubérosité externe (épicondyle nouveau) formait une masse osseuse, allongée, irrégulière, faisant saillie sous la peau amincie en même temps qu'elle gênait notablement les mouvements de flexion. La peau se tendait alors sur la pointe saillante de cette apophyse.

Cette reproduction osseuse exubérante menaçait de perforer la peau; elle apportait une gêne considérable aux mouvements de flexion; M. Ollier en fit la résection au mois de juin 1872.

Le malade endormi, il fit une incision le long de cette crête et reséqua 3 centimètres en longueur de la tubérosité externe. La lame osseuse enlevée a une épaisseur de 5 à 6 millimètres, elle mesure 3 centimètres de longueur dans son plus grand diamètre sur 2 cen-

timètres de largeur. La surface de section est oblique de dehors en dedans, pour conserver la partie interne de cette apophyse et ménager ainsi la solidité latérale de l'articulation.

Le membre fut laissé pendant quelques jours seulement dans un bandage silicaté; trois semaines après, la plaie était complétement cicatrisée et le malade retournait dans son pays.

Depuis un mois, il est de retour à l'hôtel-dieu.

Actuellement, l'articulation du coude opéré diffère peu à première vue de celle du coude sain, tous les trajets fistuleux sont cicatrisés, la région a repris sa forme habituelle. Les deux tubérosités de l'humérus sont très-marquées; elles représentent deux prolongements latéraux qu'on peut comparer à une mortaise, ce qui a fait dire à M. Ollier que l'articulation du coude reproduite ressemble à une articulation tibio-tarsienne.

L'apophyse olécrânienne, recourbée en crochet, est plus épaisse que l'olécrâne normal.

Les mensurations comparatives des deux membres donnent les chiffres suivants :

Membre opéré. — De l'angle postérieur de l'acromion à la pointe de la tubérosité externe : 30 centimètres; du point le plus saillant de l'olécrâne à l'apophyse styloïde du cubitus : 25 centimètres.

Membre sain. — Des mêmes points de repère : 30 et 25 centimètres.

Cependant l'égalité des humérus n'est qu'apparente, attendu que la pointe de la tubérosité est au-dessous de la ligne articulaire; tandis qu'à l'état normal, l'épicondyle est au-dessus de cette ligne.

Le malade se sert de son membre comme de celui du côté opposé. Il exécute facilement les mouvements de pronation et de supination; les mouvements antéro-postérieurs seuls ne sont point encore aussi étendus qu'ils le deviendront par l'exercice. Il faudra toujours, du reste, tenir compte de la rencontre du crochet olécrânien avec l'extrémité humérale. On ne trouve pas dans cette articulation nouvelle de mobilité latérale; c'est un ginglyme véritable qui s'est reconstitué.

Ajoutons, comme preuve de la solidité du coude opéré, que le malade soulève et porte facilement, le bras étendu, un poids de 10 kilogr.

Ces deux observations démontrent la supériorité de la résection sous-périostée au point de vue du rétablissement d'une véritable articulation. Avec l'opération ancienne, on avait des opérations mobiles, trop mobiles même, mais il n'y avait pas à proprement parler d'articulation. Une distance considérable existait entre les os de l'avant-bras et de l'humérus, il ne pouvait être question de solidité latérale. Le bras était plus ou moins flottant; il se fléchissait grâce à l'action du biceps, et retombait comme le disait Malgaigne, par le simple effet de la pesanteur. L'extension active était un mouvement passif, qui pouvait s'opérer lentement, il est vrai, mais uniquement par le relâchement graduel du biceps.

On a pu citer quelques cas exceptionnels où le résultat était satisfaisant; on avait alors enlevé seulement une petite portion d'os; mais dès qu'on enlève toutes les extrémités renflées qui composent l'articulation, la résection sous-périostée peut seule donner une articulation véritable.

RELATION DE TROIS OBSERVATIONS

DE FRACTURES DES MEMBRES INFÉRIEURS (CUISSE, ROTULE, JAMBE), TRAITÉES PAR L'APPLICATION DE LA BOÎTE-GOUTTIÈRE A SUSPENSION (1).

Par M. le docteur PHILIPPE (de Saint-Mandé)
Ancien médecin principal.

On peut inférer de la relation de ces trois cas de fractures, que la suspension rationnellement appliquée donne lieu à des résultats qu'on n'obtient pas généralement avec les moyens actuellement employés.

Ainsi, dans la fracture de rotule observée, on a pu s'assurer qu'au vingt et unième jour de l'application de mon appareil, le travail d'ossification a commencé à poindre : ce travail a débuté par le fragment inférieur, que, grâce au repos complet du membre obtenu par l'appareil, le cal osseux a gagné les bords latéraux des fragments, et plus tard le fragment supérieur.

Vers le cinquantième jour de son application, il ne restait plus qu'une distance de 1 centimètre entre les extrémités osseuses.

Vers le soixantième jour, un demi-centimètre seulement les séparait. (Le malade avait soixante-huit ans.)

A la sortie du malade, on n'observait plus qu'une fente de quelques millimètres de largeur, qui permettait le fonctionnement du membre, dont la solidité était conservée.

Cette lacune entre les fragments se comble avec le temps. Je puis citer deux personnes auxquelles j'ai appliqué l'appareil, un ébéniste et un tailleur, de Paris, chez lesquels l'ossification complète de la rotule brisée a eu lieu, pour le premier au bout de quatre mois, pour le second après six mois d'attente, ce qui ne les empêchait pas de très-bien marcher. Ce sont des résultats qui ne se sont jamais démentis.

Or l'on sait que les auteurs considèrent l'ossification comme tout à fait exceptionnelle; beaucoup de praticiens mêmes la croient impossible à obtenir. Dans les ouvrages classiques, on parle très-vaguement de la formation du cal osseux dans les fractures de rotule; je ne pense pas toutefois qu'on cite en détail un fait bien probant. Il y a, dans l'immense majorité des cas, interposition d'une substance fibro-celluleuse qui n'a aucune des propriétés du tissu osseux.

Un autre enseignement découle de cette observation : que c'est sous l'influence d'une profonde erreur que les chirurgiens s'ingénient à trouver les moyens propres à rapprocher les fragments d'une fracture de rotule : les puissantes contractions du droit antérieur de la cuisse; la rétraction du ligament rotulien sont des obstacles que ne peuvent surmonter nos faibles moyens de réunion. Ainsi, le fait que je discute en est une preuve évidente; l'emploi des bandages unissants, de la griffe de Malgaigne n'a amené aucun rapprochement des fragments; on pouvait voir, après qu'on l'eut retirée, que les deux petites plaies qu'elle avait produites étaient situées à un demi-centimètre au-dessus et au-dessous des deux fragments de la rotule; ces derniers étaient parfaitement appréciables par la présence de deux éminences très-saillantes qui se continuaient sans interruption avec une surface déprimée, légèrement concave, se développant au-dessous du niveau des deux fragments, et évidemment constituée par l'os de nouvelle formation qui avait la disposition scaphoïde.

La distance de ces deux saillies était de 2 centimètres, comme au premier jour de l'accident.

Il résulte de ces considérations, que la réduction d'une fracture de rotule étant presque impossible par les forces unissantes que nous connaissons, il faut chercher d'autres agents qui permettent à la nature d'opérer dans le calme et le repos le plus complets son évolution ostéogénique. Or, la suspension est le moyen le plus efficace qu'on puisse mettre en usage pour obtenir ce précieux résultat confirmé par trois faits sérieusement observés.

Il y aurait une autre application qu'il serait rationnel de faire de la boîte-gouttière, ce serait pour recevoir les membres auxquels on aurait pratiqué des résections soit ordinaires, soit sous-périostées.

(1) Fin. — Voir le numéro 125.

L'immobilisation, en effet, est indispensable au succès de ces opérations, à cause de la distance qui sépare les fragments et de leur mobilité excessive : la première condition les rapproche beaucoup des fractures de rotule ; je veux dire l'éloignement des extrémités osseuses. C'est surtout pour favoriser le travail plastique du périoste que cette immobilité serait utile.

L'appareil à suspension serait d'autant plus indiqué pour cette dernière destination, qu'il est parfaitement applicable aux fractures des membres supérieurs.

Ne serait-il pas rationnel, par analogie, de l'employer après les greffes animales, pour obtenir l'immobilité?

Dans la fracture de cuisse qui fait le sujet de la deuxième observation, on a pu remarquer que dès les premiers jours de l'application de l'appareil, la coaptation immédiate a mis les fragments en contact d'une manière permanente. Il n'y a plus eu de déplacement au bout du cinquième jour. La consolidation s'est opérée très-promptement, malgré la turbulence du malade, qui se livrait à des mouvements désordonnés dans son lit.

Vers le trente-troisième jour, elle était assez avancée pour que le blessé pût lever le membre dans la totalité, il n'y avait aucune séparation entre les fragments, qui étaient exactement en rapport.

Dès le quinzième jour, le travail d'ossification était démontré par le développement d'un cal très-volumineux.

Le vingt et unième jour, on a pu imprimer des mouvements au genou.

Le cinquante-troisième jour, le fracturé s'est levé et a marché avec des béquilles.

Le lendemain on l'évacuait sur l'Asile de Vincennes.

Le 24 novembre, je l'ai examiné de nouveau à l'Asile ; il marchait sans qu'on pût s'apercevoir d'aucun vice dans la progression.

Ce fait n'est pas le seul cas de fracture de cuisse que j'aie eu à traiter par la suspension ; je pourrais en citer deux autres : un de fracture sous-trochantérienne, à l'hôpital Saint-Antoine, chez le nommé Fajoz, en 1869, avec un succès complet ; un autre à Saint-Mandé, de fracture sus-condylienne, dont le résultat fut très-heureux.

La troisième observation de fracture de jambe a présenté aussi des circonstances particulières ; malgré la multiplicité des solutions de continuité, le travail de consolidation s'est opéré très-promptement : il était tellement avancé au vingt-huitième jour, que le malade a pu soulever son membre dans sa totalité au bout de cette période.

Le quarantième jour, on retirait l'appareil.

Le quarante-deuxième, le blessé se levait et marchait avec des béquilles : aucune déformation ne révélait l'existence des fractures ; les articulations du genou et du pied fonctionnaient normalement.

Les résultats exceptionnels que je viens de relater paraîtront difficiles à admettre, si l'on se place au point de vue des théories qui dominent pour le traitement des fractures. Ils deviennent, au contraire, très-explicables et très-naturels lorsqu'on fait abnégation de toute idée préconçue et qu'on étudie froidement, impartialement les effets de la suspension. Ainsi on peut se convaincre qu'en dirigeant son application avec discernement, le repos, l'immobilité du membre qu'on en obtient, parviennent à neutraliser l'action musculaire et à éviter par conséquent les déplacements. Si l'on a soin, dans les huit ou dix jours, de surveiller la marche de la fracture, de faire des manœuvres de réduction tous les deux jours ou même tous les jours, quand il y a tendance au déplacement, on arrive à provoquer l'affrontement exact et durable des extrémités osseuses, sauf à s'aider de la coaptation immédiate, lorsque la mobilité est excessive. La mobilité peut suffire seule.

Dans les cas de fractures compliquées, on parvient généralement à les convertir en fractures simples, et voici comment : avec les méthodes généralement employées, on est obligé de répondre immédiatement aux complications et de négliger d'abord le travail de consolidation ; les fragments abandonnés à eux-mêmes se séparent et blessent souvent les parties molles, ce qui retarde la marche favorable des accidents et entretient leur gravité. Avec l'appareil à suspension, au contraire, l'immobilité obtenue rétablit les rapports des fragments ; se trouvant en contact, ils ne deviennent plus une cause incessante d'irritation pour les parties environnantes : l'état morbide de celles-ci se simplifie, en même temps que la formation du cal osseux continue à s'opérer tranquillement.

Outre les observations qui font le sujet de ce travail, j'en possède encore vingt et une qui ont toujours été suivies d'heureux résultats ; soit aux membres supérieurs, soit aux membres inférieurs.

Je conclurai en disant que cette méthode est d'une simple et facile application ; qu'elle substitue les agents de douceur aux agents de force, qu'elle s'appuie sur la physiologie, en faisant une nouvelle étude de l'élément musculaire dans ses rapports avec l'immobilisation du membre fracturé ; qu'elle donne des résultats beaucoup plus sûrs, plus prompts et plus complets.

On objectera sans doute que des moyens aussi faibles en apparence que ceux que met en œuvre la suspension sont peu propres à surmonter les puissantes résistances fournies par les muscles ou d'autres agents.

Pour résoudre ces difficultés, il faut se placer à un point de vue nouveau, se dépouiller des impressions de l'école et avoir le courage d'expérimenter sans prévention.

C'est d'ailleurs une question de la plus haute gravité, qui mériterait une enquête sérieuse, car elle touche à un des problèmes les plus difficiles et les plus imparfaitement résolus de l'art chirurgical.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 11 novembre 1873. — Présidence de M. Depaul.

CORRESPONDANCE OFFICIELLE

M. le ministre de l'agriculture et du commerce transmet : 1° le compte rendu négatif des maladies épidémiques pour le département du Var ; 2° le compte rendu des maladies épidémiques qui ont régné, dans le département du Loir-et-Cher. (Commission des épidémies.)

CORRESPONDANCE NON OFFICIELLE

Elle comprend : 1° un pli cacheté déposé par M. le docteur Chairou (Accepté) ; 2° une lettre de M. le docteur Peter, qui se porte comme candidat dans la section de pathologie médicale ; 3° une lettre de M. Flandrin, pharmacien, qui signale à l'Académie la présence sur le marché d'une notable quantité d'opium de mauvaise qualité, et la nécessité pour les pharmaciens de contrôler plus exactement la qualité des produits qu'ils achètent ; 4° une lettre du chef du département militaire fédéral de la Suisse annonçant l'envoi de deux exemplaires du *Nouveau projet d'organisation du service sanitaire de l'armée fédérale ;* — 5° une lettre de M. le docteur Cazalas relative au choléra ; 6° un travail manuscrit intitulé : *Étude sur la métrite chronique et sur la médication thermale,* par M. le docteur Lacaze.

PRÉSENTATIONS

M. LARREY présente : 1° au nom de M. le docteur Moreau, une brochure sur l'hémorrhagie consécutive à l'extraction des dents ; 2° au nom de M. le docteur Guipon, un travail sur quelques modifications a apporter dans les *greffes épidermiques.*

M. ROGER, 1° au nom de M. le docteur Handvogel, une brochure ayant pour titre : *Traitement des affections du prépuce par l'orlatomie;* 2° au nom de M. le docteur Michel Peter, le premier volume des *Leçons de clinique médicale.*

M. DELPECH, au nom de M. le docteur Wecker, une brochure sur l'*Iridotomie.*

M. Delpech fait ensuite connaître la situation de l'épidémie cholérique. On voit, par le tableau suivant, que l'épidémie touche définitivement à son terme.

CHOLÉRA. — *Situation du 4 au 10 novembre :*

	Hôpit. civils.			Hôpit. milit.	A domicile.	Totaux
	Entrées.	Intér.	Décès.	Décès.	Décès.	par jour.
4 novem.	1	»	1	»	»	1
5 —	»	»	»	»	»	»
6 —	»	»	1	»	1	2
7 —	1	»	»	»	»	»
8 —	1	»	1	»	»	1
9 —	»	»	»	»	»	»
10 —	1	»	»	»	»	»
	4	»	3	»	1	4

L'ordre du jour appelle la suite de la discussion sur le choléra.

Suite de la discussion sur le choléra.

M. JOLLY ne veut laisser à personne le droit de penser qu'il a pu déserter le terrain sur lequel il est venu, il y a plus de quarante ans, apporter le premier résultat de ses études sur la pathogénie du choléra. Ses anciennes convictions n'ont point fléchi, les faits étant resté les mêmes; ce qui était vrai en 1832, en 1849, en 1865, est encore vrai à ses yeux en 1873.

M. Jolly entend répondre par cette simple réflexion à des insinuations qui se sont produites à cette tribune pour attribuer l'opinion qu'il défend à un reste de doctrine surannée ou à un prétendu libéralisme étranger à la science.

Il s'agit toujours, suivant M. Jolly, de savoir quelle part peuvent avoir isolément ou concurremment l'épidémie, la contagion et l'importation dans la génésie, le développement et la propagation du choléra, en vue de leur opposer des mesures d'hygiène publique et de police sanitaire.

Ici, M. Jolly entre dans la définition des mots épidémie et contagion, et montre toute la distance qui sépare la propriété contagieuse de la propriété épidémique et combien il importe, en pathogénie, de les distinguer comme deux faits qui peuvent être indépendants au double point de vue dogmatique et pratique.

La question d'origine et d'identité du choléra a-t-elle été plus heureuse, quand pour édifier le dogme de la contagion du choléra, elle a cru pouvoir en faire deux espèces distinctes, un choléra exotique et un choléra *nostras?* Il y a encore lieu d'en douter.

Est-il bien certain que le choléra épidémique ne puisse avoir d'autre origine qu'une origine indienne? Est-il prouvé qu'elle ne puisse avoir d'autre cause que le miasme du Gange, quand il a pu éclater spontanément dans plusieurs contrées de l'Europe?

L'origine indienne fût-elle bien authentiquement constatée, serait-elle pour cela une démonstration suffisante de sa propriété contagieuse? Elle ne prouverait pas non plus que le choléra ne puisse apparaître également à l'état sporadique et à l'état épidémique. Loin de là, toutes les grandes épidémies sont, elles-mêmes, d'origine exotique.

Que si le choléra dit asiatique est réellement contagieux, pourquoi donc le serait-il seulement dans la condition épidémique et non dans la condition sporadique, contrairement à toutes les épidémies contagieuses, qui toutes d'origine exotique, s'offrent également à l'état épidémique et sporadique et conservent leur type contagieux dans les deux cas?

Pour la commodité du dogme de la contagion, on a trouvé plus simple de supprimer les cas de choléra sporadique, comme ne devant pas appartenir à l'entité asiatique.

Qu'est-ce donc, après tout que l'importation? et quelle valeur scientifique peut-elle donc avoir dans la question? Ce mot est loin d'avoir le sens positif que lui assigne son origine.

Un fait d'observation domine, suivant M. Jolly, la propriété épidémique du choléra, c'est que, contrairement à la propriété contagieuse qui ne fait guère acception des lieux, mais plutôt des aptitudes individuelles, la propriété épidémique du choléra est frappée d'impuissance, si elle ne rencontre les conditions locales compatibles avec sa progression.

M. Jolly, étudiant la marche du choléra en 1832, montre sa progression attestant partout la puissance épidémique dans sa remarquable affinité pour les courants aqueux et s'affranchissant souvent des courants humains pour obéir à sa loi.

On voit, en outre, partout les lignes d'émigration du choléra s'interrompant, partout des localités préservées à côté d'autres impitoyablement frappées, quelles que soient d'ailleurs les relations incessantes établies entre elles.

En bonne logique, on exige, dit en terminant M. Jolly, pour la démonstration d'un principe ou d'une loi scientifique, des faits simples dans l'opposition de faits positifs à des faits négatifs. Or le choléra ne pouvait en offrir de simples dans une épidémie où vous prétendez vous-même que l'élément épidémique et contagieux se réunissent dans une étiologie complexe.

Où sont donc, après tout, ces prétendus faits positifs? M. Jolly les a envain cherchés partout et ne les a trouvés nulle part. Des expérimentations de toutes sortes n'ont pas donné de meilleurs résultats. Si l'on demande des témoignages plus positifs, nos adversaires, dit M. Jolly, ne nous répondent que par un seul mot, l'importation; mais ce n'est là qu'un mot, et la science ne peut se contenter de mots. Il y a loin du dogme de l'importation à une vérité scientifique bien démontrée. Bégin disait à cette tribune : Vous êtes loin de tenir la solution de la grave question de l'épidémie du choléra, et si, dans le doute où vous êtes, elle pouvait s'accréditer dans le monde, elle serait un plus grand malheur que le fléau lui-même.

La contagion, suivant M. Jolly, n'est encore nullement démontrée, et il pense que, dans le doute, on doit s'abstenir.

A quatre heures et demie, l'Académie se forme en comité secret pour entendre le rapport de M. Colin, au nom de la section de médecine vétérinaire, sur les candidats à la place vacante dans cette section.

VARIÉTÉS

Nélaton et son œuvre. — Ses éléments de pathologie chirurgicale (1).

Par M. le docteur PÉAN, chirurgien de l'hôpital Saint-Louis.

Le concert unanime d'éloges dont la mort de l'éminent chirurgien a été l'occasion peut se résumer ainsi. D'un commun accord, on lui a reconnu cet heureux ensemble de qualités merveilleusement combinées, et qui, secondées par un ardent amour pour l'étude de la chirurgie et une rare aptitude au travail, en ont fait, en quelques années, le plus parfait professeur et le plus accompli praticien. Mais presque aussi unanimement, la supériorité de l'homme rejetant en quelque sorte au second plan le mérite de l'écrivain, il semble que tous ses panégyristes aient méconnu son œuvre écrite, au point de répéter, presque tous, les uns après les autres, que, comme son maître Dupuytren, Nélaton mourait tout

(1) Le deuxième fascicule du troisième volume venait de paraître au moment où a succombé M. Nélaton. Malgré la mort de l'éminent chirurgien, les derniers volumes des *Éléments de pathologie chirurgicale* n'en continueront pas moins à être publiés par M. le docteur Péan.

entier, ne laissant après lui que le souvenir retentissant de son enseignement et de son incomparable élévation qui, de tous les degrés de la célébrité, l'a conduit jusqu'à la popularité.

Est-ce là une appréciation juste du vrai mérite de Nélaton et de ses titres à la postérité? Est-il vrai que ses œuvres écrites soient inférieures à sa réputation? Ne serait-il pas plus exact de dire qu'elles l'ont préparée, édifiée et qu'on y trouve à la fois le point de départ de sa brillante carrière et l'empreinte de toutes ces qualités que son enseignement et sa pratique ont si bien mises en relief?

Après un début qui suffisait déjà à le classer parmi les observateurs sérieux et les plus sagaces anatomo-pathologistes, sa thèse sur l'*affection tuberculeuse des os*, et des thèses de concours qui révèlent toutes une connaissance approfondie des diverses questions de chirurgie qui y étaient traitées, M. Nélaton est entré dans la voie des grands travaux didactiques par la publication de ses *Éléments de pathologie chirurgicale*. Les deux premiers volumes ont paru de 1844 à 1847, alors que Nélaton, n'étant encore qu'agrégé à la Faculté et n'ayant pu donner la mesure de ses aptitudes professorales qui devaient le grandir si rapidement plus tard, avait néanmoins acquis déjà, dans les services successifs qu'il avait occupés à l'hôpital Saint-Louis et à l'hôpital Saint-Antoine, la réputation légitime d'un chirurgien expérimenté, d'un opérateur habile et surtout d'un clinicien plein de sagacité.

Voici comment s'exprimait quelque temps après sur la valeur de cet ouvrage un critique aussi compétent en clinique qu'habile à manier la plume (1). Il s'agissait d'apprécier l'ouvrage au point de vue de son titre même, qui semblait impliquer l'idée d'un de ces résumés sans choix ni critique, destinés à donner à des élèves une notion sommaire de chacun des sujets qui y sont traités. Aucun de ceux qui le connaissent, dit le critique, n'aurait pu prêter à M. Nélaton une pareille pensée : faire un livre profitable à tous, c'est ce qu'exprime le mot élément, et cette intention, modestement annoncée en tête d'une publication aussi considérable de toutes manières que l'est celle-ci, doit d'abord attirer l'attention. Et le critique, en signalant, dans cet ouvrage, l'absence de ces redites fastidieuses, de ces théories surannées cent fois répétées, de ces banalités historiques qui se retrouvent à peu près invariablement dans chaque publication classique nouvelle, félicite l'auteur de ces lacunes volontaires qui lui ont permis de donner à chaque chose utile la place qui lui convient.

Une autre remarque du critique aide à comprendre comment l'auteur a pu rester élémentaire au point de vue des proportions du livre, tout en demeurant, au fond, aussi complet qu'aucun de ses devanciers. Il en trouve le secret dans la concision de la rédaction et dans la sobriété du style, dépourvu de toute emphase et de toute prétention. Qu'on n'y cherche, dit-il, ni tirades obligées, ni morceau à effet; les moyens sont à la hauteur du but; jamais de développements oratoires; chaque mot porte un sens, chaque phrase une idée. Le lecteur y trouve un guide qui lui présente la vérité dans sa nudité classique. Et plus loin il ajoute : Si la critique consent parfois à renier toute personnalité pour des œuvres de pure compilation, à les faire comparaître devant le lecteur par simple voie d'échantillon, elle ne saurait accepter ce rôle quand elle rencontre à chaque page la trace de méditations scrupuleuses, quand l'intervention continuelle d'un esprit qui ne se contente pas du jugement des autres, stimule, par réciprocité, son instinct d'appréciation et de contrôle.

Si de cette partie du jugement, qui porte principalement sur la forme et la contexture du livre, nous passions à celle qui touche au fond, nous verrions son auteur poursuivant l'analyse de ce livre chapitre par chapitre, s'arrêter à chaque instant et faire ressortir aux yeux du lecteur l'équité et la justice de toutes les appréciations et de tous les jugements de M. Nélaton sur chacun des sujets qu'il traite. Aussi résume-t-il ainsi sa propre appréciation générale : « Ce caractère froid, mais positif, qui prend tout au sérieux, dont le sens intelligent renonce souvent au charme de la diction, résiste à l'occasion de lancer un trait pour rester calme et grave dans ses attributions d'arbitre, fait l'un des principaux mérites du livre. »

(1) Diday, *Gaz. méd.*, 1848.

Telle était l'opinion d'un des juges les plus compétents sur les premiers volumes de l'œuvre de Nélaton, alors que le jugement ne pouvait être ni suspecté de flatterie, ni ébloui, ni influencé par le prestige d'une réputation et d'une situation qui n'étaient encore qu'en germe.

Si, à plus de douze ans de distance, on rapproche cette appréciation de celle qui a été faite après la publication des derniers volumes, on retrouve sinon le même langage, du moins le même esprit et la même impression générale (1).

Entouré dès son début de la popularité la plus flatteuse et la mieux justifiée, dit ce second juge, placé immédiatement au premier rang de nos livres classiques par le suffrage de tous les hommes compétents, l'ouvrage de M. Nélaton avait subi des retards qui provoquaient l'impatience des élèves, la valeur de ce qui avait paru leur donnant la mesure de ce qui restait à paraître.

Il s'était passé dans cet intervalle un fait important dans l'histoire de cet ouvrage. Il fallait suffire à la fois à un enseignement non interrompu et dont le succès même augmentait les charges, aux exigences toujours croissantes d'une pratique qui s'étendait de plus en plus tous les jours et satisfaire la légitime impatience d'un public alléché par le commencement de l'œuvre; tâche d'autant plus difficile que l'activité chirurgicale prodigieuse de cette époque, accumulant incessamment les faits nouveaux, que les discussions scientifiques entraînant souvent après elles des changements dans les vues et les théories et ouvrant parfois des horizons nouveaux aux recherches, il en résultait l'obligation, rien que pour se tenir au courant du mouvement scientifique, d'un labeur déjà considérable par lui-même et difficile à concilier avec de si nombreux devoirs. C'est ce qui détermina M. Nélaton à s'associer désormais des collaborateurs. On sait la part qu'a eue Jamain dans la publication des deux derniers volumes de la première édition et du premier volume de la seconde, et celle qui nous a été dévolue pour les volumes suivants.

Est-ce à dire que M. Nélaton, à dater de ce moment, soit resté étranger à la suite de la publication de l'œuvre qui continuait à porter son nom et que, désormais inactif, il se soit reposé uniquement sur ses collaborateurs du soin de sa rédaction, se désintéressant aussi légèrement de la responsabilité que de l'honneur qui lui en revenait? Poursuivant activement dans son service de la clinique comme dans sa clientèle privée et dans son immense consultation, son système d'observation toujours marqué au double cachet de la précision scientifique et de l'utilité pratique, ce qui a été comme l'habitude et le besoin de toute sa vie, M. Nélaton a enrichi depuis la pathologie chirurgicale et la médecine opératoire d'une foule d'idées, de faits et de procédés dont sa publication devait elle-même bénéficier plus tard.

(*A suivre.*)

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Nous appelons l'attention des élèves en médecine sur la fondation du prix de l'Enseignement libre. Voici en quels termes M. le docteur Fort, auquel on doit ce prix, formule les conditions du concours :

Prix de l'Enseignement libre. — Prix Fort (500 francs).

Dans le but de stimuler l'ardeur de nos élèves dans l'étude de l'anatomie, nous instituons le *prix Fort*, qui consiste en une médaille de vermeil de la valeur de 100 francs et une somme de 400 francs.

Ce prix sera accordé à la suite d'un concours d'anatomie.

Le concours aura lieu tous les ans, le 15 mars. Le prix sera donné pour la première fois en mars 1874. On s'inscrira pour ce concours

(1) Ollier, *Gazette hebdomadaire*, 1860.

à l'amphithéâtre de la rue Antoine-Dubois, n° 2, à partir du 1er mars, à midi précis.

Les élèves admis à concourir seront :

1° Tous les élèves de notre cours particulier n'ayant pas encore subi leur premier examen de doctorat;

2° Un nombre égal d'élèves ne faisant pas partie de nos cours, se trouvant, du reste, dans les mêmes conditions et ayant disséqué pendant l'hiver dans l'un des pavillons de l'École pratique. (Les premiers élèves inscrits seront seuls admis.)

Ne sont pas admis au concours les élèves qui auront déjà suivi plus d'une fois notre cours particulier, ceux qui se seront fait inscrire au cours après le mois de novembre, ceux qui ont obtenu un prix quelconque, ainsi que les internes des hôpitaux.

Les questions, traitées en une seule composition écrite, seront au nombre de deux, choisies parmi 50 questions, ainsi réparties : 10 de structure, 15 d'anatomie descriptive, 10 de régions, 5 d'anatomie générale, 5 de physiologie, 3 d'embryologie, 2 de préparations anatomiques consistant en injections diverses, dissections et autres modes de préparations.

Les copies ne seront pas signées. Le candidat mettra son nom sous enveloppe, avec un signe particulier répété sur la copie et sur l'enveloppe; il fixera l'enveloppe à sa copie.

Aucune enveloppe ne sera ouverte avant que les compositions ne soient jugées.

Tout candidat qui fera la moindre tentative pour se faire connaître, même par une simple visite à l'un des juges, sera irrévocablement exclu.

Les copies seront examinées par quatre juges, dont trois au moins seront internes des hôpitaux.

Si l'on hésite entre deux candidats, le jury pourra leur faire subir une épreuve supplémentaire.

Au moment où ils se feront inscrire, les élèves doivent remettre leur adresse, leur feuille d'inscription, et une petite note qui indique qu'ils se trouvent dans les conditions du programme.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Traité théorique et pratique d'hydrothérapie, comprenant les applications de la méthode hydrothérapique au traitement des maladies nerveuses et des maladies chroniques, par le docteur BENI-BARDÉ, médecin en chef de l'établissement hydrothérapique d'Auteuil, lauréat de l'Académie de médecine, membre de la Société d'hydrologie. — 1 vol. gr. in-8° compacte avec figures dans le texte. Prix : 16 francs. — Paris, G. Masson.

Le Directeur : Dr E. LE SOURD.

Paris.— Typographie A. POUGIN, quai Voltaire, 13.

N° 132. — SAMEDI 15 NOVEMBRE 1873. 46e ANNEE. SAMEDI 15 NOVEMBRE 1873. — N° 132.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Bureaux : 57, rue des Saints-Pères, 57
PRÈS L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix d'abonnement
doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

On s'abonne hors de Paris
dans les bureaux des Messageries et chez les Libraires
Les lettres non affranchies sont refusées.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui n'en peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS
Trois mois. . 8 fr. 50 c.
Six mois. . . 16 —
Un an. . . . 30 —

POUR L'ÉTRANGER le port en sus suivant les derniers tarifs des Postes.

REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE

Ouverture des cours de clinique.

Clinique de M. Sée.

M. le professeur Sée a ouvert ses leçons, à la Charité, lundi 10 octobre, dans l'amphithéâtre de M. Gosselin, devant un public de médecins et d'élèves, dont un grand nombre n'ont pu pénétrer jusque dans l'amphithéâtre et ont dû se contenter d'écouter dans les couloirs. Comme l'année dernière, M. Sée se propose de faire deux leçons par semaine, le lundi et le vendredi, et de réserver le mercredi soit à M. Cornil, soit à M. Lépine, soit à M. Daremberg, dont le rôle, comme on sait, consiste à compléter les leçons du professeur par des données anatomo-pathologiques, physiologiques ou chimiques, se rapportant directement à la clinique.

L'année dernière M. Sée avait consacré une partie de ses leçons à l'étude des maladies du cœur ; cette année il se propose de passer en revue les affections du système nerveux et surtout de l'axe cérébro-spinal. Il a déjà commencé lundi l'étude de l'ataxie locomotrice.

Cette maladie, comme l'a fait observer M. Sée, n'a guère été étudiée jusqu'ici que par les physiologistes d'une part et les anatomo-pathologistes d'autre part. Tout en rendant pleinement justice aux importants travaux de MM. Duchenne (de Boulogne) et Jaccoud, et aux savantes recherches de MM. Charcot et Vulpian sur cette question de pathologie, M. Sée pense que l'ataxie locomotrice n'a pas encore été suffisamment étudiée au point de vue clinique. MM. Charcot et Vulpian, tout en ayant fait faire à cette question des progrès considérables, semblent parfois oublier, dit M. Sée, qu'ils sont à la Salpêtrière, où il n'y a pour ainsi dire que des déchets, des maladies arrivées à l'incurabilité. D'un autre côté, les études faites à l'hôpital, d'une façon générale, ne sont pas encore suffisantes pour connaître certaines affections dans leur ensemble, dans toutes les phases de leur évolution. Seul le clinicien, doublé du praticien de la ville, peut assister à l'évolution complète de ces affections et les observer à l'état embryonnaire, suivant l'heureuse expression de M. Sée. C'est pourquoi il se propose de joindre aux travaux qu'il vient de citer, et qui, quoique très-importants, sont encore incomplets, le fruit de sa double expérience de clinicien et de praticien.

Une pareille étude, faite dans de semblables conditions, ne peut manquer d'offrir le plus grand intérêt, intérêt tout à la fois scientifique et pratique. Nous ne pouvons donc, en terminant, qu'exprimer le regret que l'amphithéâtre de la Charité ne contienne pas plus de places, et que l'administration de l'Assistance publique n'ait pu mettre à la disposition du service de clinique, comme l'avait demandé M. Sée, un laboratoire suffisant pour donner à ses aides toutes facilités d'apporter à l'enseignement clinique le tribut de leur savoir et de leurs recherches.

Clinique de M. Béhier.

Le cours de clinique de M. le professeur Béhier a commencé mercredi 12, dans le grand amphithéâtre de l'Hôtel-Dieu, qui était comble, ainsi que l'enceinte réservée.

M. Béhier, présumant avec raison que ses principes et ses opinions étaient suffisamment connus de son auditoire, n'a pas pensé qu'il fût nécessaire d'en faire de nouveau une exposition, et après quelques exhortations à ses élèves sur l'utilité de recueillir des observations exactes et complètes, véritable méthode expérimentale du clinicien, il est entré en matière en prenant pour sujet de sa première leçon l'un des cas de fièvre typhoïde dont le service a présenté depuis quelque temps et présente encore en ce moment d'assez nombreux exemples.

A l'occasion d'une jeune fille atteinte d'une fièvre typhoïde à son second septenaire et dont la symptomatologie présentait quelques lacunes, entre autres l'absence de taches, absence de dicrotisme du pouls, M. Béhier a fait ressortir toute l'importance que prend dans les cas douteux la considération de la température, qui résout d'une manière presque certaine la question.

Nous ne ferons pas l'injure à nos lecteurs de supposer qu'ils ignorent les belles et nombreuses recherches qui ont été faites depuis quelques années sur la température morbide. Il nous suffirait au besoin de leur rappeler les nombreux articles publiés à ce sujet dans ce journal même, dans ces trois dernières années.

M. Béhier a résumé, avec cette netteté et cette verve incisive qui lui est propre, les principaux résultats des recherches de Wunderlich sur ce sujet, particulièrement en ce qui concerne la fièvre typhoïde. Ce n'était pas une petite tâche que de mettre de l'ordre, de la méthode et de la clarté dans l'exposé de ces laborieuses et compendieuses recherches, qui ne brillent pas toutes par l'excès de ces qualités. Nous n'avons pas besoin de dire à tous ceux qui connaissent le professeur de clinique de l'Hôtel-Dieu comment il s'en est acquitté.

L'intérêt principal de cet exposé, à nos yeux, a été dans le rapide aperçu que M. Béhier a consacré à l'étude des exceptions, à cette marche de la température chez les sujets atteints de fièvre typhoïde, si bien décrite par Wunderlich. Frappé, comme l'avaient été déjà plusieurs observateurs avant lui, de la diminution qui survient parfois pendant la période d'état de la fièvre typhoïde, diminution qui, à des yeux peu attentifs, pourrait faire croire à une amélioration qui ne serait point réelle, et qui, au premier abord, lui avait paru constituer une exception inexplicable, M. Béhier n'a pas tardé à s'en rendre compte par l'influence exercée sur la température par les médications mises en usage. Le fait inverse, c'est-à-dire une augmentation brusque et imprévue de la température survenant pendant la période de défervescence ou même pendant la convalescence, lui a paru pouvoir être rattaché, avec tout autant de raison, à des influences morales, aux émotions qui se produisent si souvent au déclin de la maladie, à l'occasion de la visite d'un parent ou d'un ami, par exemple, ou bien à des écarts relatifs de régime si communs dans ces conditions.

Cette dernière partie surtout de la leçon de M. Béhier nous a paru assez intéressante et assez instructive pour nous engager à en recueillir et à en publier prochainement les principaux éléments.

Des cas dans lesquels une syphilis ancienne doit être considérée comme un obstacle au mariage.

Qu'on nous permette, avant de nous laisser envahir par les sujets nombreux que vont probablement nous fournir incessamment les cours et exercices cliniques ouverts aujourd'hui dans tous les hôpitaux, de nous arrêter un instant sur une question de pratique d'une grande importance, sur laquelle les praticiens et les élèves en médecine n'ont que de très-rares occasions de pouvoir se fixer dans l'enseignement clinique nosocomial. Il est peu de médecins qui, dès le début de leur carrière, ne se soient trouvés à même d'avoir à répondre à cette question posée à brûle pourpoint par un de ces trop nombreux aspirants au mariage, dont les antécédents n'ont pas toujours été exempts de vicissitudes : Docteur, puis-je me marier sans crainte? — Qui ne voit de suite, à l'énoncé seul de cette question, de quels embarras l'esprit du praticien peut se trouver assailli. Pénétré de toute l'importance de l'acte sur l'opportunité duquel il s'agit de se prononcer, l'usage et l'intérêt du mariage, comme le dit Montaigne, touchant notre race bien loin par delà nous, et initié depuis longues années à tous les mystères et à toutes les secrètes difficultés de la syphilis, M. le docteur Ed. Langlebert s'est proposé, dans un petit volume que nous avons sous les yeux (1), de résumer tout ce que l'expérience collective de tous les syphiliographes et son expérience personnelle ont pu lui apprendre sur ce point délicat.

L'énoncé seul des questions subsidiaires que renferme implicitement cette première question, simple et catégorique en apparence, suffirait au besoin pour en montrer toutes les difficultés réelles.

« Supposons, dit M. Langlebert, que le médecin consulté soit de ceux qui ne croient pas à la curabilité de la syphilis, et par suite, à la possibilité d'en prévenir jamais les récidives. Devra-t-il, obéissant à l'inflexible logique, éloigner du mariage tout individu qui en a été atteint?...

« Supposons, au contraire, que le médecin, trop confiant dans le pouvoir de la thérapeutique, permette le mariage sans avoir examiné et calculé longuement les probabilités pour ou contre un retour possible de la maladie.... à quels chagrins, à quels amers et inutiles regrets n'expose-t-il pas son malheureux client?

« Mais il peut arriver, et il n'arrive que trop souvent que le médecin ne soit consulté qu'après la conclusion du mariage, ou bien quand l'un des deux époux a depuis contracté la syphilis. Ici surgissent encore de nouvelles et importantes questions : les précautions à indiquer pour empêcher la maladie de se transmettre de l'un à l'autre des deux époux; ce qu'il convient de faire pour en préserver les enfants à venir, etc., etc. »

Le concours d'un homme compétent en ces matières n'est pas de trop pour nous aider à nous reconnaître et à nous débrouiller dans ce dédale. C'est, comme nous l'avons dit, la tâche que s'est imposée notre confrère. Voici la voie qu'il nous trace.

La question générale se décompose en six questions secondaires : 1° un individu, homme ou femme, jusqu'ici indemne de tout antécédent syphilitique, porte actuellement un ou plusieurs chancres offrant les caractères du chancre simple non infectant. Il demande s'il pourra se marier, et à quelle époque le mariage lui sera permis.

2° Un individu a eu, il y a six mois, ou à une époque plus éloignée, un ou plusieurs chancres dont il ne peut préciser la nature, et pour lesquels il a suivi pendant quelque temps un traitement mercuriel. Même question.

3° Un homme est actuellement atteint d'un écoulement uréthral chronique, suintement muqueux, prostatorrhée, goutte militaire, avec ou sans engorgement des épididymes. Même question.

4° Un individu est atteint d'un chancre bien et dûment infectant, lequel sera, est ou a été suivi d'accidents secondaires ou tertiaires. Même question.

5° Un homme se marie après avoir eu la syphilis, mais à une époque assez éloignée pour lui permettre d'espérer que de nouveaux symptômes ne se reproduiront plus. Qu'a-t-il à craindre pour ses enfants à venir?

6° Un individu se marie ayant encore des symptômes syphilitiques apparents ou contracte la syphilis après son mariage. Que doit-il faire pour éviter ou, du moins, pour atténuer autant que possible les conséquences de sa faute?

Voici les réponses de M. Langlebert pour chacune de ces questions :

1° Lorsque, à la suite d'un chancre quelconque, six mois se passent sans qu'aucun accident constitutionnel se manifeste, on peut être certain que le malade n'a pas subi l'infection générale.

On peut donc ajourner toute décision à six mois, à dater du moment où le chancre sera complétement cicatrisé, en signalant toutefois à l'intéressé les symptômes qui pourraient se montrer dans cet intervalle et en lui recommandant de s'examiner attentivement tous les jours.

2° La seconde question n'est pas susceptible d'une réponse aussi nette. Ici, une foule de points de détails qui s'y rattachent ont besoin d'être examinés et précisés avant de pouvoir la formuler. Il s'agit, par exemple, de déterminer l'époque où les accidents se sont produits; de savoir, s'il n'y a eu qu'un seul chancre ou s'il y en a eu plusieurs, et, dans ce dernier cas, s'ils existaient simultanément ou s'ils se sont montrés à des époques différentes; quels étaient leur siége, leur forme, leur dimension; quel temps s'est écoulé entre leur apparition et le moment pro-

(1) *La syphilis dans ses rapports avec le mariage*, par M. le docteur E. Langlebert. — 1 vol. in-12, 1873.

bable où ils ont été contractés; s'ils étaient mous ou indurés; ce qui s'est passé dans les ganglions voisins du chancre; si les tumeurs ganglionnaires, au cas où il y en ait eu, ont ou non suppuré; combien de temps le chancre ou les chancres ont duré; quel a été le traitement suivi, etc., etc. Ce n'est qu'après s'être éclairé sur tous ces points, que le médecin pourra se prononcer, autorisant le mariage après six mois de guérison du ou des chancres, si l'exploration et l'interrogatoire l'ont conduit à la négative sur tous les points de son diagnostic rétrospectif de la syphilis constitutionnelle, ajournant la solution, dans le cas contraire et en la subordonnant au résultat des moyens curatifs et des mesures hygiéniques qui auront dû être prescrits en pareil cas.

La réponse à la troisième question repose sur la distinction à établir entre les écoulements contagieux et ceux qui ont cessé de l'être. Il ne peut être question ici que d'une blennorrhée chronique, car on ne peut pas soupçonner à un individu atteint d'une blennorrhagie aiguë, l'intention de se marier dans cette condition. Pour l'écoulement chronique, il y a deux cas distincts à prendre en considération, celui d'un simple suintement muqueux provenant, soit des glandules de l'urèthre, soit des glandes de Cowper ou de la prostate, et le cas de l'uréthrite chronique ou vulgairement goutte militaire. Les suintements muqueux du premier ordre n'ayant rien de contagieux mettent en quelque sorte leurs porteurs hors de cause. Il n'en est pas de même de l'écoulement désigné sous le nom de goutte militaire, consistant dans l'émission de temps à autre d'une goutte purulente qui est contagieuse au même titre que l'écoulement de l'uréthrite aiguë. Ici il faut faire opposition.

Quant à l'épididymite blennorrhagique, qui est une des complications ou un des effets consécutifs de la blennorrhagie uréthrale aiguë ou chronique, si elle ne peut avoir, au point de vue du mariage, aucun inconvénient comme transmission, elle en a un sérieux pour son but final, sur lequel il serait superflu d'insister ici.

Nous renvoyons l'examen des autres questions à la Revue prochaine.

Dr Brochin.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 8 octobre 1873. — Présidence de M. Trélat.

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

CORRESPONDANCE

La correspondance comprend :

La *Gazette des Hôpitaux;* — l'*Union médicale;* — la *Gazette hebdomadaire;* — la *Gazette obstétricale;* — le *Progrès médical;* — la *Tribune médicale;* — le *Mouvement médical;* — la *France médicale;* — le *Bulletin général de thérapeutique;* — la *Gazette médicale de Strasbourg;* — le *Bordeaux médical;* — le *Compte rendu des travaux de la Société des sciences médicales de l'arrondissement de Gannat.* — Les *Mémoires de la Société de médecine de Nancy;* — le *Marseille médical.*

M. Pamard (d'Avignon) adresse une observation manuscrite intitulée : *Polype naso-pharyngien, ablution après la résection sous-périostée du maxillaire supérieur* (Commission : M. Magitot, Després, Duplay).

M. Verneuil communique de la part du docteur Gayat (de Lyon), un travail manuscrit intitulé : *Résultat de quatorze expériences relatives à la régénération du cristallin des lapins* (Renvoi à la commission déjà nommée).

De la part du même auteur, les travaux imprimés suivants : *Essais de la mensuration de l'orbite;* — *De l'eczéma des paupières;* — *De la fistule artificielle et de la trépanation de la cornée.*

M. Larrey offre, de la part du docteur René Briau : *Le Serment d'Hippocrate et la lithotomie.*

Suite de la discussion sur le traitement des tumeurs érectiles.

M. Depaul. Chargé pendant une quinzaine d'années du service de la vaccine à l'Académie, j'ai pu observer un très-grand nombre d'enfants atteints de tumeurs érectiles. Comme certains de mes collègues, je pense qu'il faut établir, au point de vue du traitement par la vaccination, une différence radicale entre les taches et les tumeurs érectiles. Les taches, on les observe sur presque tous les enfants nouveau-nés, et de préférence au front, aux paupières. Il ne faut pas toucher à ces taches, elles disparaissent d'elles-mêmes. Quant aux tumeurs, qu'il est facile de distinguer des simples taches, c'est différent, il faut les opérer. J'ai opéré par la vaccination un grand nombre d'enfants atteints de tumeurs érectiles, cent cinquante peut-être. J'ai guéri de ces tumeurs siégeant aux paupières, aux lèvres, sous la peau et sous la muqueuse, sur le crâne, au niveau des sutures, des fontanelles.

Mais la vaccination est-elle susceptible de guérir toutes les tumeurs érectiles? Je ne le crois pas. Dans quelle mesure les guérit-elle? c'est assez difficile à bien préciser; je dirai cependant : si une tumeur érectile a la largeur d'une pièce de 1 franc, la vaccination la guérira presque à coup sûr; elle ne la guérira presque jamais si la tumeur a l'étendue d'une pièce de 2 francs, et jamais si elle offre une plus grande dimension.

La manière d'opérer varie : les uns piquent la tumeur à son sommet, d'autres la cernent à sa base. Quant à moi, je crible la tumeur de piqûres, j'en fais dix ou douze sur une surface ayant la largeur d'une pièce de 1 franc. Je ne crains pas de faire ces piqûres profondes, de traverser quelquefois la tumeur de part en part, et je n'ai jamais observé la moindre hémorrhagie. La vaccination sur les tumeurs érectiles est donc un précieux moyen de traitement, notamment à la face.

M. Trélat partage en grande partie l'opinion de M. Depaul; cependant, il ne croit pas que les taches érectiles disparaissent toujours. Certaines d'entre elles peuvent être le point de départ de véritables tumeurs érectiles, arrivant à un grand volume et à une époque incertaine. Ces taches doivent donc être l'objet d'une surveillance incessante. Quant au *modus faciendi*, M. Trélat préfère la piqûre superficielle à l'introduction des aiguilles.

M. Chassaignac fait observer que cette question du traitement des tumeurs érectiles par la vaccination est complexe et qu'elle n'a pas été suffisamment approfondie. La pustulation régulière est par elle-même impuissante à amener la guérison. D'autre part, on ne peut considérer comme appartenant à la même méthode l'introduction d'aiguilles, de fils imprégnés de vaccin au sein des tissus. C'est donc un sujet qui reste à l'étude.

M. Després. Les procédés de vaccination différents, tels que vaccine simple ou séton chargé de vaccin, ne sont pas indistinctement applicables à toutes les tumeurs érectiles. M. Nélaton, lorsqu'il employait les sétons chargés de vaccin, ne les employait que pour les grosses tumeurs érectiles, et il voulait alors combiner les effets du séton avec ceux de la vaccination.

LECTURE

M. Faucon (d'Amiens) lit un travail intitulé : *Note sur deux opérations de cataracte.* (Renvoyé à une commission composée de MM. Panas, Duplay, Giraud-Teulon.)

COMMUNICATION

Nécrose phosphorée. — M. Tillaux fait la communication suivante, à propos d'un cas de nécrose phosphorée du maxillaire inférieur :

La nécrose phosphorée, que certains auteurs appellent encore périostite phosphorée, à tort suivant nous, qui pensons que la ma-

ladie débute dans le tissu osseux lui-même ; la nécrose phosphorée est assez rare, et le fait suivant est suffisamment remarquable pour que nous ayons cru pouvoir en entretenir la Société. Ce fait nous a paru intéressant surtout au point de vue de l'anatomie pathologique, de la disposition des parties mortes et vivantes de l'os, et au point de vue de la médecine opératoire.

Voici d'abord l'histoire du malade :

C... (Jules) commença dès l'âge de dix ans à travailler dans une fabrique d'allumettes chimiques. Il cessa à seize ans. Il reprit dans la même industrie le métier de trempeur à l'âge de dix-huit ans et le continua jusqu'à vingt-trois ans. Il interrompit pendant quatre mois en 1871 et reprit sa profession du 1er juin 1871 jusqu'au 20 janvier 1872.

Lorsque C... fut soumis à notre observation, il avait vingt-quatre ans. Sur ces vingt-quatre années, douze avaient donc été employées à travailler dans la fabrication des allumettes chimiques.

Il quitta sa profession le 20 janvier 1872, sans présenter la moindre trace apparente de la maladie, étant à cette époque, au contraire, très-robuste; ce n'est que quatre mois plus tard qu'il en ressentit les premières atteintes.

La maladie débuta au mois de mai 1872, par une douleur qui fut considérée comme une simple odontalgie ; elle siégeait au niveau des grosses molaires droites.

Le malade se rendit à la consultation de l'hôpital Saint-Louis, où la molaire qu'il désigna fut arrachée. On constata que la couronne de la dent était intacte, mais que la racine était noire dans toute son étendue.

Le malade ne fut pas soulagé par cette avulsion ; au contraire, il survint un gonflement considérable des gencives et de la joue correspondante, ce qui l'engagea à entrer à l'hôpital Saint-Louis, dans notre service.

C... travaillait à ce moment dans l'usine à gaz ; aussi notre attention ne fut-elle nullement portée du côté de la nécrose phosphorée. Nous pensâmes qu'une fracture de l'alvéole avait été produite à la consultation par un élève inexpérimenté et qu'il en était résulté une ostéo-périostite. L'ouverture d'un petit abcès de la gencive amena une diminution notable du gonflement et de la douleur.

Mais ces mêmes symptômes ne tardèrent pas à reparaître avec une intensité plus grande. Le gonflement, limité d'abord à l'angle droit du maxillaire inférieur, s'étendait vers la ligne médiane, et les douleurs s'irradiaient au loin. En même temps, un abcès ne tardait pas à se manifester au niveau de cet angle. Après l'ouverture de l'abcès, nous trouvâmes l'os dénudé et donnant au stylet la sensation d'un os nécrosé. Revenant alors sur notre premier interrogatoire, nous apprîmes cette circonstance capitale, à laquelle le malade n'attachait, bien entendu, aucune importance, c'est qu'il avait pendant douze ans travaillé à la fabrication des allumettes chimiques; nous avions donc assisté au début d'une nécrose phosphorée.

La nécrose poursuivit dès lors sa marche envahissante vers la ligne médiane. La suppuration était très-abondante et les forces du malade déclinaient. Cependant, le 1er novembre, c'est-à-dire cinq mois environ après son entrée à Saint-Louis, C..., se sentant un peu mieux, voulut quitter l'hôpital. A ce moment, il existait une large fistule au niveau de l'angle droit de la mâchoire inférieure, et la nécrose avait envahi une bonne partie de la moitié droite du maxillaire.

Le malade revient sept mois plus tard nous retrouver à l'hôpital Lariboisière, où il entre le 3 juin 1873. Le mal s'est considérablement aggravé. Le maxillaire inférieur, dans sa totalité, est augmenté de volume. Cette hypertrophie est régulière et uniforme. Il existe quatre trajets fistuleux le long du bord inférieur de la mâchoire. Au fond de ces trajets on trouve un séquestre. Ce séquestre est absolument immobile. La suppuration est très-abondante. Du côté de la bouche, les dents sont ébranlées, mais elles persistent. La gencive, un peu épaissie, est intacte, et on n'aperçoit pas trace du séquestre sur le bord alvéolaire de la mâchoire. Le malade a maigri, cependant son état général est satisfaisant.

Devant l'immobilité absolue des séquestres, je m'abstins d'opérer, et j'attendis cette mobilisation. Mais aucun changement local ne s'effectuait, et le malade s'épuisait par une suppuration si prolongée. Cependant je ne pouvais me résoudre à tenter une grave opération sans avoir la certitude de la mener à bonne fin. J'étais fort embarrassé. Sur ces entrefaites, le malade fut pris d'une diarrhée intense et rebelle à laquelle n'était sans doute pas étrangère la présence du choléra dans l'hôpital. Ses forces tombèrent complétement en quelques jours, et il mourut le 27 septembre, c'est-à-dire seize mois environ après le début de la maladie.

Voici la pièce. Elle est très-remarquable à plusieurs points de vue, au point de vue de la réparation osseuse d'abord. Cette réparation est à peu près complète. D'un condyle à l'autre, l'os ancien est enveloppé par l'os nouveau comme dans une gaîne. On trouve seulement de place en place les cloaques destinés au libre écoulement du pus.

Les deux os, l'ancien et le nouveau, sont emboîtés l'un dans l'autre comme deux cornets, en sorte que l'os mort, environné de toute part comme d'une coque par l'os nouveau, est absolument immobile. Or, ce n'est pas ce qu'on observe ordinairement dans la nécrose de la mâchoire inférieure. Généralement, le périoste décollé se rétracte, abandonne le bord alvéolaire pour gagner le bord inférieur, où il constitue une sorte de bride fibreuse qui, en s'ossifiant, forme le nouvel os. A mesure que ce travail se fait, le maxillaire se dénude du côté de la bouche, les dents tombent. On n'aperçoit bientôt plus qu'une masse noirâtre qui grandit peu à peu à mesure que le périoste descend, et enfin le maxillaire, nécrosé en totalité, repose dans une véritable gouttière osseuse de nouvelle formation encadrant le bord inférieur. Il suffit alors de saisir par la bouche le séquestre et de l'enlever sans qu'il soit besoin de faire aucune incision. Tout au plus a-t-on besoin de le fragmenter.

Le processus pathologique a donc été tout différent dans notre cas; le périoste s'est ossifié sur place et a emprisonné le séquestre de tous les côtés.

Au point de vue de la médecine opératoire et de l'intervention chirurgicale, cette pièce me paraît également remarquable.

Il suffit de voir l'enclavement complet du séquestre dans l'os nouveau pour comprendre qu'il eût été matériellement impossible d'extraire la portion morte sans sacrifier en même temps la portion vivante de l'os, car le séquestre comprend tout le maxillaire, d'un condyle à l'autre.

C'est l'impossibilité de pouvoir déterminer exactement l'étendue du séquestre sur le vivant, c'est son immobilité absolue, qui m'ont empêché d'en tenter l'extraction. L'examen de la pièce démontre, à mon sens, qu'il n'y avait à faire qu'une seule opération rationnelle, l'ablation totale du maxillaire inférieur. J'ai reculé jusqu'au bout devant la gravité de cette opération, espérant toujours obtenir la guérison par la simple ablation du séquestre, soutenu d'ailleurs par la conviction que l'état général du malade ne lui permettait pas de supporter un pareil traumatisme.

DISCUSSION

M. GUÉNIOT fait remarquer que la réclinaison du périoste n'est pas un fait spécial à la nécrose phosphorée, qu'on l'observe dans toutes les nécroses de la mâchoire inférieure, et que cette réclinaison est sans doute due à la contraction des muscles de la région sus-hyoïdienne.

M. CHASSAIGNAC considère comme très-graves les suppurations prolongées dans la cavité buccale. Elles donnent lieu à un état qu'il a désigné sous le nom de *cachexie buccale*. Il convient, dans ces cas, de drainer largement et de doucher à grande eau. M. Chassaignac n'est pas arrêté par l'adhérence du séquestre, et, dans le cas particulier, il aurait pratiqué l'extirpation totale du maxillaire inférieur plutôt que de laisser mourir le malade par la suppuration et l'empoisonnement. Ne fait-on pas de semblables opérations pour des cancers qui donnent bien moins de chances de guérison définitive?

M. VERNEUIL. M. Tillaux dit que, dans la nécrose phosphorée, l'os est primitivement atteint et que le périoste n'est malade que

consécutivement. Je pense qu'il faut renverser la proposition; la maladie du périoste précède toujours celle de l'os. Mon opinion est absolue quant à la conduite à tenir dans les cas de ce genre. La temporisation prolongée a de grands inconvénients. Aussi, même quand les séquestres sont immobiles, il faut intervenir; il faut, au besoin, les fragmenter et les enlever par morceaux.

M. FORGET ne peut admettre que l'os soit primitivement malade dans la nécrose phosphorée. Les connexions anatomiques du périoste et de l'os, le rôle physiologique qu'il joue par rapport à la nutrition du tissu osseux, s'opposent à croire que la nécrose puisse être primitive et non consécutive à l'altération et au décollement du périoste. Dans le cas spécial, il pense qu'il y avait indication à reséquer le maxillaire en totalité, car la fragmentation proposée par M. Verneuil eût eu de graves inconvénients et eût présenté de sérieuses difficultés.

M. TRÉLAT. Un point important de pratique a été plusieurs fois soulevé ici à propos de la nécrose phosphorée. Faut-il attendre que ce travail de nécrose soit effectué en totalité avant d'opérer? M. Verneuil pense que non; je suis d'un avis opposé; mais, dans le cas particulier, ce n'est pas la question; le travail pathologique était achevé, puisque l'os tout entier est mortifié; donc on pouvait, on devait opérer. J'aurais tenté l'extraction du séquestre en me frayant une voie à travers l'os nouveau.

La séance est levée à 5 heures.

Le secrétaire : TILLAUX.

Séance du 15 octobre 1873. — Présidence de M. TRÉLAT.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

CORRESPONDANCE

La correspondance comprend :

La *Gazette des Hôpitaux*; — l'*Union médicale*; — la *Gazette hebdomadaire*; — le *Journal de médecine et de chirurgie pratiques*; — la *France médicale*; — la *Tribune médicale*; — le *Mouvement médical*; — le *Progrès médical*; — le *Bordeaux médical*; — le *Bulletin médical de l'Aisne*; — le *Montpellier médical*; — le *Lyon médical*.

M. TRÉLAT offre à la Société une brochure intitulée : *Réforme de l'enseignement de la médecine*.

M. HEURTAUX, membre correspondant, à Nantes, adresse un travail manuscrit sur le lymphadinome, dont il sera donné lecture dans la prochaine séanee.

M. Faucon (d'Amiens) prie M. le président de le comprendre au nombre des candidats aux places de membre correspondant.

M. Faucon adresse un nouveau travail manuscrit intitulé : *Note sur un cas de difformité congénitale de la mâchoire inférieure, de la lèvre inférieure, du cou et du sternum*. (Commission, MM. Blot, Guyon, Guéniot.)

COMMUNICATION

Fœtus atteint de spina bifida de la région sacrée et d'une double luxation congénitale et un double pied-bot varus très prononcé. — M. HOUEL. Ce fœtus, qui m'a été remis pour le musée Dupuytren, par Mme Antonio, sage-femme, est à peu près à terme, huit mois et demi environ, et il a vécu quelques jours, deux ou trois. Il appartient au sexe masculin. La moitié supérieure du corps est bien conformée; la moitié inférieure présente, au contraire, de nombreux vices de conformation, qui consistent dans l'existence : 1° d'un spina bifida; 2° d'une double luxation coxo-fémorale congénitale; 3° d'un double pied-bot varus très-prononcé.

1° *Spina bifida*. — La poche du spina bifida, qui offrait le volume d'un œuf de poule, occupe la partie supérieure de la face postérieure de la région sacrée. Elle était ulcérée, et les membranes, étaient détruites dans plusieurs points. Elle était donc affaissée au moment de l'accouchement. On constate que l'orifice de communication avec le canal sacré est étroit. Il admet à peine un gros stylet de trousse, que l'on peut cependant faire pénétrer jusque dans le canal sacré. La paroi interne est tapissée par les membranes rachidiennes, au-dessous desquelles on observe plusieurs filaments nerveux dont deux assez volumineux, l'un à droite, l'autre à gauche, finissent par devenir libres dans la cavité de la poche et vont se perdre dans l'épaisseur de ces parois.

2° *Luxation congénitale des deux fémurs*. — L'aspect des deux membres abdominaux est assez singulier; ils contrastent d'abord avec le reste du corps par leur amaigrissement notable, tandis que la partie supérieure du tronc et les membres supérieurs présentent un volume normal. De plus, ces membres abdominaux amaigris sont rigides; les articulations du genou présentent à peine quelques mouvements de flexion et d'extension; ils sont en outre incurvés, à concavité antérieure, et ils étaient, au moment de l'accouchement, fortement infléchis sur la partie antérieure du tronc. Cette inflexion des cuisses avec extension forcée des jambes plaçait les deux pieds sur les deux côtés de la tête. Aussi, au moment de l'accouchement, la présentation étant céphalique, la sage-femme m'a dit avoir, par le toucher, senti les orteils sur les côtés de la tête, ce qui, pendant quelque temps, lui a donné de l'inquiétude. L'accouchement s'est néanmoins bien effectué sans accident.

Lorsque j'ai voulu étendre complétement la cuisse sur le bassin, cela m'a été impossible. La peau de la partie antérieure et supérieure de la cuisse sur les deux côtés du triangle de Scarpa faisait deux reliefs qui, sous forme de bride très-tendue, s'opposaient à l'extension. En même temps, en arrière, au niveau de la fesse, on apercevait une saillie arrondie très-sensible sous la peau, et qui était notablement constituée par la tête des deux fémurs, qui paraissait plus élevée et rapprochée de l'épine iliaque antéro-supérieure. Il fut évident pour moi qu'il existait une luxation congénitale double. Si l'on voulait présenter ce fœtus debout, le ventre saillant en avant lui donnait cet aspect si caractéristique décrit par Delpech, d'un chien marchant debout sur les pattes de derrière.

La dissection de la cuisse, pratiquée seulement sur un des côtés seulement, les deux étant identiques d'aspect extérieur, m'a démontré d'abord, qu'au niveau des deux plis cutanés situés de chaque côté du triangle de Scarpa, le tissu cellulaire et le derme cutané étaient plus denses, plus rétractés, et c'est leur rétraction qui, pendant l'extension, produisait les deux cordes signalées. La tête fémorale n'était point logée dans la cavité cotyloïde, qui existe cependant, mais qui est trop petite pour la contenir. Cette tête est complétement située en dehors de la cavité, qu'elle ne regarde que par sa face interne, la partie supérieure la dépassant en haut, en avant, et l'externe faisant une notable saillie en dehors. Elle est maintenue dans cette position par le ligament orbiculaire, qui est intact et bien conservé. On peut ici, à juste titre, se demander si cette luxation n'est point plutôt le résultat d'une position vicieuse que la suite d'une malformation articulaire. La première opinion, dans ce cas particulier, me paraît beaucoup plus probable; la flexion forcée avec extension de la jambe est de la dernière évidence. Elle a été constatée par la sage-femme pendant l'accouchement, et elle se produisait d'elle-même après. Il était même difficile de la combattre, et l'on sait que dans cette flexion forcée avec légère rotation en dedans, la tête du fémur tend à remonter en même temps qu'elle se porte en avant. C'est ce que nous voyons exister sur cette pièce, qui, pour certains cas au moins, semble devoir donner satisfaction à la théorie soutenue par M. le professeur Cruveilhier.

Mais une des choses qui m'a le plus frappé, et qui, je crois, n'a point encore été signalée dans les recherches anatomo-pathologiques propres aux luxations congénitales, c'est l'absence absolue des muscles fessiers. J'ai disséqué cette région avec soin, et je n'ai pu en trouver de trace. Ils ne sont point seulement atrophiés, mais ils manquent absolument sur ce fœtus, au moins pour le côté disséqué. A leur place, existait un coussinet graisseux qui doublait la peau, mais dans lequel il m'a été impossible de trouver trace de fibres musculaires. Sous la couche graisseuse, on trouvait, comme on peut le

voir à nu, la face externe de l'os iliaque bien développée et normale, le grand trochanter était également libre de toute insertion musculaire. Les autres muscles de la cuisse, un peu atrophiés, étaient normaux. J'ai aussi vainement cherché le muscle pyramidal, tandis que les obturateurs, les jumeaux et le carré crural existent, mais un peu atrophiés. Cette absence de muscles aussi volumineux et aussi importants que les muscles fessiers ne me paraît guère pouvoir s'expliquer, et l'on peut se demander quelle influence elle a pu avoir sur la flexion forcée de la cuisse et par suite sur la double luxation congénitale.

3° *Pieds-bots varus.* — Ils sont, pour les deux membres, également très-prononcés, et ils ne présentent rien de particulier qui ne se rencontre ordinairement dans ce vice de conformation lorsqu'il est congénital.

M. VERNEUIL. La communication précédente, des plus intéressantes en elle-même, me paraît renfermer des idées que jadis j'ai émises, devant vous, et avec peu de science, je dois l'avouer, sur l'étiologie des luxations congénitales ou réputées telles de la hanche.

Je soutenais à cette époque que la paralysie des muscles fessiers jouait un rôle prépondérant dans la production des déplacements du fémur, d'abord en privant la tête osseuse de son soutien le plus efficace, puis en livrant le membre à l'action exclusive des fléchisseurs et des adducteurs.

Dans la pièce de M. Houel, on constate l'absence des muscles fessiers, la flexion permanente et extrême des cuisses et l'issue des têtes hors de leur cavité. La démonstration semble complète. M. Houel croit que ce fait confirme l'opinion de M. Cruveilhier sur l'influence des mauvaises positions intra-utérines sur la production des luxations congénitales; mais ne pourrait-on pas remonter plus haut dans la pathogénie et dire que la mauvaise attitude du membre a pour cause primordiale l'absence des muscles fessiers?

Ce fait m'autorise à répéter que la théorie des luxations congénitales du fessier est à revoir.

M. CHASSAIGNAC demande à M. Houel si, pour lui, l'état des muscles est la conséquence des luxations, ou bien, au contraire, si l'atrophie musculaire est primitive.

M. BLOT. M. Houel va un peu vite, ce me semble, quand il attribue la luxation à la position vicieuse des membres inférieurs. Il y a certainement une relation entre ces deux phénomènes, mais lequel des deux joue le rôle de cause? Comment M. Houel pourrait-il me démontrer qu'une opinion contraire à la sienne est inexacte?

M. SÉE objecte à la théorie de M. Verneuil à savoir que la flexion extrême des membres inférieurs avec luxation serait le résultat de l'atrophie ou de l'absence des muscles fessiers; il objecte que les muscles fessiers ne sont pas les extenseurs de la cuisse; les vrais extenseurs, le biceps, le demi-tendineux et le demi-membraneux, existent sur le fœtus présenté par M. Houel.

M. TRÉLAT pense, comme M. Blot, qu'il y a relation entre la position vicieuse des muscles et la luxation, mais qu'on ne saurait se prononcer faute de preuves suffisantes sur l'ordre d'apparition. Il rappelle à M. Verneuil qu'à l'époque dont il parle, il soutenait que les luxations congénitales étaient des maladies de la première enfance dues à l'atrophie musculaire; tandis que M. Broca attribuait ces luxations à une malformation primitive. La pièce actuelle donnerait donc plutôt raison à l'opinion soutenue par M. Broca.

M. HOUEL. Les muscles ne sont pas seulement atrophiés ici, il n'y en a pas de trace, ils n'ont jamais existé; donc, c'est là un état primitif et non consécutif à la luxation.

Je répondrai à M. Blot : pour admettre que la position vicieuse a bien déterminé la luxation et qu'elle n'en est pas la conséquence, je m'appuie sur la rétraction de la peau du pli de l'aine et sur l'altération des genoux, qui prouvent évidemment pour moi l'ancienneté de la position.

M. VERNEUIL. M. Sée me rappelle à la physiologie en faisant remarquer que l'extension du bassin n'est pas le fait des muscles fessiers, mais bien celui des muscles longs de la cuisse qui l'insèrent à l'ischion. Or, ces muscles sont parfaitement conservés sur la pièce de M. Houel. Je répondrai d'abord que les muscles fessiers et surtout le grand, concourent certainement à l'extension du bassin sur la cuisse dans une proportion plus grande que les muscles qui l'insèrent à l'ischion. Ceux-ci, en effet, sont surtout fléchisseurs de la jambe. Ce n'est qu'après avoir épuisé cette action ou dans le cas où la jambe est fixée sur le sol qu'ils agissent sur l'os iliaque. Leur rôle d'extenseur du bassin est donc fort restreint, comme le démontre d'ailleurs la faradisation expérimentale.

En revanche, les fessiers s'opposent très-efficacement à la luxation postérieure du fémur en soutirant la capsule et en formant une sorte de ligament actif des plus puissants, une espèce de sangle musculaire qui tend toujours à repousser la tête dans la cavité styloïde. Lorsque ces muscles n'agissent plus, les fléchisseurs psoas-iliaque, tumeur du fascia lata-couturier, droit antérieur, adducteur, agissent énergiquement. Les muscles de l'ischion ne peuvent lutter, malgré leur intégrité complète.

Dans une autre maladie, la coxalgie, ces muscles sont intacts. Néanmoins la flexion et l'adduction atteignent leurs limites extrêmes et trop souvent produisent les luxations complètes ou incomplètes du fémur en haut et en arrière.

M. GUÉNIOT voit bien une flexion forcée de la cuisse sur l'abdomen, mais il ne lui semble pas qu'il y ait luxation proprement dite. Comme l'un des membres n'a pas été disséqué, l'examen de cette question capitale sera soumis à MM. Houel, Guéniot, Verneuil et Sée. (*A suivre.*)

CORRESPONDANCE

Nous nous empressons de publier la lettre suivante, en nous bornant à faire observer que l'analyse que nous avons présentée a été faite non pas sur une note qui sera publiée dans un journal, mais sur la note insérée dans l'organe officiel de l'Institut et rédigée suivant les usages académiques par l'auteur lui-même. Ceux qui nous connaissent ne douteront pas un seul instant de la loyauté de notre analyse. L'auteur de la note a pu ne pas rendre entièrement sa pensée dans l'extrait publié par l'Académie; mais ce document, seul parvenu à notre connaissance, pouvait seul servir de base à notre appréciation. De là, la surprise que nous avons éprouvée en voyant un ancien médecin principal de l'armée annoncer qu' « il faut introduire *désormais* dans les approvisionnements de consommation, 1° des fruits acides..., etc. »

Le seul but de notre critique hebdomadaire est d'encourager les communications utiles à la science et de détourner de l'Institut les travaux qui ne nous semblent pas apporter de faits utiles ou nouveaux.

Sous le bénéfice de ces réserves, nous levons très-volontiers l'anonymat qui nous couvrait et nous sommes heureux d'assurer, à son tour, M. Champouillon que nous restons son très-humble serviteur.

Dr E. FOURNIÉ.

Paris, le 11 novembre 1873.

A M. X... l'un des rédacteurs de la Gazette des Hôpitaux,

Un de nos collègues vient de me donner à lire l'article, d'une facture quelque peu ironique, dans lequel vous rendez compte de la Note que j'ai adressée à l'Académie des sciences, relativement à la nature, aux causes et au traitement du scorbut. Vous qualifiez ce modeste travail de *grande découverte!* Votre élan dépasse le but. Non, monsieur, je n'ai fait jusqu'ici aucune découverte, ni grande, ni petite. Par conséquent, il n'y avait donc pas lieu d'annoncer ma communication par un coup de canon, comme la fantaisie vous en a pris.

Il vous est assurément permis de ne point partager les opinions que j'ai émises sur le scorbut, mais laissez-moi vous dire que vous n'êtes nullement autorisé à en dénaturer l'expression par des citations inexactes ou incomplètes.

Ce que j'ai exposé devant l'Académie des sciences sera fidèlement reproduit par la *Gazette médicale de Paris*. A ceux qui me feront l'honneur de me lire, il sera facile de reconnaître combien le sens et les termes de ma communication diffèrent de l'idée que vous en donnez, combien aussi vous avez oublié d'être impartial, en vous laissant aller au badinage et aux rêveries.

Je regrette sincèrement, monsieur X..., que vous ayez cru devoir parler *à la cantonade*; je serais heureux, comme vous le pensez bien, de savoir quel est le galant confrère qui prend le souci de perfectionner mon instruction professionnelle et auquel reviennent les remercîments de son très-humble serviteur.

CHAMPOUILLON.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Par décret en date du 13 novembre 1873, M. Notta, docteur en médecine à Lisieux (Calvados), est nommé chevalier de la Légion d'honneur. — (Publications.)

Traité de médecine légale et de jurisprudence médicale par le docteur LEGRAND DU SAULLE, médecin de l'hospice de Bicêtre (service des aliénés), médecin du dépôt de la préfecture, médecin expert près les tribunaux, etc. — 1 fort vol. in-8° de 1100 pages. Prix de l'ouvrage complet : 16 francs. La première partie, 1 vol. de 800 pages, est en vente. — Le complément de l'ouvrage paraîtra fin novembre prochain. — Paris, Adrien Delahaye.

Le Directeur : Dr E. LE SOURD.

Paris. — Typographie A. POUGIN, quai Voltaire, 13.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Bureaux : 57, rue des Saints-Pères, 57
PRÈS L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix d'abonnement
doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

On s'abonne hors de Paris
dans les bureaux des Messageries et chez les Libraires
Les lettres non affranchies sont refusées.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui n'en peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS: Trois mois. . 8 fr. 50 c. — Six mois. . . 16 — — Un an. . . . 30 —

POUR L'ÉTRANGER le port en sus suivant les derniers tarifs des Postes.

Paris, le 17 novembre 1873.

SÉANCE DE L'ACADÉMIE DES SCIENCES

La question du plomb dans les boissons, dont s'occupe depuis quelque temps la presse périodique, vient de faire son entrée à l'Institut sous le patronage de MM. Fordos et Belgrand.

M. Fordos a opéré sur dix litres d'eau provenant de la pharmacie de l'hôpital de la Charité, et il n'a trouvé que des traces de plomb. «D'après cela, je crois, dit-il, qu'on a exagéré beaucoup le danger de l'emploi des tuyaux de plomb pour la distribution des eaux dans les villes. » Mais, comme si dans tout procès il fallait un coupable, M. Fordos ne trouvant rien contre les tuyaux de plomb, incrimine, avec une sévérité grande, le plomb employé dans le rinçage des bouteilles.

« Quand on ajoute, dit-il, du plomb avec de l'eau dans une fiole à médecine, on voit l'eau se troubler rapidement, et bientôt il se forme un dépôt blanchâtre, qui n'est autre chose que du carbonate de plomb. » Ce plomb reste adhérent aux parois du verre; mais si on introduit dans la bouteille un liquide capable de dissoudre la céruse, on comprend qu'il puisse résulter des accidents de l'ingestion de cette boisson, car M. Fordos a trouvé parfois, dans ses expériences, 1 centigramme de plomb par litre. Le vin blanc, le vin rouge, le vin de quinquina, le vinaigre, ont la propriété de dissoudre la céruse; il ne serait pas étonnant que de pareils liquides introduits dans l'économie aient pu produire des affections plus ou moins graves dont la cause est restée inconnue. « Avis aux médecins, dit M. Fordos en terminant; avis aussi aux médecins légistes, qui devront s'enquérir de la pureté des boissons lorsqu'ils trouveront du plomb dans les analyses. »

M. Dumas, secrétaire perpétuel, après avoir présenté, au nom de l'auteur, la note qui précède, accepte les résultats que M. Fordos annonce au sujet de l'effet d'une agitation prolongée des grenailles de plomb au contact de l'air et de l'eau, ainsi que les conséquences qu'il en tire à l'égard du rinçage de bouteilles; mais il tient à faire ses réserves en ce qui concerne le contact des eaux potables avec des vases ou tuyaux de plomb. « Je faisais, il y a lontemps, dit-il, dans mes cours publics, l'expérience suivante :

« Cinq flaçons, renfermant de la grenaille de plomb, je versais dans chacun d'eux respectivement :

« 1° De l'eau distillée;

« 2° De l'eau de pluie;

« 3° De l'eau de Seine;

« 4° De l'eau de l'Ourcq;

« 5° De l'eau de puits.

« Je démontrais par l'action de l'hydrogène sulfuré, que l'eau du premier flacon accusait presque immédiatement des traces d'oxyde de plomb dissous, tandis que les flacons qui renfermaient de l'eau plus ou moins chargée de sels calcaires n'en contenaient pas (1).

« La rapidité avec laquelle l'eau distillée se charge de plomb est surprenante. L'effet produit par des traces de sels calcaires pour s'opposer à cette réaction ne l'est pas moins. On ne peut s'empêcher de rapprocher ces faits de ceux que M. Schlœsing a observés au sujet de l'argile qui demeure indéfiniment en suspension dans l'eau pure et que la plus légère trace de sels de chaux en précipite.

« L'eau absolument pure est un agent au sujet duquel tout n'est pas connu et dont les propriétés diffèrent, je ne crains pas de le dire, plus qu'on ne le croit de celles de l'eau commune. »

M. Belgrand prend à son tour la parole, et il fait l'historique de la question en homme qui connaît son sujet. Il prouve que, depuis l'an de Rome 442, toutes les conduites d'eau de la ville des Césars étaient en plomb. Ce mode de distribution, qui exigeait de très-longs tuyaux, a été en usage à Paris jusqu'à ces dernières années; aujourd'hui, la plupart des conduites d'eau sont en fonte ou en tôle bitumée. Voici d'ailleurs des chiffres :

Conduites en fonte.	1,333,184 mètres.
Conduites en tôle bitumée. .	63,126
Conduites en plomb, environ.	3,000
	1,399,310 mètres.

« On voit déjà, dit M. Belgrand, que les conduites publiques sont hors de cause et que la *guerre au plomb* serait sans objet, s'il n'y avait un autre réseau composé de branchements courts, d'un très-petit diamètre, et qui, à peu d'exception près, sont tous en plomb. L'ensemble de ces branchements mesure 39,495

(1) Si l'on prend de l'eau des premières pluies tombées après un temps sec, elles sont chargées des poussières calcaires, que les dernières pluies ayant traversé un air pur, ne renferment plus. Pour des eaux pluviales choisies, les effets peuvent donc différer, mais prise en masses, l'eau des pluies de Paris se comporte sensiblement comme l'eau de Seine.

mètres, dans lesquels les branchements en plomb appartenant aux particuliers figurent pour 37,889 mètres.

M. Belgrand prouve ensuite que le séjour de l'eau dans ces tuyaux de plomb n'est pas assez prolongé pour que le plomb soit attaqué, et il met sous les yeux de l'Académie un tronçon de tuyau qui provient de la conduite du faubourg Saint-Antoine, qui a été posé en 1670, et dont la surface intérieure est parfaitement lisse, sans trace d'érosion. Ne s'en tenant pas à ces preuves, M. Belgrand a voulu, par des indices directs, rechercher le plomb dans toutes les eaux distribuées à Paris. Les eaux de Seine, de l'Ourcq, de la Dhuis, ont été puisées en différents endroits, et un échantillon de cinq litres d'eau a été remis à M. Leblanc, qui en a fait l'analyse. Or, le résultat de ces analyses a été l'absence complète de plomb dans tous les échantillons.

Avec des adversaires consciencieux et autorisés, tels que MM. Dumas, Belgrand et Leblanc, les partisans de la *guerre au plomb* n'ont qu'à bien se tenir ; mais ne préjugeons rien et attendons la fin des débats.

— Personne n'ignore que M. Reverdin est l'inventeur du procédé thérapeutique qui permet de réparer les pertes de substances par le moyen d'une greffe épidermique. M. Guipon, médecin en chef des hôpitaux de Laon, communique l'observation d'un malade qui avait eu la peau de la main emportée par une turbine, et qu'il a complétement guéri en modifiant légèrement le procédé de M. Reverdin. Au lieu de lambeaux de 2 millimètres d'épaisseur, M. Guipon en a appliqué de plus épais au fond d'incisions préalablement faites sur la surface de la plaie. Ces greffes ont parfaitement réussi, et la cicatrice a conservé la souplesse et l'extensibilité désirables.

— Au nom de M. L. Ranvier, M. Cl. Bernard présente une note intitulée : *Quelques faits relatifs au développement du tissu osseux.*

Les expériences de Duhamel, en 1743, celles de Hunter, et enfin celles plus récentes de Flourens, avaient établi, d'une manière générale, les lois de développement du tissu osseux. On savait, en particulier, que, dans les os longs, la diaphyse croît en épaisseur par superposition de couches nouvelles provenant du périoste, et que le canal médullaire croît en capacité par résorption des couches anciennes.

Ces notions générales sont tous les jours complétées par des notions de détail d'autant plus difficiles à acquérir qu'elles portent sur le mouvement et la transformation des particules élémentaires. M. Ranvier décrit d'abord le procédé dont il s'est servi pour obtenir des préparations convenables et propres à montrer des particularités de structure que l'on ne voit aussi bien par aucun des procédés antérieurement mis en usage. A la faveur de ce procédé, l'auteur a étudié : 1° quelques particularités qu'il a rencontrées sur la ligne qui sépare l'os en voie de développement de son cartilage primitif ; 2° ce qui se passe aux extrémités de la ligne d'ossification qui établit la limite de l'os et du cartilage.

1° La ligne qui sépare l'os en voie de développement de son cartilage primitif est généralement droite. Immédiatement après elle apparaissent les alvéoles, dont les travées sont formées par la substance cartilagineuse infiltrée de sels calcaires. Ces alvéoles correspondant aux capsules primitives, présentent de nombreuses communications et constituent un système caverneux, continu, renfermant des vaisseaux sanguins et de la moelle embryonnaire. Sur ces alvéoles, M. Ranvier a constaté la présence d'une anse vasculaire, dont la convexité est en rapport direct avec une capsule secondaire destinée à disparaître bientôt, et il pense que la résorption de cette capsule, qui va mettre la cellule en liberté et concourir à l'agrandissement de l'alvéole, est sous la dépendance de l'accroissement du vaisseau capillaire disposé en anse.

M. Ranvier a constaté, en outre, que dans l'os développé aux dépens du cartilage, on retrouve toujours des vestiges de la substance cartilagineuse sous la forme de petites masses triangulaires ou quadrangulaires, dont les côtés courbes se regardent par leur convexité. Ces petites masses ne se trouvent pas dans les os qui proviennent du périoste.

2° A une certaine période de leur développement, les os longs (selon l'heureuse comparaison de M. Ranvier) représentent assez bien un sablier figurant l'os cartilagineux, et placé debout dans un vase cylindrique représentant le périoste ; l'espace compris entre eux correspondrait à l'os périostique. Or, aux extrémités de la ligne d'ossification qui établit la limite de l'os et du cartilage, on observe une *encoche* creusée dans le cartilage. De la voûte de l'encoche partent des fibres qui, à leur origine, se confondent avec la substance fondamentale du cartilage et pénètrent en s'incurvant dans l'os primitif.

Ces fibres qui, plus tard, deviendront des fibres de Sharpey, M. Ranvier les désigne sous le nom de *fibres arciformes*. Séparées par des cellules qui sont nées dans le cartilage, les fibres arciformes se recouvrent peu à peu de substance osseuse, constituent ainsi les premières travées sous-périostiques de l'os. D'après M. Ranvier, les fibres arciformes sont les fibres directrices de l'ossification, et on les retrouve plus tard sur des coupes transversales, sous la forme de petits cercles ponctués au milieu des systèmes de lamelles intermédiaires.

— Après l'*Homme-Chien*, voici l'homme avec huit doigts, dit *pied de Morand.*

Jean-François Morand, fils du célèbre chirurgien du dix-huitième siècle, publia, en 1770, dans les *Mémoires de l'Académie des sciences*, l'observation d'un homme qui avait huit doigts à un pied. Depuis lors, les tératologistes ont désigné cette monstruosité sous le nom de *pied Morand.*

Ni Morand, ni Geoffroy Saint-Hilaire n'avaient cherché à établir la détermination exacte des doigts atteints de duplication. M. Lavocat a voulu combler cette lacune. Après avoir examiné le dessin joint au mémoire de Morand, et en s'appuyant sur le principe des connexions, M. Lavocat est arrivé à conclure que « dans le pied anormal, les pièces constitutives ne s'éloignent de l'état normal que pour se rapprocher du type. Dans la région des doigts, il est évident que trois sont doubles et que, d'après les connexions régulières, ce sont le premier, le troisième et le cinquième : les deux premiers, par la bifurcation de leur métatarsien ; le dernier par duplication complète. Enfin il est à remarquer que, d'après les observations recueillies jusqu'à présent, ces trois doigts sont précisément ceux sur lesquels la duplication a été constatée le plus souvent. »

HOPITAL COCHIN. — M. Després.

Hernies étranglées. — Parallèle entre les résultats de l'opération sans taxis et ceux de l'opération après le taxis.

Placé à la tête du service chirurgical d'un hôpital où se présentent fréquemment des cas de hernie étranglée, l'hôpital Cochin, M. A. Després s'est proposé d'utiliser cette circonstance pour étudier les indications de l'opération de la hernie étranglée et ses résultats. A cet effet, réunissant tous les cas de hernie

qui se sont présentés en 1872 et 1873, il a établi un parallèle entre les cas opérés et ceux où, soit de propos délibéré, soit par des circonstances indépendantes de lui-même, les malades n'ont pas été opérés. Avant d'exposer les résultats de ce parallèle, nous allons mettre les éléments d'appréciation, c'est-à-dire les faits eux-mêmes, sous les yeux de nos lecteurs. Les faits recueillis dans l'espace de dix-huit mois sont au nombre de treize ; ils sont catégorisés naturellement en deux groupes distincts : celui des hernies étranglées opérées, et celui des hernies non opérées.

1° *Hernies étranglées opérées.*

1. T... (Herminie), soixante-huit ans, concierge. Hernie inguinale droite du volume d'une petite orange, entéro-épiplocèle ancienne, habituellement mal contenue. Phénomène d'étranglement. Le 20 décembre 1871, tentative de réduction en ville. Le 25, les vomissements avaient cessé; le cours des matières n'était pas rétabli, et la malade s'affaiblissait. La malade entre à l'hôpital le 26 décembre. Les vomissements ne reparurent que le 27. Le 28, quoiqu'il y eut quelques soupçons de péritonite, l'opération est pratiquée. Ouverture du sac ; peu de liquide. Ligature de l'épiploon; réduction de l'intestin, qui était seulement congestionné et offrait par places des taches violacées. Mort le 28 au soir. — A l'autopsie, péritonite aux fausses membranes, et agglutination des anses intestinales. Pas de perforation de l'intestin.

2. O... (Jeanne), quarante-neuf ans. Hernie crurale ancienne; jamais contenue ; grosse comme une noix. Étranglement datant de huit jours. Aucune tentative de réduction en ville. La malade ne vomissait plus ; elle avait le pouls petit, pas de ballonnement du ventre ; elle avait une congestion violacée du visage et des mains. Opérée le jour de son entrée, le 30 janvier 1872. Ouverture du sac; entérocèle avec un peu d'épiploon ; pas d'ulcération au niveau du collet de la hernie ; peu de liquide dans le sac herniaire. Mort le soir.

M. Després avait hésité à pratiquer cette opération en face de l'aspect cholériforme de la malade. — A l'autopsie, on a trouvé une péritonite, avec congestion assez vive et adhérences des anses intestinales.

3. D... (Antoine), trente-quatre ans, entre à l'hôpital le 17 août. Hernie inguinale gauche, entéro-épiplocèle du volume d'un œuf dans une ancienne hydrocèle congénitale (ce malade avait été traité pour une hydrocèle, et le chirurgien, croyant sans doute qu'il existait une communication entre l'hydrocèle et la cavité abdominale, avait fait une ponction simple ; ceci s'était passé trois ans auparavant). Étranglement datant de deux jours ; tentatives de réduction en ville. — Opération : ouverture du sac, réduction, ligature de l'épiploon ; liquide dans le sac. Le cours des matières ne se rétablit point. Vomissements verdâtres le 19 août. Mort le 21. — A l'autopsie, enroulement de l'intestin autour de l'épiploon formant corde. Péritonite. (Cette observation a été publiée dans la *Gazette des hôpitaux*, 1872, p. 954.)

4. B... (Louis), seize ans. Hernie inguinale droite du volume d'un œuf; jamais contenue ; entéro-épiplocèle dans un vestige d'hydrocèle congénitale. Étranglement datant de près de huit jours ; pas de tentative de réduction en ville. Kélotomie le 28 juillet, jour de l'entrée du malade. Ouverture du sac ; ligature de l'épiploon, réduction. Abcès de l'épiploon le 4 août.— Guérison le 16 septembre. — Le cours des matières s'était rétabli le jour même. (Observation publiée, *Gaz. des hôp.* ; *loc. cit.*)

5. M... (Cyprien), cinquante-deux ans. Hernie inguinale droite ; jamais contenue. Entérocèle. Étranglement par le collet du sac. Hernie réductible en masse. Premiers vomissements, il y a huit jours ; amélioration spontanée ensuite ; retour des vomissements. Kélotomie le 26 novembre, le jour de son entrée à l'hôpital. Ouverture du sac ; peu de liquide. Débridement du collet du sac ; réduction. Le cours des matières est rétabli le jour même. — Sort guéri le 30 décembre 1872.

6. D... (Elmire), quarante-huit ans, entre le 8 janvier 1873. Elle vient à pied à l'hôpital avec une hernie crurale droite du volume d'une petite noix. Hernie ancienne ; jamais contenue. Une tentative de réduction par le mari. Vomissements depuis dix-neuf heures. Kélotomie ; au milieu des ganglions, un petit sac ne contenant pas de liquide. Intestin brun violet. Débridement sur le ligament de Gimbernat ; réduction. Un peu d'épiploon adhérent reste dans le sac. Le cours des selles ne se rétablit que le sixième jour, mais les gaz passèrent le premier jour. Érysipèle erratique le 15 février. — Sort guérie le 1er mars.

7. L... (Auguste), dix-sept ans, papetier, entre le 3 janvier 1873. Hernie inguinale congénitale du volume du poing, descendant dans le scrotum, fluctuante. Entéro-épiplocèle avec beaucoup de liquide. Étranglement par inflammation depuis vingt-quatre heures. Vomissements jaunes répétés. Tentatives de réduction en ville. Kélotomie le jour même : beaucoup de liquide dans le sac ; intestin violacé, ecchymosé et épanchement de sang interstitiel sur la partie libre de la hernie (suite certaine des efforts de taxis) ; adhérences au collet. Établissement d'un anus contre nature ; ligature de l'épiploon. — Mort par péritonite le 5 février.

2° *Hernies étranglées non opérées.*

1. L... (Marie), soixante-quatorze ans, entrée le 1er juillet. Hernie crurale. Entérocèle étranglée depuis quatorze heures, disait la malade ; ballonnement du ventre ; péritonite évidente. La malade meurt le soir même. L'autopsie n'a pas été faite. Sans doute, il y avait une perforation intestinale. Des tentatives de réduction semblaient avoir été faites.

2. P... (Albertine), entrée le 18 juillet. Hernie crurale gauche, étranglée depuis plusieurs jours ; phlegmon gangréneux de l'aine ; issue de gaz par des ouvertures au-dessous d'eschare ; ballonnement du ventre (tentatives de réduction en ville, le 15 juillet) ; débridement du phlegmon. Pas de selles, pas d'évacuations par la hernie gangrenée. Mort le 24 juillet. — A l'autopsie, gangrène du collet de la hernie ; péritonite généralisée.

3. P... (Anne), entre à l'hôpital le 18 août, avec une hernie inguinale étranglée et une péritonite généralisée évidente. L'étranglement datait de huit jours. L'opération ne devant pas être faite, les parents de la malade la reprennent. On ne peut savoir si des tentatives de réduction ont été faites.

4. B... (Henri), entre, le 5 janvier 1872, avec une hernie inguinale droite volumineuse. Entéro-épiplocèle étranglée depuis plusieurs jours (tentatives de réduction en ville). Le malade ayant des signes évidents de péritonite, l'opération ne fut pas pratiquée. Le malade meurt dans la nuit. — A l'autopsie, péritonite généralisée ; perforation de l'intestin avec gangrène étendue.

5. P... (Alexandrine), soixante-sept ans, entre à l'hôpital, le 11 février, pour une hernie crurale droite, étranglée depuis huit jours. Entéro-épiplocèle. La hernie date de trois ans ; elle n'a jamais été contenue et ne se réduisait pas entièrement. Le chirurgien diagnostique une hernie adhérente étranglée par inflammation, dans laquelle le cours des matières n'était pas suspendu entièrement, car, depuis huit jours, la malade rendait de temps en temps quelques gaz. Pas de tentatives de réduction en ville ; pas de tentatives de réduction à l'hôpital. Cataplasme en permanence sur la tumeur ; un bain trois jours de suite. Le deuxième jour 15 grammes d'huile de ricin. La malade va à la selle le 14 février. Elle sort guérie le 22 mars.

6. Enfin il est arrivé, en novembre 1872, un malade n'ayant plus sa connaissance, qui est mort deux heures après la visite, et qui semblait atteint de péritonite suraiguë. Il n'y avait aucun renseignement sur son compte. — A l'autopsie, on a trouvé une hernie de l'intestin grêle, rentrée dans l'abdomen après avoir siégé dans

l'anneau inguinal du côté droit. L'intestin gangrené était largement ouvert, et il y avait une péritonite généralisée.

Sur les sept opérations de hernies, trois guérisons ont été obtenues. Dans les trois cas, il n'avait été fait aucune tentative de réduction. (Il n'y a pas lieu de tenir compte de l'essai de réduction tenté par le mari sur sa femme.)

Sur les six hernies non opérées, une seule a guéri ; c'est encore celle sur laquelle aucune tentative de réduction n'a été faite,

Sans doute l'époque à laquelle l'opération peut être proposée n'est point fixe, car les étranglements par le collet du sac datant de cinq jours au moins, ont pu être guéris par l'opération faite à ce terme. Mais pour les grosses hernies, les entéro-épiplocèles, il est important d'opérer le plus tôt possible ; et si l'on avait à traiter une grosse hernie dans les deux premiers jours de l'étranglement, c'est le débridement sans l'ouverture du sac que l'on devrait immédiatement appliquer. Pour les petites hernies crurales, on ne saurait opérer trop tôt ; mais, pour celles-là, l'ouverture du sac paraît être la meilleure pratique.

En résumé, ces faits sont aux yeux de M. Després la preuve que les espérances qu'on fonde sur le taxis et la temporisation sont des pratiques auxquelles la chirurgie française doit renoncer, ou au moins doivent être seulement réservés aux cas où la hernie, habituellement contenue, est étranglée par un effort depuis quelques heures. Remarquons aussi qu'une désastreuse nécrologie existe dans nos hôpitaux relativement aux hernies étranglées. Voilà une mortalité de 70 pour 100 en bloc, tandis que pour les hernies opérées à peu près à temps, la mortalité n'est que de 58 pour 100. Encore cette première mortalité est inférieure à celle de tous les hôpitaux réunis. Si l'on consulte les statistiques des hôpitaux (1861-1863), on voit que la mortalité des hernies étranglées opérées est de 76 pour 100 en 1862 et de 79 pour 100 en 1863.

En 1861, elle avait été de 86 pour 100.

M. Després, qui compte poursuivre cette étude tous les ans, en fournissant la statistique intégrale de tous les cas de hernie qui passeront dans son service, publie ces faits afin d'appeler l'attention sur le danger de poursuivre le taxis et les pratiques variées, aujourd'hui à la mode, pour des hernies qu'on ne saurait réduire, et dont on rend ainsi l'opération plus dangereuse, en faisant perdre du temps précieux.

GUÉRISON D'UN CAS TRÈS-GRAVE D'ÉPILEPSIE.

Par M. le docteur A. Le Faucheux.

Au moment où je cessai d'exercer l'art de guérir, je n'avais jamais rencontré que des épileptiques incurables. Dans les hôpitaux de France et d'Algérie, aussi bien que dans les régiments, de deux choses l'une : ou le soldat simulait l'épilepsie, pour se faire réformer, et alors il se rétablissait au cachot ; ou il était réellement affecté de cette terrible maladie, et alors on se contentait de le porter pour la prochaine revue du général, et l'on se défaisait de lui pour toujours.

Au retour de l'armée, j'avais rapporté dans la vie civile et dans la pratique ordinaire l'opinion très-arrêtée qu'il n'y avait rien à faire contre l'épilepsie, et, en abandonnant les convulsifs à eux-mêmes, j'étais de bonne foi et ne croyais pas manquer aux devoirs de ma profession. J'entendis bien parler des résultats heureux qui avaient été obtenus par quelques expérimentateurs, dans les hôpitaux de Paris, à l'aide du bromure de potassium, mais je pensai que ces succès-là demandaient à vieillir, et je n'y fis point attention. Un événement très-triste vint me rappeler à l'ordre et m'obligea à étudier la question. Voici le cas :

En décembre 1868, Georges B..., âgé de dix-huit ans, étudiant en médecine, n'ayant encore qu'une seule inscription, fut pris tout à coup d'une attaque d'épilepsie en se mettant à table. Il était d'une très-bonne santé habituelle, avait beaucoup d'intelligence, mais peu de mémoire, et était d'un caractère emporté, mais très-bon au fond. Il avait bien eu des convulsions, étant enfant, et avait eu des accidents intermittents d'incontinence nocturne d'urine vers l'âge de douze à quatorze ans, mais il n'avait jamais eu d'éblouissements et n'était point tombé. Toutefois, il s'était plaint de la tête quelques jours avant son examen du baccalauréat ès lettres (août 1868).

Il fut facile de donner le change au jeune homme, et l'on pensait, du reste, que l'accident ne se renouvellerait peut-être pas, lorsque trois crises survinrent le 7 janvier 1869, une autre le 15 janvier, et enfin cinq autres le 24 janvier ! On ne se fit plus illusion, car on notait chaque fois le cri initial, la perte de connaissance, la convulsion d'un seul côté du corps, des morsures à la langue, de l'écume sanguinolente aux lèvres, le ronflement après l'attaque, puis le sommeil, etc.

Sur le conseil d'un médecin principal de l'armée, on commença un traitement par le valérianate d'ammoniaque, mais l'état s'étant rapidement aggravé, on eut recours à l'usage des sels de zinc, et la situation, pendant six mois, empira chaque jour. Au mois d'avril, par exemple, le malade avait eu quatorze attaques, vingt-deux en mai et trente-cinq en juin !

En juillet, nous changeons notre fusil d'épaule, et l'on administre des pilules de bromure de potassium ferrugineux, puis des solutions bromurées, et enfin des dragées au bromure de potassium. Rien n'y fit. Georges B..., qui avait eu jusqu'alors une bonne apparence et un teint coloré, se mit à maigrir, à pâlir, à souffrir de l'estomac et à avoir de la diarrhée. Le traitement fut suspendu (7 octobre).

Le séjour à la campagne, la vie au grand air et quelques parties de chasse et de plaisir, réussirent tout d'abord. L'état général redevint excellent, et cependant les attaques d'épilepsie se rapprochèrent encore. En juillet, on en avait noté dix-neuf, en août onze, en septembre treize et en octobre quarante-deux.

En novembre, on consulte plusieurs médecins des plus distingués, et ils conseillent tous de reprendre le bromure de potassium. Mais comment se procurer un sel qui soit exempt de chlore et d'iodure, et qui soit chimiquement pur ? J'en écrivis à l'un de mes anciens camarades, pharmacien-major de 1re classe en retraite, et il me répondit que, dans le midi de la France et à Lyon, on prescrivait beaucoup le sirop de Henry Mure au bromure de potassium, et que cette préparation était très en faveur ; qu'elle avait été signalée comme renfermant un sel bromique d'une grande pureté et comme étant apéritive, tonique et stomachique, en raison du sirop d'écorces d'oranges amères qui enrobait le médicament actif.

Comme il n'y avait pas à hésiter, l'usage du sirop de Henry Mure fut commencé le 19 novembre, à la dose d'une cuillerée par jour, c'est-à-dire de 2 grammes de bromure de potassium, le jour même ou Georges B... passait son premier examen de fin d'année, car il n'avait point interrompu ses études malgré son fâcheux état de santé. Le médicament fut bien supporté, activa singulièrement l'appétit, et ramena même de la gaieté et de l'entrain. Le mois de novembre se solda par vingt-huit attaques, dont beaucoup eurent lieu la nuit ou le matin, au lit.

Le 11 décembre, la dose du sirop fut portée à une cuillerée et demie (3 grammes de bromure de potassium). Pendant le mois tout entier, douze attaques seulement.

Le 1er janvier 1870, deux cuillerées à bouche de sirop de Henry Mure, et le 15 janvier, deux cuillerées et demie.

État général excellent, embonpoint relatif, bonne humeur, travail. Sept attaques dans le cours de janvier.

Février. — Deux attaques; la dernière a eu lieu le 25, à huit heures du soir, dans un café.

De mars à septembre, pas un seul accident ne survint, et l'on crut à la guérison, Les événements politiques bouleversèrent toutes les situations et absorbèrent toutes les sollicitudes privées. Georges B... allait bien et voulut faire son devoir; il cessa tout traitement et partit. Le 17 octobre, il eut une crise, et le 26 il en eut quatre autres. Il reprit l'usage du sirop de Henry Mure le 28, eut un commencement de crise le 6 novembre, puis un simple éblouissement le 7, et n'eut plus rien à partir de ce jour, c'est-à-dire depuis trois années révolues.

Georges B..., en 1872, a commencé à interrompre son traitement de temps en temps, mais jamais pendant plus de douze ou quinze jours de suite, et il oscille entre une cuillerée et demie et trois cuillerées de sirop par jour, c'est-à-dire entre 3 et 6 grammes de bromure de potassium. Il est devenu fort, vigoureux, raisonnable, sérieux et intelligent; il manque souvent de mémoire, mais il n'en est pas mois très-avancé dans ses études médicales.

En présence d'une pareille observation, je ne rougis point d'avouer qu'il s'agit du fils de ma propre sœur, de mon neveu par conséquent, et que c'est le malade lui-même qui m'a remis des notes sur tout ce qui lui est arrivé depuis 1867 jusqu'à ce moment.

J'ai le regret d'être arrivé à un âge où l'on a perdu le droit de faire des projets d'avenir, mais je peux bien dire que les médecins commettent une grande faute en ne traitant pas les maladies chroniques et en abandonnant à eux-mêmes les individus réputés incurables, et que si j'avais à recommencer ma carrière, j'aurais la satisfaction d'éviter bien des erreurs que j'ai commises!

En ce qui concerne l'épilepsie et son traitement par le bromure de potassium, je crois que l'on ne sait pas s'y prendre le plus souvent et que l'on fait usage d'un sel de qualité très-inférieure. Un médecin des hôpitaux m'affirmait, il y a un an, que l'on ne trouverait peut-être pas de bromure pur dans dix pharmacies sur les quatre cent quatre-vingts qui existent à Paris. Je m'explique alors la supériorité incontestée de quelques produits pharmaceutiques spéciaux, et notamment du sirop de Henry Mure au bromure de potassium (exempt de chlorure et d'iodure), puisque ce médicament de premier choix peut, comme dans le cas de Georges B..., déterminer des résultats thérapeutiques d'une importance telle, qu'on ne les eût pas cru possibles il y a cinq ou six ans seulement.

Ma conclusion est qu'il ne peut être permis de laisser un convulsif sans traitement.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 24 novembre 1873.

Une grande partie de cette séance a encore été consacrée au choléra.

Dans une note très-courte, M. Besnier, apprenant à la Société que l'épidémie touchait à sa fin, a fait observer que depuis le premier jour où on a noté une diminution dans le nombre des décès, cette épidémie n'a plus cessé d'offrir une marche rapidement décroissante.

Voici les résultats statistiques fournis par M. Besnier :

Jusqu'ici il a été observé, dans les hôpitaux, 432 cas de choléra, sur lesquels on a compté 254 décès. Le jeudi 13 novembre, il n'y avait plus, dans tous les hôpitaux de Paris, que 21 cholériques; un seul était venu du dehors. Pas un seul cas ne s'est développé à l'intérieur. Il y a eu 3 sorties et 1 décès.

L'ordre du jour appelle la suite de la discussion sur le traitement du choléra par les injections veineuses. M. Hayem, à cette occasion, a fait connaître le résultat de ses recherches sur les selles et le sang des cholériques. Il a pu constater que, dans la période algide, qu'il appellerait volontiers période de déshydratation, le sang perd en effet une grande quantité de l'eau qu'il renferme et qu'une stase sanguine plus ou moins complète ne tarde pas à se produire sous l'influence de cette déshydratation. Ce sont là, suivant lui, des conséquences des lésions intestinales. Ces lésions diffèrent du simple catarrhe en ce que les glandes de Peyer sont parfois le siége d'altérations analogues à celle qu'on observe dans la fièvre typhoïde, mais moins profondes cependant que dans cette affection. Dans les premières recherches qu'il a faites à ce sujet sur des enfants, pendant l'épidémie de 1866, M Hayem avait trouvé les plaques de Peyer plus gravement atteintes que dans les cas qu'il a observés cette année. Au microscope, M. Hayem a constaté une desquamation épithéliale considérable, mais il n'a pas observé, comme l'ont affirmé MM. Kelsch et Renaut, d'altérations des glandes en tubes. Il explique ces divergences par les procédés opératoires de ces observateurs, procédés dans lesquels l'emploi de la gomme peut donner lieu à des erreurs.

Quant à l'examen microscopique du sang, M. Hayem n'a pas remarqué de caractères particuliers au choléra. Il a trouvé une augmentation du nombre des globules blancs, et déjà, en 1866, avec M. Hénocque, il avait constaté la présence de petits globules rouges, mais ces derniers lui paraissent être des fragments d'éléments et non pas le résultat d'une atrophie progressive des globules sous l'influence du poison cholérique, comme le prétendent MM. Kelsch et Renaut. Ces phénomènes s'expliquent par la stase sanguine de la période algide et par la déshydratation. On sait, en effet, que, pendant la stase, un grand nombre de globules restent adhérents aux parois vasculaires, et que les globules rouges, notamment, en voie d'extravasation par diapédèse, sont comme étranglés par les parois vasculaires. Lorsqu'on fait une petite incision pour examiner le sang et qu'on presse sur les tissus divisés, on fait sortir forcément un grand nombre de globules blancs et on détermine la fragmentation de quelques globules rouges pincés, pour ainsi dire, par les parois des vaisseaux. Telle est l'explication que M. Hayem avait déjà donnée, dans la séance du 19 septembre, de la présence, dans le sang des cholériques, de ces globules plus petits que les globules normaux, explication qui, comme on voit, est toute différente de l'interprétation soumise à la Société par M. Renaut et reprise depuis par M. Ball dans une leçon faite à l'Hôtel Dieu sur le choléra, et que nous avons publiée dans le numéro 120 de la *Gazette des Hôpitaux*. Mais M. Hayem insiste surtout sur la stase du sang, et dit, en terminant, que pour être efficaces les injections veineuses doivent combattre, prévenir même ces phénomènes de stase.

M. le Président, après cette communication, a déclaré close la discussion sur le traitement du choléra par les injections veineuses.

Dans cette même séance, M. Libermann a donné lecture d'une observation très-intéressante d'arthrite blennorrhagique probable du larynx.

Cette observation, recueillie avec le plus grand soin par M. Libermann lui-même, perdrait à être résumée ; c'est pourquoi nous la donnerons *in extenso* dans un prochain numéro.

La parole est ensuite donnée à M. Bailly, étranger à la Société, pour la lecture d'un travail sur l'intoxication cuivreuse. Ce travail, renvoyé à une commission composée de MM. Bergeron, Hillairet et Bucquoy, doit faire l'objet d'un rapport et sera probablement le point de départ d'une discussion qui ne manquera pas d'intérêt. Nous y reviendrons au moment où sera donné lecture de ce rapport.

ÉTAT SANITAIRE.

Paris. — Pendant la semaine finissant le 14 novembre, on a constaté 763 décès, savoir :

Variole, »; rougeole, 5 ; scarlatine, 1 ; fièvre typhoïde, 22; érysipèle, 6; bronchite aiguë, 28; pneumonie, 47; dysentérie, 1; diarrhée cholériforme des jeunes enfants, 6 ; choléra, 2; angine couenneuse, 10; croup, 14 ; affections puerpérales, 2; autres affections aiguës, 265; affections chroniques, 298, dont 159 dues à la phthisie pulmonaire ; affections chirurgicales, 35; causes accidentelles, 21.

Londres. — Décès du 2 au 8 novembre 1873, 1,832.

Variole, 1;—rougeole, 116 ;—scarlatine, 17;—fièvre typhoïde, 26; — érysipèle, 12; — bronchite, 386; — pneumonie, 128; — dysentérie, 1; — diarrhée, 18 ; — choléra nostras, »; — diphthérie, 7 ; — croup, 16; — coqueluche, 49.

Rome. — Décès du 27 octobre au 2 novembre 1873 : 108.

Variole, 1; — fièvre typhoïde, 2; — érysipèle, »; bronchite, 6; pneumonie, 4; — diphthérie et croup, 5.

Bruxelles. — Décès du 25 octobre au 1er novembre 1873 : 93.

Rougeole, 1 ; — fièvre typhoïde, 1 ; — bronchite et pneumonie, 7; croup et angine couenneuse, 2; — diarrhée des jeunes enfants, 10.

Nice. — Décès du 16 au 31 octobre 1873 : 67.

Variole, » ; — fièvre typhoïde, 3; — érysipèle, 1; — pneumonie, 4 ; — bronchite, 8; — dysentérie, » ; — diphthérie, 2; — croup, ».

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Collége de France. — La chaire d'embryogénie comparée est déclarée vacante. Les candidats sont avertis qu'ils ont un mois pour produire leurs titres.

— *Faculté des sciences de Paris.* — M. le professeur Bert est autorisé à se faire suppléer dans son cours pendant l'année 1873-1874, par M. Gréhant, docteur ès sciences, aide-naturaliste au Muséum.

— *Faculté de médecine de Montpellier.* — M. Bouisson, professeur d'opérations et appareils à la Faculté de médecine de Montpellier, est autorisé à se faire suppléer, pendant le premier semestre de l'année scolaire 1873-1874, par M. Estor, agrégé.

M. le docteur Serre (Jean-Hubert), né à Béziers (Hérault) le 7 juin 1844, est institué agrégé stagiaire près la Faculté de médecine de Montpellier (section de chirurgie et accouchements), par suite du concours ouvert le 1er avril 1872.

Cet agrégé entrera en exercice le 1er novembre 1874 pour en sortir le 1er novembre 1883.

M. Garimond, agrégé libre (section de chirurgie) près la Faculté de médecine de Montpellier, est rappelé à l'activité pour trois ans à partir du 1er novembre 1873, en remplacement de M. Gayraud, qui est en congé.

— *École de pharmacie de Paris.* — Par arrêté en date du 12 novembre 1873, M. Chatin, membre de l'Académie de médecine, professeur à l'École supérieure de pharmacie, est nommé directeur de l'École supérieure de pharmacie, en remplacement de M. Bussy, admis, sur sa demande, à faire valoir ses droits à la retraite et nommé directeur honoraire.

— *École de pharmacie de Paris.* — MM. Bussy et Chevallier, professeurs à l'École supérieure de pharmacie de Paris, sont autorisés à se faire suppléer dans leur cours, pendant l'année scolaire 1873-1874, savoir :

M. Bussy, par M. Riche, agrégé près ladite École;

M. Chevallier, par M. Bourgoin, agrégé près ladite École.

— *École de médecine de Bordeaux.* — L'enseignement est réorganisé ainsi qu'il suit à ladite École.

1° Anatomie. — 2° Physiologie. — 3° Pathologie externe et Médecine opératoire. — 4° Pathologie interne. — 5° Clinique externe (2 chaires). — 6° Clinique interne (2 chaires). — 7° Accouchements, maladies des femmes et des enfants. — 8° Thérapeutique. — 9° Histoire naturelle médicale. — 10° Pharmacie et matière médicale. — 11° Chimie et toxicologie.

Sont nommés à la même École :

Professeur de chimie et toxicologie (chaire transformée), M. Micé, professeur d'histoire naturelle médicale ;

Professeur d'histoire naturelle médicale, M. Perrens, chef des travaux chimiques ;

Professeur de thérapeutique (chaire transformée), M. de Fleury, professeur de thérapeutique et matière médicale;

Professeur de pharmacie et matière médicale, M. Métadier, professeur de chimie, pharmacie et toxicologie.

— *École de médecine de Nantes.* — M. Malherbe (Albert), docteur en médecine, est nommé chef des travaux anatomiques à l'École préparatoire de médecine et de pharmacie de Nantes, en remplacement de M. Chartier, appelé à d'autres fonctions.

— *Écoles vétérinaires de Lyon et de Toulouse.* — Un concours sera ouvert, le lundi 23 février 1874, à l'École vétérinaire de Lyon, pour la nomination à deux emplois de chef de service de physique, chimie et pharmacie, vacants dans les écoles vétérinaires de Lyon et de Toulouse.

— Le conseil de la Société française de secours aux blessés militaires, fera célébrer à l'église de la Madeleine, le jeudi 20 novembre, à midi précis, un service funèbre pour l'âme de son président, M. le comte de Flavigny.

La Société ne pouvant prévenir directement toutes les personnes qui, par souvenir de relations ou par reconnaissance, voudraient assister à la cérémonie, désire que cet avis soit considéré par elles comme une invitation.

— M. Brouardel, professeur agrégé, suppléant M. le professeur Bouillaud à l'hôpital de la Charité, commencera ses leçons cliniques le jeudi 20 novembre, à neuf heures et demie, et les continuera les samedis, mardis et jeudis suivants, à la même heure.

— M. le docteur T. Gallard, médecin de l'hôpital de la Pitié, reprendra ses leçons de clinique médicale, dans l'amphithéâtre n° 3 de cet hôpital, le mardi 18 novembre 1873.

— M. le docteur Duplay, professeur agrégé à la Faculté de médecine, commencera, à l'hôpital Saint-Antoine, ses leçons de clinique chirurgicale le mardi 18 novembre, à neuf heures et demie, et les continuera le mardi de chaque semaine, à la même heure.

Visite des malades tous les jours à huit heures et demie. — Opérations à l'amphithéâtre, le mardi, à la suite de la leçon clinique.

— M. le docteur Peter, professeur agrégé à la Faculté de medecine, commencera, à l'hôpital Saint-Antoine, ses leçons de clinique médicale le samedi 22 novembre, à neuf heures et demie, et les continuera le samedi de chaque semaine, à la même heure.

Visite des malades tous les jours à huit heures et demie.

— M. le docteur Dieulafoy, ancien interne (Médaille d'or) des hôpitaux, commencera son cours public de pathologie interne le lundi 17 novembre, à quatre heures, dans l'amphithéâtre n° 2 de l'École pratique, et le continuera les lundis, mercredis et vendredis suivants, à la même heure.

— M. le docteur Galezowski commencera un cours public sur les maladies des yeux le mardi 18 novembre, à 8 heures du soir, à l'amphithéâtre n° 3 de l'École pratique, et le continuera les samedis et mardis suivants, à la même heure.

— M. le docteur de Wecker reprendra ses conférences cliniques mercredi 19 novembre, à deux heures, 55, rue du Cherche-Midi, et les continuera les samedis et mercredis suivants.

Mercredi, opérations ; samedi, exercices ophthalmoscopiques.

— On demande un médecin dans un chef-lieu de canton dé-

pourvu de praticien, et qui peut offrir environ vingt communes à desservir dans un rayon très-rapproché. — S'adresser au maire de Cormeilles (Eure).

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Manuel complet de médecine légale, ou résumé des meilleurs ouvrages publiés jusqu'à ce jour sur cette matière et des jugements et arrêts les plus récents, par J. BRIAND, docteur médecin de la Faculté de Paris, et E. CHAUDÉ, docteur en droit, et contenant un *Traité élémentaire de chimie légale*, dans lequel sont exposées les applications de l'analyse chimique et du microscope aux principales expertises criminelles, civiles et commerciales, par J. BOUIS, professeur de toxicologie à l'École supérieure de pharmacie de Paris. Neuvième édition. — Paris, 1874, 1 fort vol. gr. in-8° de VIII-1105 pages avec 3 planches gravées et 37 figures dans le texte. Prix : 18 francs. — J.-B. Baillière et fils.

De la régénération des organes et des tissus en physiologie et en chirurgie, par J.-N. DEMARQUAY, chirurgien de la Maison municipale de santé. — Paris, 1873, in-4° de VIII-328 pages avec 4 planches, comprenant 19 figures lithographiées et chromolithographiées. Prix : 16 francs. — J.-B. Baillière et fils.

Traité pratique des maladies des femmes hors l'état de grossesse, pendant la grossesse et après l'accouchement, par FLEETWOOD CHURCHILL, professeur d'accouchements, traduit de l'anglais par le docteur WIENLAND et DUBRISAY. Deuxième édition, revue, corrigée et contenant l'exposé des travaux français et étrangers les plus récents, par le docteur A. LE BLOND, ancien interne des hôpitaux de Paris. — Paris, 1874, 1 fort vol. in-8° de XVI-1255 pages avec 337 figures intercalées dans le texte. Prix : 18 francs. — J.-B. Baillière et fils.

Agenda-annuaire ou Guide pratique de l'étudiant, contenant la législation des Facultés, l'emploi du temps de l'élève, le personnel, les cours et les prix de la Faculté et de M. FORT, la dissection, les cours libres de l'École pratique, les examens, les concours de l'externat et de l'internat, les journaux de médecine, les librairies et les écoles secondaires, et de plus, ce qui concerne les étudiants et les médecins étrangers, les officiers de santé, les étudiants en pharmacie et les élèves sages-femmes, par le docteur J. A. FORT. — Prix : 1 fr. 50. — Adrien Delahaye.

Le Directeur : Dr E. LE SOURD.

Paris. — Typographie A. POUGIN, quai Voltaire, 13.

N° 134 — JEUDI 20 NOVEMBRE 1873. 46e ANNEE. JEUDI 20 NOVEMBRE 1873. — N° 134.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Bureaux : 57, rue des Saints-Pères, 57
PRÈS L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix d'abonnement
doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

On s'abonne hors de Paris
dans les bureaux des Messageries et chez les Libraires
Les lettres non affranchies sont refusées.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui n'en peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS : Trois mois. . 8 fr. 50 c. — Six mois. . . 16 — — Un an. . . . 30 —

POUR L'ÉTRANGER le port en sus suivant les derniers tarifs des Postes.

Paris, le 19 novembre 1873.

SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance pleine d'émotions. Il s'agissait d'élire un membre dans la section de médecine vétérinaire en remplacement de M. Leblanc. Les candidats proposés par la commission d'élection étaient classés dans l'ordre suivant : M. Goubaux, M. Sanson, M. Baillet, M. Camille Leblanc (fils de l'académicien qu'il s'agissait de remplacer) et M. Trasbot. D'après les dispositions de l'Académie, la lutte paraissait devoir se passer entre MM. Goubaux, Sanson et Leblanc, apportant tous trois des titres également recommandables, mais divers : le premier comme professeur, représentant plus particulièrement l'élément enseignant de l'École d'Alfort; le second comme publiciste, représentant surtout la science théorique; le troisième comme praticien et continuateur des traditions paternelles. Au premier tour de scrutin, MM. Goubaux et Leblanc sont arrivés presque égaux, le premier avec 31 suffrages, le second avec 30, M. Sanson en a recueilli 13. Un second tour a donné 38 voix à M. Leblanc, 36 à M. Goubaux et 2 à M. Sanson. Il a fallu recourir à un scrutin de ballottage entre MM. Goubaux et Leblanc, dont les noms sortaient alternativement de l'urne, se suivant à 1 ou 2 voix près, plus souvent à nombre égal. La majorité était de 38, le nombre des votants étant de 75. Les deux compétiteurs avaient chacun 37 voix au moment où il ne restait plus qu'un bulletin dans l'urne. Ce bulletin retiré a donné la majorité d'une voix à M. Goubaux, qui a été proclamé élu.

L'Académie, à peine remise des émotions de ce scrutin, a entendu une lecture de M. Laboulbène, candidat à la place vacante dans la section d'anatomie pathologique, sur un phénomène pathologique rare et curieux, la présence d'une matière analogue au sable dans les intestins. Nous donnerons plus tard un résumé et les conclusions de ce travail.

La séance a été terminée par la lecture du rapport sur le prix Amussat pour l'année 1873, lu par M. Armand Moreau, rapporteur de la commission.

Mardi prochain, après la séance publique, l'Académie entendra en comité secret la lecture du rapport sur les candidats à la place vacante dans la section d'anatomie pathologique.

La discussion sur le choléra se trouve ainsi ajournée.

Notons, comme une bonne nouvelle, l'absence de bulletin cholérique pour la semaine qui vient de s'écouler.

Dr BROCHIN.

HOPITAL MILITAIRE DE MÉDÉAH. — M. ARON.

Kyste dermoïde pileux de l'ovaire chez une femme de soixante-quinze ans.

OBSERVATION. — Une vieille femme de soixante-quinze ans est apportée à l'hôpital de Médéah, le 22 avril 1873, dans un état avancé de marasme sénile; elle n'a plus littéralement que la peau et les os, et les signes de la décrépitude physiologique sont imprimés sur sa face jaune, ridée, édentée; atteinte de diarrhée cachectique, d'œdème des extrémités inférieures, elle est en proie depuis quelques jours à des vomissements qui suivent l'ingestion des aliments et accuse des douleurs permanentes en ceinture et dans les régions rénales. Outre un amaigrissement porté aux dernières limites, l'examen fait constater l'intégrité des voies respiratoires, un état normal des fonctions du cœur, l'absence d'albumine dans les urines. En découvrant la malade, on constate que l'abdomen offre une distension très-considérable, analogue à celle que présenterait une femme arrivée au septième mois de sa grossesse; une tumeur globuleuse, ovoïde, occupe l'abdomen et fait saillir l'ombilic. Cette tumeur est mate dans tous ses points, donne à la palpation une sensation de poche distendue sans fluctuation; les intestins occupent les régions latérales du ventre. Interrogée sur ses fonctions menstruelles, elle affirme avoir été menstruée très-régulièrement jusqu'à la ménopause, qui a eu lieu il y a une douzaine d'années. Elle n'a jamais eu d'enfants; le début de la tumeur remonte à l'époque de la cessation des règles, et son augmentation a été progressive. Le toucher vaginal constate l'intégrité du col, situé à sa place normale et sans trace de déchirure ancienne; rien dans le cul-de-sac.

L'état de débilité générale et l'âge avancé de la malade éloignent toute idée d'intervention active; on combat et on arrive à arrêter les vomissements par l'application d'un vésicatoire morphiné à l'épigastre et les boissons gazeuses; régime tonique, quinquina.

Le 11 mai, sans symptômes précurseurs, la malade s'éteint presque subitement.

Autopsie. — L'abdomen, très-distendu, ne présente pas dans ses parois de circulation collatérale augmentée et ses plans glissent librement sur la tumeur, sans interposition de liquide. La mensuration donne 72 centimètres pour la circonférence abdominale dans le point le plus saillant. Le membre inférieur gauche est œdématié et tout le reste du corps très-amaigri.

L'ouverture de l'abdomen met à découvert une tumeur volumi-

neuse, arrondie, globuleuse, lisse extérieurement et mesurant dans le sens vertical 35 centimètres et 33 centimètres dans le sens horizontal. Des adhérences molles, faciles à détacher avec la main, la fixent à la paroi péritonéale antérieure et latérale ; sur le péritoine en avant et sur les côtés, on trouve une quantité de granulations atteignant à peine le volume d'un grain de millet et donnant à la main la sensation des aspérités du velours. Toutes les parois extérieures de la tumeur présentent des granulations semblables, qui paraissent avoir été produites par le frottement des parois abdominales ayant amené un certain degré d'inflammation. Sur la partie gauche, des adhérences beaucoup plus intenses et plus difficiles à détacher, l'unissent aux anses intestinales et particulièrement à l'S iliaque et au rectum. Sur la partie supérieure et gauche du kyste, au-dessous de la région splénique, on trouve que sa paroi est, dans l'espace d'un triangle à sa base supérieure et à sommet dirigé en bas et à sa gauche, constituée par une plaque épaissie, dure, ressemblant à du cartilage et mesurant 10 centimètres sur un des côtés et 6 centimètres de l'autre. On retrouve de semblables plaques de consistance cartilagineuse à circonférence irrégulière et déchiquetée sur la paroi droite de la tumeur, dont elles occupent une étendue de 10 centimètres de long sur 6 et demi de large. Une troisième plaque moins considérable (6 centimètres de long sur 3 de large) est située sur la partie diamétralement opposée du côté gauche. De nombreux vaisseaux veineux et artériels rampent dans différentes directions sur les parois. La palpation du contenu de la poche donne une sensation bien singulière ; celle de petites tumeurs rondes de divers volumes, semblables à de petites boules et roulant sous les doigts sans se confondre les unes avec les autres. Une ponction pratiquée sur la partie latérale à gauche du kyste donne issue à plusieurs boules de couleur jaunâtre, régulièrement arrondies et ressemblant à s'y méprendre à des billes de terre glaise ou à des boulettes de mastic de vitrier pétri, dont elles ont du reste la consistance. Étonné de l'apparence insolite de ce contenu, on ouvre plus largement le kyste, qui se trouve complétement rempli de matières analogues à celles qui se sont échappées d'abord. Recueillies avec une cuiller, elles remplissent deux grandes terrines et pèsent 4 kil. 110 grammes. Ces substances présentent l'aspect suivant : les boules sont toutes de forme ronde ou ovoïde, sans adhérences les unes avec les autres ; elles roulent librement dans la poche qui renferme, dans sa partie déclive seulement, un liquide de consistance sirupeuse, mucilagineuse, de couleur blanche, opaline, sans odeur appréciable et à réaction faiblement acide. Ce liquide peut être évalué à 4 ou 500 grammes au plus. Ces petites sphères solides, dont le grand nombre n'a pas permis de les compter, ont généralement un volume de 2 à 4 centimètres de diamètre. Quelques-unes offrent un diamètre de 6 à 8 centimètres, presque le volume du poing. Pleines, molles, se laissant pétrir comme du mastic, elles contiennent toutes, en outre d'une matière jaunâtre, grasse, une certaine quantité de poils de couleur blanche ou roussâtre et dispersés dans la masse suifeuse. Dans les sphères plus volumineuses, de 6 à 8 centimètres de diamètre, on voit des couches concentriques, parfaitement distinctes et comme feutrées par des dépôts successivement surajoutés de 5 à 6 millimètres d'épaisseur, se détachant avec facilité l'une de l'autre et entourant un noyau central analogue aux sphères plus petites. On trouve également mêlés à ces matières une dizaine de fragments beaucoup plus solides, dont la forme variable ressemble à un morceau de calotte hémisphérique de 4 centimètres de long sur 2 de large, soit à des masses de 3 centimètres et demi dans tous les sens, bosselées, inégales et sans contour régulier. Ces produits sont très-durs, contrairement aux précédents, et leur couleur jaune est teintée de noir; ils contiennent également des poils intimement imbriqués. La grande consistance et la dureté de ces dernières substances pourraient faire croire à leur nature osseuse ; mais ajoutons tout de suite qu'après un séjour prolongé dans l'alcool concentré, cette résistance a beaucoup diminué et n'est plus que cartilagineuse, c'est-à-dire qu'il est facile de les entamer, de les ployer et, en pratiquant des coupes, on peut s'assurer que ces matières ne sont autres que de la substance graisseuse durcie et mélangée de productions pileuses en très-grande quantité (voir plus loin l'examen microscopique).

La poche vidée complétement et étalée présente une paroi interne, inégale, rugueuse, ridée, d'épaisseur coercible, depuis 1 millimètre jusqu'à 2 et 3 millimètres, suivant les points où on l'examine, et tapissée de substance grasse adhérente. Les parties correspondant intérieurement aux incrustations cartilagineuses décrites, sur la surface extérieure, présentent les particularités suivantes : une masse dure, mesurant 5 centimètres de haut sur 3 de large et ayant une épaisseur de 2 centimètres et demi, continue la plaque cartilagineuse externe triangulaire, en faisant saillie dans l'intérieur de la poche. Un feutrage intime de poils agglutinés par une matière grasse durcie servant de ciment la constitue, ainsi que le prouvent les coupes pratiquées; de semblables productions correspondent aux autres incrustations cartilagineuses.

On procède à la dissection des organes génitaux après les avoir détachés des parties voisines : on trouve ainsi un vagin sain, une matrice mesurant 6 centimètres du fond au col, qui est sain et intact, et 4 centimètres entre les points d'implantation des deux trompes. Cet organe n'a rien que de normal.

L'ovaire du côté droit est sain et atrophié et le pavillon et la trompe bien conformés. Du côté gauche, au contraire, on ne trouve plus traces de l'ovaire, la trompe de Fallope rampe sur les parois du kyste pour venir s'adosser à sa paroi latérale inférieure à laquelle adhèrent les franges étalées du pavillon. Le kyste est manifestement développé aux dépens de l'ovaire gauche. On n'a trouvé rien qui ressemble à des dents ou à des os dans le contenu décrit.

L'examen chimique et microscopique des matières que renferment la tumeur a été pratiqué avec le concours de M. Marty, pharmacien-major, et a donné les résultats suivants :

1° Parties liquides, épaissies, sirupeuses, opalines, à réaction faiblement acide ; elles renferment de l'albumine, une matière qui ressemble à la gélatine, une substance grasse, enfin une petite quantité de phosphate de chaux. Au microscope, ces liquides ne laissent apercevoir que les fragments nombreux d'épithéliums, des globules graisseux et des granulations qui paraissent dues à de la matière protéique ; absence complète de corps cristallisés.

2° La matière solide est presque exclusivement composée de matières organiques. 3gr,7 incinérés n'ont laissé que 1 décigramme de matières salines inorganiques composées de carbonate de soude et de phosphate de chaux : soit 2gr,7 pour cent. Il faut y ajouter les débris de membrane muqueuse et les poils dont il a été parlé plus haut. L'examen microscopique n'a pu trouver ni corpuscule osseux, ni canalicule de Hawers même dans les parties les plus denses. La paroi interne du kyste présente des lamelles épidermiques et des cellules plus jeunes d'épithéliums. Sous cette surface, une trame fibro-aréolaire comparable au derme ; les poils sont, les uns pourvus de leur bulbe et de leurs glands sébacés, les autres en sont dépourvus. L'analyse chimique, autant qu'on a pu la pratiquer avec des moyens insuffisants, montre que la matière suifeuse jaune est surtout formée par deux substances, l'une soluble dans l'éther froid et dans l'alcool bouillant, et se déposant par le refroidissement, paraît être de la margarine ; l'autre, insoluble dans les deux véhicules précités, offre tous les caractères d'une substance protéique.

Réflexions. — La description qui précède se rapporte évidemment à la variété de kystes de l'ovaire, désignés sous le nom de *pileux*, de *graisseux*, auxquels Lebert a préféré donner l'appellation plus caractéristique de *dermoïde*, puisqu'elle rappelle l'organisation cutanée de ces tumeurs et des substances singulières qu'elles renferment. Ces productions pathologiques aujourd'hui bien connues et parfaitement décrites, ne sont pas cependant d'une fréquence telle qu'il n'y ait lieu de faire connaître encore celles que le hasard de l'observation fait rencontrer, puisque aussi bien les particularités de chaque cas sont de nature à compléter l'étude anatomo-pathologique de ces néo-

plasies dont la genèse est encore entourée de bien des obscurités.

Au point de vue des symptômes présentés dans le cas particulier, il semble que la tolérance de la tumeur ait été parfaite, puisque depuis l'époque de son apparition après la ménopause, elle a permis à la malade de se livrer pendant douze années à ses occupations de ménage habituelles, surtout jusqu'à ce que la déchéance physiologique due à son grand âge l'ait amenée à l'hôpital. Dans les derniers temps seulement, des vomissements réflexes, attribuables peut-être à la péritonite localisée des parois abdominales, ont manifesté la souffrance des organes abdominaux.

Pour ce qui est de l'anatomie pathologique et de la variété dans laquelle devra être rangée notre tumeur, il ressort des détails cités plus haut : 1° que les parois et la poche kystique présentaient des plaques comme des plastrons cartilagineux, dont la nature se rapproche évidemment de la structure épidémique ; 2° Que ni dans les callosités des parois ni dans les parties très-solides et comme pierreuses, renfermées dans la gangue graisseuse du contenu, il n'a été possible de trouver de substance osseuse ; 3° que la grande quantité de poils, qui pourrait faire donner au kyste la qualification de pileux, n'est autre chose que le résultat d'une sécrétion cutanée anormale innombrable, dont les boules graisseuses et suifeuses, composées de margarine, sont également le produit. L'absence de substance dentaire et osseuse est, nous semble-t-il, importante en ce qu'elle permet de résoudre l'étiologie spéciale du kyste.

En effet, des trois opinions par lesquelles on a cherché à expliquer le mode de formation des kystes pileux ou dermoïdes, *inclusion*, *grossesse extra-utérine* ou *hétéropie spontanée*; quelle est celle qu'il convient d'adopter chez notre malade ? Nous excluons tout d'abord l'inclusion, en rappelant que la tumeur abdominale ne remonte qu'à une douzaine d'années, et que son début a été signalé par la cessation des fonctions ovariques, et que d'ailleurs on ne retrouve aucune partie fœtale dans son intérieur.

La seconde hypothèse de grossesse ovarique se concilie mal avec ces deux dernières circonstances, et avec les renseignements qui présentent la malade comme n'ayant jamais eu d'enfants.

Nous admettrons donc pleinement, comme se rapportant à toutes les circonstances de notre observation, l'explication de l'hétéropie plastique ou de la formation spontanée du kyste dermoïde. Ce qui nous a paru surtout singulier dans son contenu, c'est le nombre considérable et la forme globuleuse et arrondie des sphères graisseuses. Quelle est l'explication de cette forme et de ce fractionnement tout particulier du produit de sécrétion. Il nous paraît difficile de l'attribuer à une autre cause qu'à des poussées successives de sécrétion d'une part, et de l'autre à la mobilité du kyste et de son contenu.

LE TREMBLEMENT ÉMOTIF

ALINÉA OUBLIÉ DE LA PATHOLOGIE MENTALE

Par le Dr Berthier, médecin de Bicêtre.

Il est un phénomène qui, dans ces derniers temps, a été particulièrement observé par les hommes adonnés à l'étude des affections nerveuses.

Je veux parler du tremblement.

Ce symptôme, en effet, ne pouvait manquer de fixer l'attention, à une époque où ont été poussés si loin les travaux de l'analyse, et où l'on a compris la nécessité de sortir de l'ornière des systèmes pour revenir à la voie si large de la doctrine hippocratique qui assigne son rang légitime à chaque élément morbide.

On le trouve consigné dans les auteurs contemporains, partout où sont traités les états toxiques ou paralytiques... c'est-à-dire partout où il peut être rattaché comme partie constituante.

Mais il me semble que, nulle part, on n'en parle comme état purement spasmodique, si ce n'est pour indiquer un mouvement passionnel, superflu ou dédaigné. Et pourtant, c'est l'indice d'une situation morale bien différente de celle de ces maladies que nous venons de mentionner, et bien capable d'en imposer pour une manifestation organique, de tromper sur le diagnostic, le pronostic et le traitement !

Semblable au frémissement de l'homme en colère, dont il emprunte la nature, il anime certains muscles de soubresauts irréguliers qui imitent les secousses obtenues à l'aide de la pile électrique. Il siége principalement à la face, plus fréquemment d'un côté, aux fibres superficielles de l'orbiculaire des paupières, des muscles releveurs de l'aile du nez, à l'endroit où ils se réunissent aux faisceaux inférieurs du releveur propre de la lèvre supérieure, — quelquefois aussi à la langue, de manière à agiter l'émission des mots et à simuler le bégaiement, — enfin, quoique plus rarement, aux mains, qui ressemblent alors à celles des vieux ivrognes.

On le remarque plutôt dans les vésanies à délire systématisé, tel que celui de persécutions, lorsque les sujets sont actionnés par leur délire, sous l'empire d'hallucinations, mus par une vive controverse. C'est pourquoi je propose de le nommer *tremblement émotif*, pour en préciser la signification, en caractériser le principe, le distinguer des tremblements qui sont signes ou épiphénomènes d'aliénations autres que la folie proprement dite.

En publiant cette note, nous avons voulu épargner à nos confrères une erreur dans laquelle nous sommes tombé dans les circonstances suivantes.

1er Exemple. — Un élève en théologie protestante, d'habitudes tempérantes, se présente à la visite. Après l'avoir examiné fort longtemps et ne trouvant rien d'anormal, j'aperçus un sautillement inégal du dessus des lèvres et un tremblement très-manifeste à la langue. Il se plaignit de crampes aux mollets, m'avoua qu'il souffrait de la tête et que ses jambes étaient faibles. Sa mémoire, ajoutait-il, lui faisait quelquefois défaut. A part cela, réponses lucides, attitude sage, sentiments convenables. Je soupçonnai une rémission de paralysie générale, et me tins sur la réserve. Quelques jours après, nous constatâmes ce qu'on nomme une monomanie et une diminution sensible des phénomènes nerveux. Il avait dissimulé. Peu à peu ceux-ci disparurent, si bien que je pus demander sa sortie à la fin du mois, après qu'il se fut montré parfaitement raisonnable et m'eut traduit un chapitre de Conolly, sur le traitement moral.

2e Exemple. — S..., très-sobre en tout, et qui habite encore nos salles, est un jeune homme atteint de stupidité ou stupeur mélancolique des plus prononcées.

Dans les premiers jours de son arrvée à Bicêtre, il offrait une physionomie ahurie, des hallucinations pénibles, et dès qu'on lui adressait la parole, tremblait comme une feuille, selon l'expression vulgaire. De prime abord, naturellement, nous crûmes à de l'alcoolisme. Mais nous ne tardâmes pas à sortir de notre erreur en voyant que les spasmes de la langue, de la face et des mains disparaissaient avec le temps ou ne se manifestaient qu'en notre présence.

3e Exemple. — On trouve chez H..., ouvrier intelligent et n'ayant

pas abusé de la boisson, le type le plus accompli de la manie chronique. Son discours est un véritable pot-pourri oratoire, lorsqu'il n'est pas décousu; sa conduite est en parfaite harmonie avec son langage, et cependant, quand il veut discuter, quand on le contrarie, on remarque sur sa figure des tressaillements vermiculaires qu'il est impossible de retrouver quand il est calme et non irrité.

Ainsi, voilà trois malades qui, au début, ont dérouté nos appréciations, et qui, peut-être, ont déconcerté les médecins qui les ont vus avant nous, à cause de la présence, dans leur symptomatologie, d'un spasme étranger à la maladie, d'une sorte d'élément parasitaire.

Ce spasme, on en jugera, mérite d'être étudié, car il ne manque pas d'importance, soit par la source des erreurs qu'il produit, soit par sa puissance originelle. On devra donc toujours tâter la susceptibilité des aliénés, leur degré d'émotivité avant de rien conclure sur leur situation. Il est des gens tellement impressionnables qu'un rien les trouble et les empêche de parler. Tissot rapporte qu'un jeune homme fut tellement ébranlé par une joie imprévue, que lorsqu'il éprouvait ce sentiment, il était pris de bégaiement et tombait dans une hémiplégie complète du côté droit.

Maintenant, comment distinguer le tremblement déterminé par une émotion?

1° Il est momentané, et ne se manifeste que sous le coup de l'irritation ou de la crainte;

2° Il est léger, superficiel, capable de passer inaperçu aux examens rapides ou rares;

3° Il disparaît ou diminue avec l'habitude et le temps, contrairement à ceux de l'alcoolisme et de la paralysie, qui ne guérissent pas;

4° Il peut se rencontrer dans toutes les folies, mais se remarque surtout dans les vésanies à délire fixe et systématisé, — en premier lieu dans le délire de soupçon ou de persécutions.

PHLEGMATIA ALBA DOLENS

AYANT SON SIÉGE DANS LES MEMBRES SUPÉRIEURS

Par M. le Dr Léon Bec.

Tous les auteurs s'accordent à reconnaître la rareté de l'œdème douloureux des femmes en couches occupant les membres thoraciques. Quelques-uns même semblent se demander si jamais cette affection s'est montrée en dehors de son siége habituel, les membres inférieurs. L'observation suivante pourra servir à éclaircir ce point :

La dame R..., âgé de vingt-six ans, habitant un village voisin, après cinq années de mariage, devenait enceinte pour la première fois. D'un tempérament extrêmement porté à l'anémie, cette femme s'était fait remarquer, jusqu'à ces derniers temps, par la pâleur de ses téguments, par une certaine bouffissure du visage. Elle avait fréquemment recours aux préparations ferrugineuses pour ramener chez elle un état de santé provisoire.

La grossesse, survenue au milieu de ces circonstances, fit disparaître tout malaise. De son propre aveu, elle ne s'est jamais si bien portée que pendant ces neuf mois. L'accouchement fut peu laborieux, l'hémorrhagie normale. L'enfant, qui paraissait doué d'une forte constitution, fut pris de convulsions qui cédèrent à l'application de deux sangsues placées successivement derrière chaque apophyse mastoïde. Malheureusement, au bout de dix jours, les mêmes convulsions survinrent, ne furent pas combattues par le même moyen et devinrent mortelles. Le lait, assez abondant, du reste, disparut facilement. L'accouchement avait eu lieu le 16 août; le 7 septembre, j'étais appelé auprès de cette femme, que je trouvais dans l'état suivant :

Tout le membre supérieur droit présente un gonflement considérable; il est double de volume. C'est par la main que ce gonflement a commencé, et il s'est étendu rapidement jusqu'à l'épaule. La peau est blanche, lisse, tendue; c'est à peine si le doigt peut y laisser une impression légère qui s'efface presque aussitôt. Dans certains points, surtout au pli du coude, on remarque quelques traînées bleuâtres. Tout le membre est douloureux, lourd, incapable d'exécuter le moindre mouvement. Les doigts qui participent à la tuméfaction ne peuvent, à aucun degré, être fléchis. Toute pression est intolérable; en maints endroits, on sent des cordons durs, douloureux, indices certains de veines oblitérées. Le pouls est petit, fréquent; la fièvre modérée.

Pour boisson, chiendent nitré. Frictions légères sur le membre avec le baume tranquille. Le soir, une pilule d'extrait d'opium (5 centig.). Le membre est tenu sur un coussin, de telle sorte que l'extrémité en soit plus élevée que le tronc. Repos au lit. Alimentation légère. La douleur disparaît d'abord; un bandage roulé est appliqué quelques jours après, et, en moins de vingt-quatre heures, toute la tuméfaction avait disparu.

Six jours plus tard, le 18 septembre, l'œdème revenait de nouveau, occupant cette fois la partie supérieure de la poitrine, le cou, la face et principalement le côté gauche de cette dernière; partout le gonflement présente les mêmes caractères qu'au bras. Les paupières sont avec peine entr'ouvertes. La malade parle avec difficulté. La voix est altérée, rauque et nécessite un certain effort. La respiration est gênée et fait entendre, à l'inspiration, un râlement, un ronflement guttural assez fort. L'auscultation des poumons ne révèle aucune complication dans ces viscères. Je ne suis pas sans crainte en reconnaissant un commencement d'œdème de la glotte. Du reste, la multiplicité des vaisseaux, dans cette région, le voisinage du cœur et des poumons augmentent mes appréhensions, la possibilité de la fragmentation des caillots obturateurs se présentant à ma pensée. Je prescris le repos absolu, des frictions trois fois par jour sur la région tuméfiée avec parties égales d'onguent napolitain, de digitale et de jusquiame. Gargarismes au chlorate de potasse. La douleur cède d'abord. La tuméfaction diminue et avec elle les symptômes d'oppression; mais ces derniers n'étaient pas entièrement disparus, que déjà des douleurs intolérables se faisaient sentir dans le bras gauche, signe précurseur de l'extension du mal.

Dans le membre thoracique de ce côté, en effet, le gonflement survint bientôt avec le même cortége de symptômes plus intenses encore et avait gagné en peu de temps toute l'étendue du membre.

Même prescription *ut supra*. Je recommande seulement que les frictions pratiquées alternativement avec le baume tranquille et avec la pommade d'Osiander soient faites avec beaucoup de douceur afin d'éviter l'émiettement des thrombus et tous les accidents qui en seraient la conséquence.

La malade étant fortement anémiée, je la soumets aux préparations ferrugineuses : les pilules de Vallet, une alimentation reconstituante font disparaître cet état de l'économie. Aujourd'hui, on ne voit plus d'œdème, l'appétit est revenu, et la malade peut se croire avec raison à l'abri de toute récidive.

J'ai été engagé à publier cette observation, non-seulement par la rareté de la phlegmatia alba dolens occupant les membres supérieurs, mais encore par les symptômes d'œdème de la glotte survenu pendant le cours de la maladie, et surtout par la marche successivement envahissante suivie par cette dernière, marche assez analogue à celle de l'érysipèle ambulant.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 18 novembre 1873. — Présidence de M. DEPAUL.

CORRESPONDANCE OFFICIELLE

M. le ministre de l'agriculture et du commerce transmet : 1° les comptes rendus des maladies épidémiques qui ont régné, en 1872, dans les départements de l'Eure, du Loiret, d'Eure-et-Loir, de la Vendée, de l'Orne, de Vaucluse, des Pyrénées Orientales et dans l'arrondissement de Gourdon (Commission des épidémies); 2° une demande en autorisation d'exploiter deux sources d'eaux minérales situées au territoire d'Albertville (Savoie). (Commission des eaux minérales).

CORRESPONDANCE NON OFFICIELLE

Elle comprend : 1° des lettres de candidature de MM. Trélat, pour la place vacante dans la section de pathologie chirurgicale, Villemin, Bucquoy et Jaccoud pour la place vacante dans la section de pathologie médicale; MM. Mignot (de Chantelle) et Rey (de Lyon) pour le titre de membre correspondant national.

PRÉSENTATIONS

M. BÉCLARD présente, de la part de M. le docteur Joannès Chatin, deux thèses : l'une, sur les glandes odorantes des mammifères, l'autre sur le développement de l'ovule et de la graine dans certaines plantes.

M. TARDIEU offre en hommage, au nom de M. le professeur Fonssagrives (de Montpellier), un volume ayant pour titre : *Hygiène et assainissement des villes.*

ÉLECTION

L'Académie procède à l'élection d'un membre titulaire dans la section de médecine vétérinaire, en remplacement de M. Leblanc, décédé.

La liste de présentation portait :

En 1re ligne : M. Goubaux ;
En 2e ligne : M. Sanson ;
En 3e ligne : M. Baillet ;
En 4e ligne : M. C. Leblanc ;
En 5e ligne : M. Trasbot.

Au premier tour de scrutin, sur 76 votants, la majorité étant de 39,

M. Goubaux obtient.................. 31 suffrages.
M. Leblanc.......................... 30 —
M. Sanson........................... 13 —
M. Baillet.......................... 1 —
Bulletin blanc...................... 1 —

Aucun des candidats n'ayant obtenu la majorité, l'Académie procède à un second tour de scrutin.

Votants : 77; majorité : 39.

M. Leblanc obtient.................. 38 suffrages.
M. Goubaux.......................... 36 —
M. Sanson........................... 2 —
Bulletin blanc...................... 1 —

Il n'y a point de majorité.

On procède à un troisième tour de scrutin, scrutin de ballottage, entre MM. Goubaux et Leblanc.

Votants : 75; majorité : 38.

M. Goubaux obtient.................. 38 suffrages.
M. Leblanc.......................... 37 —

En conséquence, M. Goubaux est élu membre titulaire de l'Académie; son élection sera soumise à l'approbation du Président de la République.

LECTURE

M. LABOULBÈNE, candidat à la place vacante dans la section d'anatomie pathologique, donne lecture d'un travail ayant pour titre : *Du sable intestinal.* (Renvoi à la commission.)

M. COLIN fait observer qu'il est très-fréquent de trouver du sable dans les intestins des animaux.

RAPPORTS

M. ARMAND MOREAU, au nom de la commission du prix Amussat, donne lecture du rapport sur les mémoires envoyés au concours pour ce prix, pour l'année 1873.

L'un des mémoires analysés dans ce rapport, portant sur des observations et des expériences relatives à la greffe épidermique, il se fait un échange d'explications, à ce sujet, entre MM. J. Guérin, Giraldès, Colin, Larrey et le rapporteur. Il résulte de ces explications que le mot de greffe épidermique est peu propre et doit être remplacé par celui de greffe dermique ou dermo-épidermique.

A cinq heures et quart, l'Académie se forme en comité secret pour entendre et discuter les conclusions de ce rapport.

VARIÉTÉS

Nélaton et son œuvre. — Ses éléments de pathologie chirurgicale (1).

Par M. le docteur PÉAN, chirurgien de l'hôpital Saint-Louis.

Parmi les procédés nouveaux que M. Nélaton a introduits dans la pratique, il nous suffira de rappeler les suivants :

Le traitement des hémorrhagies artérielles consécutives par la ligature du vaisseau divisé à la surface des plaies en voie de suppuration, où, contrairement à la doctrine enseignée par Dupuytren et acceptée par tous les chirurgiens, il montre que la ligature des deux bouts de l'artère dans la plaie même en suppuration, doit être préférée à toute autre manœuvre opératoire.

Le traitement des anévrysmes rétro-pelviens par les injections coagulantes.

Ses recherches sur les collections sanguines du bassin, auxquelles il a donné le nom d'hématocèle rétro-utérine, et, ce qui est plus important, qu'il a appris à respecter, évitant ainsi les conséquences graves d'opérations presque toujours inutiles.

La première observation qu'il a faite d'un genre de tumeurs restées jusque-là méconnues, les tumeurs variqueuses des ganglions lymphatiques, dont il a déposé une pièce intéressante au musée Dupuytren.

Ses études sur les polypes naso-pharyngiens, leur insertion basilaire et leur ablation par la méthode palatine.

Le procédé de taille prérectale substitué à la taille latéralisée.

La méthode de rhinoplastie basée sur le principe des cicatrices adhérentes.

Les divers procédés anaplastiques imaginés pour la restauration des paupières, pour la cure de l'épispadias et celle des fistules uréthro-péniennes.

Le traitement des occlusions intestinales par l'entérotomie, de l'anus contre-nature par l'occlusion.

La résection et la suture des nerfs dans les cas de névrome.

Un nouveau mode de réduction des luxations de la mâchoire inférieure fondé sur une connaissance plus précise du mécanisme de leur production.

Ses observations nouvelles relatives aux tumeurs fibreuses de la crête iliaque, au mal perforant du pied, aux kystes sous-hyoïdiens, aux tumeurs glandulaires du voile du palais, aux tumeurs pulsatiles des os, aux enchondromes dont il a poursuivi l'étude dans divers tissus autres que le tissu osseux, qui en avait été jusque-là le seul siége connu.

A ces diverses recherches, il faut joindre les nombreuses thèses, les mémoires, notes et communications dont les sujets ont été puisés par ses élèves dans ses leçons cliniques, source féconde d'idées et de faits intéressants ou nouveaux que la publicité a rapide-

(1) Fin. — Voir le numéro du 13 novembre 1873.

ment répandus dans le domaine commun, mais dont il serait injuste, tout en laissant à leurs auteurs la part de mérite qui leur en revient, de déposséder entièrement le professeur.

Combien d'idées sorties de cette source, dont on fera peut-être honneur un jour à ceux qui n'en ont été que les échos, trop oublieux eux-mêmes de leur origine réelle!

Ce que nous disons pour ces travaux spéciaux dictés ou inspirés par le maître, à plus forte raison le dirons-nous des derniers volumes de la première édition et du premier volume de la deuxième édition des *Éléments de pathologie chirurgicale* qui, bien que rédigés par une autre plume que la sienne, n'en sont pas moins, en réalité, son œuvre, par le plan qu'il en avait tracé d'avance et qui a été fidèlement suivi, par la masse considérable des faits en grande partie empruntés à son expérience personnelle, par l'ensemble des appréciations et des jugements toujours conformes aux siens, et enfin par l'approbation implicite qu'il a donnée à toute la rédaction.

Parmi les critiques qui ont été adressées à M. Nélaton, ou plutôt à quelques-unes de ses œuvres, et que nous n'avons d'ailleurs pas l'intention de relever ni de réfuter ici une à une, il en est une cependant que nous ne pouvons passer sous silence, et dont nous tenons à le justifier, dussions-nous, en apparence, le mettre un moment en contradiction avec lui-même.

Dans une sorte de manifeste, qui fut peut-être de sa part une double erreur de temps et de lieu, si l'on se reporte aux circonstances et aux conditions dans lesquelles il fut fait, M. Nélaton, allant certainement au delà de sa pensée, félicitait la jeune génération chirurgicale de renoncer à ce faux semblant d'une science exacte et profonde empruntée presque exclusivement aux recherches microscopiques pour se rattacher à l'étude de la chirurgie basée sur les grandes indications fournies par la clinique. De là, violentes réclamations de la part de ceux qui se considèrent, à juste titre, comme les représentants de l'École chirurgicale moderne, qui entendent faire bénéficier la chirurgie de tous les travaux de l'ordre chimico-physique et des progrès récents de l'histologie. Que M. Nélaton, dans cette proposition trop absolue dans sa forme ait voulu dire que les grandes indications fournies par la clinique seront toujours le fondement et la base principale des bonnes études chirurgicales, et que ce n'est qu'accessoirement et comme complément ou vérification des données de l'observation que doivent intervenir les éléments d'information empruntés aux sciences physico-chimiques et à la micrographie, comme autrefois on rappelait aux chimistes qui avaient la prétention de substituer les notions de laboratoire à celles de l'amphithéâtre ou de l'hôpital, que leur science devait aider mais non dominer la médecine, *ancilla medicinæ*, beaucoup de chirurgiens, croyons-nous, resteront de son avis.

Ce qui nous fait croire que c'était bien là sa pensée réelle, mal rendue sans doute par son expression, c'est que cette pensée seule est en harmonie et en accord complet avec sa pratique. M. Nélaton, en effet, et c'est par là que nous voulons terminer cette esquisse sur ses principaux travaux, laissait dans son service de la clinique, un accès toujours librement ouvert aux innovations chirurgicales, aux procédés, aux méthodes dont on désirait faire l'épreuve devant lui, aux applications chimiques et microscopiques. Nous l'avons vu souvent expérimenter, avec la prudence et la circonspection qui ne l'abandonnaient jamais, non-seulement les grandes méthodes chirurgicales de ses collègues des hôpitaux, comme celles des chirurgiens étrangers, mais encore tous les procédés, les moyens de traitement ou les moyens de diagnostic qui lui étaient proposés par des confrères de la ville ou par ses élèves. Il ne laissait jamais échapper aucune occasion d'éclairer ou de commenter l'analyse d'un phénomène pathologique par l'application des connaissances physiologiques les plus nouvelles, d'appliquer, dans toutes les circonstances où cela était possible et utile, les réactions chimiques ou les moyens d'exploration physique au diagnostic. Il n'enlevait pas une tumeur qu'il n'en fît faire l'examen microscopique par ses élèves ou qu'il n'en appelât aux lumières des micrographes les plus compétents. C'est à la Clinique, dans son service et par lui-même que nous avons vu faire les premières applications des procédés électro-chimiques à la cautérisation ou à la destruction des tissus ou de tumeurs profondément situées, et particulièrement au traitement des polypes naso-pharyngiens.

Pour en revenir aux *Éléments de pathologie chirurgicale* qui ont été l'objet principal de cette notice, quelle que soit la part que l'histoire, qui commence aujourd'hui pour M. Nélaton, lui réserve dans la confection de cette œuvre, et nous venons de faire voir combien elle est en réalité importante, il n'y a qu'une voix aujourd'hui pour la placer au premier rang des ouvrages classiques de notre époque. Espérons que pour avoir donné à cette seconde édition les développements plus considérables que nécessitent les acquisitions journalières de la science et pour y avoir apporté le tribut de notre expérience personnelle, on ne nous accusera pas de l'avoir fait déchoir du rang élevé où l'a placée l'opinion publique.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Corps de santé de la marine. — A la suite des concours ouverts le 15 septembre dernier dans les écoles de médecine navale de Brest, Rochefort et Toulon, ont été nommés pour les destinations suivantes : Brest = B., Cherbourg = C., Cochinchine = Co., Guyane = G., infanterie de marine = I., Nossi-Bé = N., Rochefort = R., Sénégal = S., Toulon = T.

Au grade de médecin de 1re classe : MM. Mac-Auliffe (N.), Dounon (T.), Bernard (Co.), Catelan (T.), Deschamps (C.), Élouet (B.), Nègre (C.), Maurel (C.), Jousset (R.), Kermorgant (B.), Olmeta (B.), Roux (S.).

Au grade de médecin de 2e classe : MM. Taulier (T.), Crevaux (T.), Bohan (S.), Rémond (B.), Guérin (B.), Arnaud (T.), Brusque (T.), Bernard (B.), Letessier (B.), Deschamps (B.), Joubin (B.), Henry (R.), Mathé (I.), Lejanne (I.).

Au grade d'aide-médecin. — MM. Kieffer (T.), Hercouet (B.), Pellissier (T.), Audic (B.), Roux (B.), Delrieu (T.), Guégan (B.), Hébert (B.), Thou (T.), Boussac (T.), Reynaud (T.), Palmade (R.), Gallevand (B.), Néis (B.), Brondel (B.), Pfihl (B.), Auvray (B.), Artigues (T.), Cerclet (R.), Bourat (R.), Follet (R.), Philip (T.), Colin (B.), Le Moyne (B.), Briant (B.), Bodet (B.), Dupeux (R.), Maget (T.), Canoville (B.), Lusseau (R.), Peyron (B.), Tarissan (B.), Lidin (R.), Le Denmat (B.), Crimail (B.).

Au grade de pharmacien de 1re classe : M. Coutance (B.).

Au grade de pharmacien de 2e classe : M. Gandaubert (G.).

Au grade d'aide-pharmacien : MM. Sauvaire (T.), Legall (B.), Pascalet (T.), Cardaliaguet (B.), Baucher (B.), Cavalier (T.), Deneuville (R.), Bec (R.).

— *Hôpitaux de Bordeaux.* — A la suite d'un brillant concours, ont été nommés :

Premier interne : M. Franck.

Internes titulaires : MM. Troquart, Gauthier, Lalesque, Delmas et Pousson.

Internes adjoints : MM. Dauzats, Hirigoyen, Rabère, Ferrand, Bitot, Rubens, Peyre, Grégory, Gory et Chavoix.

— La Société de médecine de Paris tiendra sa prochaine séance le samedi 22 novembre 1873, 3, rue de l'Abbaye, à trois heures et demie très-précises.

Ordre du jour : 1° Lecture du procès-verbal de la précédente séance ; — 2° lecture du rapport de M. Aimé Martin sur le mémoire de M. Dubuc (*D'une variété clinique du chancre syphilitique de l'homme — du chancre syphilitique multiple herpétiforme*), à l'appui de sa candidature au titre de membre titulaire ; — 3° rapport de M. Gallard sur plusieurs observations de phlegmon péri-utérin, présentées par M. le docteur Boissarie, à l'appui de sa candidature au titre de membre correspondant.

— M. le docteur Péan continuera, à l'hôpital Saint-Louis, tous les samedis matins à neuf heures, de faire des conférences cliniques, et de pratiquer des opérations chirurgicales sur les malades de son service.

— M. le docteur Onimus commencera, à l'École pratique, un cours sur l'électricité médicale, le mardi 25 novembre, à 8 heures du soir, amphithéâtre n° 1; et le continuera les samedis et les mardis suivants, à la même heure. Les premières leçons traiteront des applications de l'électricité à la chirurgie.

— On demande un médecin dans un chef-lieu de canton dépourvu de praticien, et qui peut offrir environ vingt communes à desservir dans un rayon très-rapproché. — S'adresser au maire de Cormeilles (Eure).

— A céder, à des conditions avantageuses, à un docteur en médecine, une clientèle, dans une commune de l'arrondissement de Meaux (Seine-et Marne). — Rapport : 6 à 7,000 francs.— S'adresser, à Paris, chez M. Dublin, place Vendôme, 17.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Résumé d'anatomie, par le docteur Fort. — 1 vol. in-32 de 500 pages, avec figures. — Prix : 5 fr.

Chirurgie expérimentale. Étude historique et clinique sur les amputations sous-périostées et de leur traitement par l'immobilisation du membre et du moignon, par Alp. Houzé de l'Aulnoit, chirurgien de l'hôpital Saint-Sauveur. Paris, 1873. In-8° de 150 pages avec 8 figures en photoglyptie et 4 planches lithographiées. — Prix : 6 francs.

Traité de médecine légale et de jurisprudence médicale par le docteur Legrand du Saulle, médecin de l'hospice de Bicêtre (service des aliénés), médecin du dépôt de la préfecture, médecin expert près les tribunaux, etc. — 1 fort vol. in-8° de 1100 pages. Prix de l'ouvrage complet : 16 francs. La première partie, 1 vol. de 800 pages, est en vente. — Le complément de l'ouvrage paraîtra fin novembre prochain. — Paris, Adrien Delahaye.

L'Étudiant micrographe, traité pratique du microscope et des préparations, par Arthur Chevalier, O. ✱, 1 vol. de 600 pages, 600 figures : 7 fr. 50. — Delahaye, place de l'École-de-Médecine. — Catalogue illustré des microscopes, gratis, chez Arthur Chevalier, Palais-Royal.

Le Directeur : Dr E. Le Sourd.

Paris. — Typographie A. Pougin, quai Voltaire, 13.

N° 135. — SAMEDI 22 NOVEMBRE 1873. 46e ANNÉE. SAMEDI 22 NOVEMBRE 1873. — N° 135.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Bureaux : 57, rue des Saints-Pères, 57
PRÈS L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix d'abonnement doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois

On s'abonne hors de Paris dans les bureaux des Messageries et chez les Libraires. Les lettres non affranchies sont refusées.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui n'en peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS : Trois mois. . 8 fr. 50 c. — Six mois. . . 16 — — Un an. . . . 30 —

POUR L'ÉTRANGER le port en sus suivant les derniers tarifs des Postes.

REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE

Ouverture des cours de clinique.

Clinique de M. Depaul.

M. le professeur Depaul, en reprenant son enseignement à la clinique d'accouchement, a exposé en peu de mots la situation de son service. Les salles sont pleines en ce moment ; tous les lits sont occupés, et plusieurs par des femmes qui présentent des cas intéressants, mais en général sans gravité. On se rappelle que nous signalions, il n'y a pas très-longtemps, la fréquence des cas d'eschares des parties génitales qui se sont montrées l'année dernière sous la forme d'une véritable petite épidémie. Bien que beaucoup moins nombreux aujourd'hui, ces cas méritent encore qu'on leur donne quelque attention. Parmi les femmes qui ont présenté récemment ce genre de lésion, il en est une, celle qui est couchée au n° 23, chez qui la chute de l'eschare volumineuse qui s'était formée à la suite d'une déchirure, a mis à découvert une large ouverture de communication aux dépens de la cloison vésico-vaginale entre la vessie et le vagin. Il y aura là une opération importante à faire.

La femme qui présente en ce moment le plus grand intérêt dans le service, est celle qui est couchée au n° 2. C'est une femme pour laquelle M. Depaul a été appelé en consultation en ville, et qui lui a paru susciter de très-grandes difficultés. Il s'agit d'une grossesse extra-utérine probable. Cette femme a eu ses règles pour la dernière fois au mois de décembre dernier. A partir de cette époque, son ventre a commencé à grossir graduellement, ses seins se sont gonflés. Au commencement du mois de mai, elle a commencé à ressentir les mouvements de l'enfant et à éprouver des troubles nerveux divers ; vers la fin de ce mois, à la suite d'une vive émotion, elle eut des douleurs de ventre s'établissant avec des alternatives de demi-heure en demi-heure, et qui cessèrent au bout de quelques jours. Des douleurs semblables se manifestèrent au mois d'août, cette fois avec le caractère expulsif, accompagnées de crises d'étouffements et de vomissements. Enfin, le 3 novembre, nouvelle reprise de douleurs plus suivies et plus persistantes que les premières, écoulement sanguin par la vulve. A ce moment, elle a expulsé un lambeau membraneux qui, suivant toutes les apparences, est le produit de l'exfoliation de la face interne de l'utérus. L'examen micrographique qui a été demandé au chef du laboratoire donnera, à cet égard, un témoignage décisif. Enfin, les seins contiennent un peu de lait depuis un peu plus d'un mois.

Ces circonstances rapprochées de l'examen qui fait reconnaître, d'une part, l'existence d'une tumeur abdominale avec une forme particulière, irrégulière du ventre (la tumeur s'élevant jusqu'à l'épigastre, est plus saillante et plus dure dans le côté droit du ventre, elle présente des inégalités, et semble tout à fait superficielle) ; d'autre part, un état presque normal du col qui reste allongé, et l'absence de ballottement, etc. ; enfin, le fait que la grossesse aurait déjà dépassé d'au moins deux mois son terme normal ; tout porte à penser qu'il s'agit bien là d'une grossesse extra-utérine.

M. Depaul se propose, pour confirmer le diagnostic, de pratiquer le cathétérisme de l'utérus. Une fois la certitude acquise qu'il s'agit en effet d'une grossesse extra-utérine, il s'arrêtera probablement au parti de pratiquer la gastrotomie par un procédé qui lui a déjà réussi dans une circonstance semblable : la section des parois abdominales au moyen des caustiques.

Nous tiendrons nos lecteurs au courant des suites qu'aura ce fait, et, à cette occasion, nous jetterons un coup d'œil sur l'état de la question, au double point de vue de l'histoire des diverses variétés de grossesse extra-utérine et des opérations qu'elles nécessitent.

Éventration fœtale par arrêt de développement. Présentation de l'épaule.

Voici un fait qui s'est produit dans le service de la clinique d'accouchement de M. le professeur Depaul, durant l'exercice dernier, et dont nous devons la communication à M. Grangé-Joannès, étudiant en médecine :

La femme B..., âgée de trente-deux ans, ayant déjà eu quatre enfants à terme, tous les quatre bien constitués, et n'ayant rien présenté de particulier dans le cours de sa dernière grossesse, fut prise, le 15 avril, à huit heures du soir, des premières douleurs, étant au huitième mois. Le 16, à sept heures du matin, la poche des eaux se rompt spontanément. La malade se présente à la clinique le 16 avril, à neuf heures du matin.

La dilatation était incomplète; on sentait au-dessus du détroit supérieur des extrémités fœtales, sans pouvoir préciser lesquelles, les parties étant encore trop élevées.

Enfin, quelques heures après, la sage-femme en chef de la

clinique, Mme de Soyre, diagnostiqua une présentation de l'épaule et une position céphalo-iliaque droite.

M. Depaul, prévenu, vint à une heure; à ce moment, une main se présentait à la vulve. Examinant par le toucher la partie du tronc qui devait correspondre au détroit supérieur, il ne trouva pas cette surface de l'épaule caractéristique, mais il sentit des anfractuosités, une bride et différentes masses flottantes. Parmi celles-ci, M. Depaul reconnut le foie, dont il sentit parfaitement cette échancrure du bord antérieur qui fait suite au sillon antéro-postérieur.

M. Depaul diagnostiqua donc une éventration fœtale.

Le toucher et le palper ayant démontré que la matrice était complétement revenue sur elle-même; de plus, l'enfant n'étant pas vivant (il y avait un vice de conformation incompatible avec la vie), M. Depaul décida qu'il ne ferait point la version qui devenait inutile pour l'enfant et dangereuse pour la mère, et il fit la détroncation. Celle-ci faite, on fit très-facilement l'extraction du fœtus, qui vint avec le placenta, puis enfin de la tête, et voici ce que l'on vit :

1° Le derme fœtal se continuait avec une des membranes de l'œuf;

2° Il y avait absence d'une portion de la paroi abdominale ;

3° Des organes abdominaux avaient fait hernie à travers cette éventration (foie, intestins, rate);

4° On constata la brièveté du cordon ;

5° Enfin, on remarqua qu'il y avait imperforation de l'anus et absence des organes génitaux externes. La partie de la paroi abdominale qui manque est surtout au détriment du côté droit; on peut l'évaluer à plus d'un tiers de la paroi abdominale. La partie inférieure ou bas-ventre existe aussi bien à droite qu'à gauche.

Par l'ouverture qui résulte de cette éventration, des organes abdominaux font hernie ; le foie, qu'au toucher M. Depaul avait reconnu; au-dessous l'estomac, le paquet intestinal ; à gauche la rate.

Inférieurement, nous voyons la vessie ouverte, sa face antérieure manquant. Elle présente un tubercule de la grosseur d'un pois, au centre duquel se trouve un petit orifice, dans lequel on peut faire pénétrer un stylet mousse, qui est bientôt arrêté. Ce petit canal ou cul-de-sac représenterait le canal de l'urèthre.

Les régions pubienne et périnéale sont recouvertes de peau normale, mais il y a absence des organes génitaux externes et imperforation de l'anus.

Une des membranes de l'œuf s'étend du placenta aux bords supérieurs de l'orifice que présente l'abdomen en se confondant complétement avec le derme fœtal ; la transparence seule établit une ligne de démarcation ; dans l'épaisseur de cette membrane on voit le cordon, qui n'a que 10 centimètres de longueur.

Relevant cette membrane en haut, en rejetant le paquet intestinal sur les côtés et abaissant la vessie, on trouve un utérus et ses annexes. L'utérus est volumineux, déplacé, car le fond regarde à droite et un peu en bas.

Enfin, on remarque que le diaphragme présente une grande ouverture, qui laisse passer une languette pulmonaire et apercevoir une partie du cœur enveloppée de son péricarde.

Telles sont les particularités que l'on aperçoit à première vue dans ce cas d'éventration fœtale diagnostiquée avant l'accouchement. L'examen micrographique fera voir la nature du rapport qui existe entre une des membranes de l'œuf et le derme fœtal.

Des cas dans lesquels une syphilis ancienne doit être considérée comme un obstacle au mariage (1).

Nous en sommes restés à la quatrième question formulée par M. Langlebert en ces termes : un individu est atteint d'un chancre bien et dûment infectieux, lequel sera, est ou a été suivi d'accidents secondaires ou tertiaires. Cet individu pourra-t-il se marier, et à quelle époque le mariage lui sera-t-il permis ?

Cette question ne peut trouver sa solution qu'à l'aide d'un calcul de probabilités. La curabilité de la syphilis constitutionnelle étant admise, mais sa guérison n'étant sûrement révélée par aucun signe particulier, la question se trouve ramenée à une appréciation des divers degrés de force de la syphilis (syphilis légères, syphilis de moyenne force, syphilis graves), appréciation qui a elle-même pour guide la loi de concordance entre la gravité de l'accident initial et celle des accidents consécutifs. Il va de soi que le cas de syphilis grave doit être considéré comme un impédiment absolu. Quant à la syphilis légère ou de moyenne force, voici dans quelles conditions et après quelles précautions M. Langlebert croit pouvoir autoriser le mariage. « Tout individu qui, ayant eu une syphilis bénigne ou de moyenne force, convenablement traitée pendant quinze à dix-huit mois, a passé ensuite une année sans être atteint d'aucun autre accident, peut être considéré comme guéri. On pourrait donc à la rigueur lui permettre aussitôt de se marier. Mais, comme en pareille matière, on ne saurait prendre trop de précaution, j'ai pour habitude, ajoute M. Langlebert, quand rien ne s'y oppose, de demander, comme temps d'épreuve, une année de plus. Et quand le mariage est décidé, j'exige encore de mon client qu'il se soumette *ante nuptias*, et pendant deux ou trois mois, à un nouveau traitement spécifique. »

La cinquième question est posée ainsi : un homme se marie après avoir eu la syphilis, mais à une époque assez éloignée pour lui permettre d'espérer que de nouveaux symptômes ne se reproduiront plus.

Cette question embrasse deux points : la transformation de la syphilis en scrofule par voie d'hérédité ; la transmission héréditaire de la syphilis. Sur le premier point, M. Langlebert répond négativement, la syphilis, dans le cas de cachexie syphilitique présumée du père, n'agissant plus spécifiquement sur le fœtus et ne constituant plus qu'une cause de débilitation commune. Sur le second point, il n'y a aucun doute à émettre relativement à l'hérédité maternelle ; mais il n'en est pas de même pour l'hérédité paternelle, c'est-à-dire sur la question de savoir si un individu syphilitique peut engendrer un enfant vérolé avant ou après la conception, question qui a été très-controversée, comme on le sait, et qui laisse encore aujourd'hui les meilleurs esprits dans le doute. M. Langlebert se range à cet égard à l'opinion exprimée par M. Cullerier, et qui consiste à croire que dans presque tous les cas d'hérédité la mère a été malade pendant sa grossesse ou l'est encore au moment de l'accouchement, souvent à son insu, et que si la maladie de la mère n'a pas été plus souvent constatée, cela tient ou à des dénégations systématiques, à un silence calculé, à un oubli ou à une erreur, et enfin aux considérations morales ou sociales qui arrêtent le médecin dans ses investigations.

Nous croyons avoir indiqué les points principaux de pratique et de déontologie médicale qu'implique la question générale traitée par M. Langlebert. Nous ne pouvons que renvoyer nos lecteurs à son livre pour les détails et la discussion des faits,

(1) Voir la Revue du 15 novembre.

ainsi que pour une foule de questions subsidiaires qui se rattachent au fait principal, telles que la conduite à tenir par le médecin en présence de l'aveu fait par l'un des époux d'une syphilis nouvelle contractée pendant le mariage, ainsi que tout ce qui se rattache aux rapports de la syphilis avec la grossesse et l'allaitement. Nous y renverrons également comme à une source d'instruction et de renseignements utiles pour tout ce qui a trait à la syphilis et au mariage dans leurs rapports avec la médecine légale et à l'importante question du secret médical, qui a été traitée déjà par nous en 1863 dans les colonnes de ce journal.

Dr B...

ÉTUDE SUR LES SELS ARSENICO-FERRIQUES DE LA DOMINIQUE (1)

Par M. le docteur M. DURAND.

Eczéma lichénoïde des bras, des pieds et du dos.
(ANALYSE)

Marie S..., vingt-deux ans. Eczéma chronique, faible constitution, mal réglée.

Plusieurs traitements suivis à l'Antiquaille, succès incomplet.

Entrée dans cet hospice pour la troisième fois, on lui administre l'eau de la *Dominique*, un verre matin et soir. Cette médication, commencée le 16 janvier, est suspendue le 15 avril suivant, la malade étant entièrement guérie.

Quant aux syphilides, la question n'est pas encore jugée pour l'eau de la *Dominique*, et demande à de nouvelles observations la consécration de l'expérience. A Lyon, nous avons vu une dame guérir, en cinquante jours, d'un eczéma syphilitique (Observation publiée l'an dernier par la *Gazette des Hôpitaux*) ; mais nous avons échoué à Vals, chez un jeune homme envoyé à nos thermes, par M. le docteur Donnadieu d'Aigues-Vives (Gard). Ce malade, il est vrai, se fatiguait beaucoup par de longues courses au soleil, et il partit au bout de dix-huit jours, alors que les taches syphilitiques commençaient à pâlir.

Il est à croire que nous eussions obtenu plus de succès par un traitement moins limité, favorisé par une plus grande modération dans les promenades et dans le régime, car l'*Escholiaste méd.*, journal de Lisbonne, rapportait, l'an dernier, l'exemple de deux militaires atteints de syphilis, ayant résisté aux agents mercuriels et à l'iodure de potassium, qui furent guéris par l'arsenic donné à très-petites doses. On pourrait donc essayer l'eau de la source *Dominique*, quand les autres moyens n'auraient pas réussi.

Le traitement mixte de quelques maladies de la peau, par l'eau acide ferro-arsenicale de la source *Dominique* à l'intérieur, et les bains alcalins, nous a paru de nature à réduire promptement quelques formes d'exanthèmes. En voici un exemple :

Observation de prurigo.

Baptiste C..., de Saint-Pierre, près Langogne (Lozère), âgé de trente-six ans, a toujours été d'une bonne santé, excepté depuis trois ou quatre mois qu'il est atteint d'une maladie herpétique ; il porte à la partie postérieure des jambes, des cuisses et du tronc, de petites papules agglomérées, et surmontées d'une petite croûte sanguine caractéristique du prurigo. Sa peau présente la couleur brune que l'on remarque dans cette maladie, lorsqu'elle est déjà ancienne, car l'hyperesthésie cutanée est très-marquée chez lui, et il éprouve à tous moments du jour, particulièrement le soir, ces vives et intolérables démangeaisons, compagnes ordinaires du *prurigo formicans*. Ce malade passe son temps à se gratter et à se lacérer la peau, et, dit-il, ne peut ni dormir pendant la nuit, ni travailler durant le jour.

Ne trouvant dans le commémoratif nulle affection rhumatismale ou goutteuse, rien de ce qui pouvait déceler une diathèse autre que celle des herpétides, évidemment l'arsenic était ici le remède convenable, et l'eau de la source *Dominique* fut conseillée (trois verrées matin et soir), et, en outre, un bain alcalin chaque jour.

Sous l'influence de ce traitement, les démangeaisons cessèrent bientôt, les papules s'affaissèrent et séchèrent; enfin, au bout de trois semaines, le prurigo, cette forme de dermatose ordinairement rebelle, avait complétement disparu.

Chlorose. — Anémie.

Nous n'avons pas à rechercher si la chlorose et l'anémie sont des états morbides absolument identiques, ou bien s'ils sont entièrement distincts, ou bien encore si la chlorose n'est pas tout simplement une variété, une forme de l'anémie. Ces trois opinions ont été soutenues par nos plus célèbres cliniciens, et il ne nous appartient pas d'entrer ici dans ce débat. Il est toutefois un point de la question que l'on ne saurait méconnaître, c'est le caractère anémique de la chlorose. Au point de vue des altérations du sang, il y a une identité, mais il n'en est pas de même sous le rapport de l'étiologie. Les pertes excessives, les privations, l'insuffisance atmosphérique, sont les causes ordinaires de l'anémie, tandis que la chlorose peut se montrer chez des individus placés dans les meilleures conditions hygiéniques.

En un mot, tandis que les causes de l'anémie sont le plus souvent tangibles, celles de la chlorose semblent prendre naissance dans la constitution même de l'individu et être dues à une activité excessive des fonctions de développement.

Quoi qu'il en soit, l'élément fondamental et *pathognomonique* de la chlorose, aussi bien que de l'anémie, consiste en une diminution plus ou moins considérable des globules du sang. L'aglobulie est un des caractères de ces maladies qui ne fait jamais défaut. Cette loi, posée par MM. les professeurs Andral et Gavarret, est aujourd'hui universellement admise (1).

Le fer est considéré avec juste raison comme étant le remède spécifique à opposer à cet appauvrissement et à cette insuffisance du sang; mais le fer ne réussit pas toujours contre ces nombreuses variétés d'anémies, si bien décrites par le professeur Sée (2), et parfois son usage doit être si longtemps continué, que le malade finit par s'en fatiguer.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 15 octobre 1873 (3) — Présidence de M. TRÉLAT.

PRÉSENTATION DE PIÈCES

M. VERNEUIL. J'ai l'honneur de présenter à la Société deux pièces pathologiques. L'une d'elles est la moitié gauche du maxillaire inférieur. L'opération dût être pratiquée pour un ulcère épithélial perforant qui, en quelques mois, avait intéressé toute son épaisseur. Toutes les parties molles ont été coupées avec le galvano-cautère, et la muqueuse buccale n'a été ouverte que tout à fait à la fin de

(1) Suite. — Voir le numéro 125.

(1) Loco citato.
(2) Loco citato, Dictionnaire de médecine.
(3) Fin. — Voir le numéro du 15 novembre 1873.

l'opération, en sorte qu'il ne s'est écoulé de sang ni dans la bouche ni dans le larynx.

La deuxième pièce est plus intéressante à cause de son volume et du siége qu'elle occupait. Il s'agit d'un créole ayant déjà subi l'ablation d'un épithélioma de la lèvre inférieure. Il survint une récidive. Pendant la traversée du malade pour se rendre en France, il se produisit un phénomène que j'avais déjà observé. La tumeur fit des progrès effroyables: dans l'espace de trente-cinq jours, elle passa du volume d'un œuf à celui des deux poings. J'étais peu disposé à pratiquer l'opération, malgré le désir du malade. Cependant, nous décidâmes, M. Gosselin et moi, que la chose était matériellement possible, l'opération était justifiée par les douleurs atroces que provoquait la tumeur; de plus, il n'y avait pas de ganglions; le moral du malade était excellent, ainsi que son état général.

L'opération fut faite avec le galvano-cautère et à coups de ciseaux mousses. L'épaisse couche des parties molles que vous voyez a été coupée avec le galvano-cautère. Chemin faisant, j'ai rencontré les veines faciale et jugulaire externes, qui ont été coupées entre deux ligatures. Arrivant ensuite dans la région de la carotide externe, j'ai recherché ce vaisseau pour en pratiquer la ligature, mais je ne sentais aucun battement au fond de la plaie. Je trouvai le nerf grand hypoglosse, point de repère très-précieux signalé par M. Guyon; et passant alors un fil à une certaine distance en arrière de ce nerf, j'étreignis le tout dans une ligature.

L'opération a duré environ une heure et le malade n'a pas perdu 150 grammes de sang, ce que j'attribue à l'action du galvano-cautère et à la ligature de la carotide externe.

Peut-être le galvano-cautère oblitère-t-il les lymphatiques en les coupant; ce qui est certain, c'est que ce malade n'a pas eu un instant de fièvre traumatique. Aujourd'hui, le onzième jour de l'opération, il se lève pendant trois heures.

M. DOLBEAU. Je suis, comme M. Verneuil, d'avis qu'il faut tout faire pour éviter l'hémorrhagie; aussi étais-je émerveillé en voyant une aussi grosse tumeur enlevée dans une région très-vasculaire sans qu'il y ait eu ni ligatures ni hémorrhagie. Mais il ne faudrait pas mettre ce résultat à l'avoir du galvano-cautère, puisque notre collègue a pratiqué en même temps la ligature préalable de la carotide externe. Je ne suis pas, quant à moi, très-satisfait de cette méthode opératoire.

M. VERNEUIL fait remarquer que la ligature d'une carotide externe n'empêche pas le retour du sang par les anastomoses avec celles du côté opposé, ainsi qu'il a pu le voir sur son malade en faisant la section de l'artère temporale. Il attribue donc au galvano-cautère le principal mérite de l'hémostose.

M FORGET. M. Verneuil avait pratiqué la ligature de la carotide externe, et malgré cela, il a eu une hémorrhagie en sectionnant l'artère temporale. Il en résulte, pour moi, que le galvano-cautère n'est pas toujours prohibitif de l'écoulement du sang.

COMMUNICATION

Ablation des lipomes. — M. DUBRUEIL. Je désire appeler un instant l'attention de la Société de chirurgie sur une modification que j'ai apportée à l'ablation des lipomes, modification qui a peut-être été déjà mise en pratique par d'autres chirurgiens, mais qui, en somme, est tout au moins très-peu usitée.

Elle consiste à traiter les lipomes comme on traite les loupes, par la cautérisation.

Sur toute la longueur du lipome et sur une largeur de un centimètre environ, on applique une couche de pâte de Vienne, qui doit rester assez longtemps en place pour que toute l'épaisseur des téguments soit mortifiée.

Vers le huitième jour, quand l'eschare se détache, la tumeur est à nu, et il suffit de l'attirer à l'extérieur avec des pinces, en même temps qu'on l'énuclée avec une spatule, et, au besoin, avec quelques coups de ciseaux.

J'ai eu recours deux fois à ce procédé. Dans le premier cas, le lipome avait le volume d'un œuf, et j'ai pu l'extraire sans autre instrument que des pinces à griffe et une spatule. Dans le second cas, la tumeur, du volume du poing, siégeait sur la paroi thoracique, et son extirpation a nécessité deux ou trois coups de ciseaux.

Le procédé que je signale me paraît avoir l'avantage de simplifier une opération qui, j'en conviens, est en général facile, d'être peu douloureux, et partant de dispenser de l'anesthésie.

M. TRÉLAT. J'ai le plus ordinairement opéré les kystes sébacés avec le bistouri. Quant aux lipomes, on obtient la réunion immédiate dix-neuf fois sur vingt, même quand ils sont volumineux, à condition de faire, après l'opération, une compression très-méthodique.

M. LARREY enlève également les loupes au bistouri. Quant aux lipomes, même volumineux, on peut obtenir la réunion immédiate, si l'on fait un pansement convenable. Celui qu'il préfère est une éponge mouillée, qu'une bande circulaire tient fortement appliquée sur la peau.

M. CHASSAIGNAC ne croit pas que les choses se passent toujours aussi simplement qu'on vient de le dire. Il a observé des érysipèles, des infections purulentes, à la suite d'ablations de loupes faites au bistouri. L'écraseur linéaire a donné lieu même à la production d'érysipèles. Lorsque le kyste sébacé est très-volumineux, la poche peut constituer une sorte de coque rigide, par suite de la phlegmasie des enveloppes que nul ne peut être certain d'éviter toujours. La rigidité de la coque a pour effet d'empêcher les parois de se juxtaposer, et d'offrir au pus une retraite où il s'altère et donne lieu à des accidents généraux.

M. Chassaignac traite certains kystes sébacés, ceux du crâne par exemple, par le double drainage en X, mais non les lipomes. Cela est encore plus vrai à la suite de l'extirpation des lipomes. La suppuration s'empare souvent de la loge cellulaire qui contenait la graisse, et c'est pour cela que M. Demarquay a cru devoir préventivement mettre un tube à drainage.

M. DESPRÉS préfère généralement l'emploi du bistouri à celui des caustiques pour l'ablation des kystes sébacés. Quant à la plaie qui résulte de l'extirpation de lipomes un peu volumineux, du volume du doigt par exemple, il ne croit pas à sa réunion immédiate, la disposition anfractueuse de la cavité que laisse un lipome à lobes irréguliers s'y oppose.

M. BLOT partage l'opinion de M. Trélat au sujet des kystes sébacés. Il en a bien enlevé quarante sans le moindre accident, et entre autres neuf le même jour et sur la même personne. L'un de ces kystes, siégeant à la nuque, avait le volume d'une orange, et la réunion fut immédiate. Le succès dépend pour M. Trélat d'une compression bien faite.

M. TILLAUX est d'avis que l'extirpation des loupes avec le caustique offre plus de sécurité que l'ablation au bistouri. Il lui paraît démontré que les caustiques en général exposent moins aux accidents des plaies, tels qu'érysipèle et infection purulente. Quant aux lipomes, il a vu que la guérison par première intention était très-exceptionnelle, malgré une compression méthodiquement établie.

M. MARJOLIN ne veut pas que l'on puisse d'une façon absolue être partisan de l'une ou l'autre méthode. Dans certains cas, si le kyste est enflammé par exemple, le caustique est préférable.

On est même parfois contraint de déterminer la suppuration; c'est dans ce but qu'il lui est arrivé d'introduire de la charpie dans la poche.

Quant au pansement par la compression, comment l'établir à la face, sur les paupières, par exemple? Il faut dans ce cas-là ouvrir et cautériser.

M. CHASSAIGNAC revient sur la gravité que peuvent avoir certaines petites opérations faites au bistouri, et il rappelle deux cas de mort survenus entre les mains de Blandin. Deux personnes, jeunes et de la haute société, succombèrent à la suite de l'ablation de petites tumeurs siégeant, l'une sur l'épaule, l'autre derrière l'oreille.

PRÉSENTATION DE MALADE

M. DÉSORMEAUX. Le 23 juillet 1873 est entré dans mon service, au nº 5 de la salle Saint-Pierre, un homme de trente trois ans,

d'une bonne constitution, de force et de grandeur ordinaires, avec une fracture simple de la cuisse droite, siégeant un peu au-dessous de la partie moyenne. Le membre malade mesurait 3 centimètres et demi de moins que l'autre ; il n'y avait pas trace d'épanchement dans l'articulation tibio-fémorale. La crépitation, la mobilité anormale, la déformation en arc de cercle de la cuisse, ne laissaient aucun doute sur la présence de la fracture.

Jusqu'au 1er août, le membre fut placé sur des coussinets en double plan incliné. A partir de ce jour, l'appareil Hennequin fut substitué à la simple position. Après avoir appliqué un bandage ouaté sur la jambe et le quart inférieur de la cuisse, on place dans l'appareil le membre en première position. Pendant deux jours, la force de traction fut seulement de 3 kilogrammes ; puis, l'extension étant parfaitement tolérée, on la porta à 6 kilogrammes, force qui ne fut pas dépassée pendant la durée du traitement. L'appareil est enlevé le 11 septembre, la durée de l'extension ayant été de quarante et un jours, pendant laquelle le malade n'accusa d'autres souffrances que des démangeaisons au creux poplité.

La cuisse est parfaitement conformée ; le cal est à peine sensible, quoique très-solide, et la mensuration n'accuse aucune différence de longueur entre les deux membres.

Après la levée de l'appareil, il se forma dans l'articulation du genou un petit épanchement indolore, qui fut combattu par la teinture d'iode en badigeonnage et la compression ouatée. Le liquide se résorba pour reparaître le jour où le malade se leva (le soixante-dixième jour après l'accident). Cet épanchement persista, mais n'incommoda nullement le malade. Le fait le plus remarquable de cette observation, c'est la conservation de l'intégrité parfaite de tous les mouvements articulaires. Il est bien évident que la légère claudication qu'on remarque encore disparaîtra très-prochainement, et n'est due qu'au défaut de confiance qu'a le malade dans son membre blessé.

La séance est levée à cinq heures et demie.

Le secrétaire : TILLAUX.

Séance du 22 octobre. — Présidence de M. TRÉLAT.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

CORRESPONDANCE

La correspondance comprend :

La *Gazette des Hôpitaux* ; — l'*Union médicale* ; — la *Gazette hebdomadaire* ; — le *Progrès médical* ; — le *Mouvement médical* ; — la *Tribune médicale* ; — le *Bulletin général de thérapeutique* ; — le *Bordeaux médical*.

M. FAUCON (d'Amiens) adresse, à l'appui de sa candidature, un travail manuscrit intitulé : *Note pour servir à l'histoire des phlegmons de voisinage dans les cas d'orchite blennorrhagique* (MM. Blot, Guyon, Guéniot).

M. PAUL HYBORD adresse un travail intitulé : *Des maladies chirurgicales de la langue*.

M. VERNEUIL offre une brochure de M. le docteur Follet de Lide : *Physiologie pathologique des convulsions fonctionnelles*.

M. GUÉNIOT rend compte à la Société du résultat fourni par la dissection de l'articulation coxo-fémorale sur le fœtus présenté par M. Houel dans la dernière séance comme atteint d'une double luxation congénitale.

La commission n'a pas trouvé les caractères d'une double luxation. La cavité cotyloïde est un peu moins grande, la tête du fémur est légèrement aplatie et peut-être ne touche pas le fond de la cavité, mais enfin ces deux parties se correspondent ; or, une luxation ne saurait être caractérisée que par la séparation des deux surfaces articulaires, ce qui n'existe pas ici. La flexion forcée du membre inférieur a nécessairement fait prendre à la tête du fémur une position anormale, mais ce n'est pas pour nous un exemple de luxation.

M. HOUEL. Ce qu'a dit M. Guéniot est exact pour les luxations traumatiques, mais ne l'est plus pour les luxations congénitales. Si la condition d'existence des premières est la séparation des surfaces articulaires, les secondes peuvent exister sans que les surfaces aient complétement perdu leurs rapports. Dans ma note lue à la dernière séance, se trouve une description en tout semblable à celle de M. Guéniot : tête du fémur aplatie et trop grosse, cavité cotyloïde trop petite. Il résulte de cette disproportion que la tête du fémur, tout en reposant sur la cavité cotyloïde, ne saurait être contenue ; or c'est là ce qui constitue les luxations congénitales, ainsi que j'ai pu m'en assurer de nouveau sur les pièces déposées sous ce titre au musée Dupuytren par M. Verneuil. Je persiste donc à dire que j'ai présenté un exemple de véritable luxation congénitale, puisque la tête du fémur n'est pas contenue dans la cavité.

M. GUÉNIOT maintient ses observations.

COMMUNICATION

De la galvanocaustie. — M. BOECKEL. Messieurs, vous avez bien voulu m'accorder un tour de parole de faveur, et je dois en user d'abord pour vous donner quelques explications sur une attaque assez vive dont j'ai été l'objet de la part de M. Chassaignac dans une de vos dernières séances. Il est vrai que, dans un article de journal écrit rapidement, je n'ai pas tenu un compte suffisant des travaux antérieurs de notre estimable collègue, qui, à son tour, est allé un peu trop loin dans ses revendications.

M. Verneuil, dans un historique aussi lumineux que précis, a aussitôt rectifié les positions ; il a rendu justice à tous, à M. Chassaignac aussi bien qu'à moi-même, et je souscris entièrement à son exposé.

Après ces explications loyales, j'espère que M. Chassaignac voudra bien reconnaître que, si j'ai manqué à son égard, c'est par omission et non avec l'intention de le frustrer de ses travaux, ce qui n'est nullement dans mes habitudes scientifiques.

Permettez-moi maintenant de vous entretenir encore quelques minutes des perfectionnements que j'ai apportés aux appareils galvano-caustiques, afin de régulariser leur action et de prévenir sûrement les hémorrhagies.

En effet, la galvanocaustie sera hémostatique, ou elle ne le sera pas ; si elle ne remplit pas cette condition, personne ne voudra s'embarrasser d'un appareil aussi compliqué, et cependant il peut rendre des services qu'on attendrait difficilement de toute autre manière.

Or, je crois avoir démontré que le véritable agent de l'hémostasie galvano-caustique c'est l'agglutination des parois apposées des artères par l'eschare. Pendant le temps nécessaire à l'élimination de cette dernière, il se fait alors une occlusion définitive du vaisseau par le mécanisme ordinaire. Pour obtenir cette agglutination, il faut et il suffit que le vaisseau à diviser soit préalablement aplati au point de section, soit par l'instrument galvanocaustique lui-même, soit par tout autre agent constricteur, et que, de plus, on n'emploie pas une chaleur trop intense. C'est pour cette raison que j'ai adopté presque exclusivement l'anse, ou, pour mieux dire, le serre-nœud galvanocaustique. Par ce procédé, j'ai pu diviser impunément sur des chiens la carotide, les vaisseaux spléniques ou rénaux sans aucune hémorrhagie.

Voici en quoi consiste mon appareil instrumental : la pile est établie d'après le système de Grenet, mais avec cette particularité que ses éléments sont suspendus à un arc en métal. Au moyen d'une vis mue par une manivelle, on peut les maintenir au-dessus du liquide ou les immerger plus ou moins complétement. La pile est assez forte pour rougir un fil de platine de 1 millimètre de diamètre sur une longueur de 25 centimètres. Mais la grande difficulté de la galvanocaustie n'est pas d'avoir un courant assez fort, mais de pouvoir le modérer au fur et à mesure que l'anse de platine diminue d'étendue. On avait cherché de différentes manières à résoudre ce problème, sans y parvenir. M. Ridslob, qui m'a construit cette pile, a également, sur mes instigations, inventé un *modéra-*

teur, qui remplit toutes les conditions d'une manière aussi simple qu'efficace.

Il consiste essentiellement en deux fils d'argentan, fixés de chaque côté sur une planchette et formant chacun une cinquantaine de méandres numérotés de 0 à 100. Ils ne communiquent entre eux que par une paire de zones en cuivre, qu'on peut rouler d'un bout de la planchette à l'autre. Au moyen d'une expérience très-simple, vous allez juger vous-même du degré extrême de graduation que permet cet appareil.

Je place ma paire de roues sur l'extrémité de la planchette, marquée du chiffre 100, et je fais passer le courant dans l'anse de platine. L'électricité s'écoulant directement et facilement, n'éprouve aucun affaiblissement, et vous voyez rougir l'anse au point de devenir incandescente. Je roule mes roues en arrière au chiffre 80; le courant galvanique avant de parvenir au serre-nœud, est obligé de traverser 20 méandres d'argentan, qui lui offrent de la résistance; il est affaibli et l'anse descend au rouge vif. Quand les roues sont ramenées au 80, le platine passe au rouge sombre; à 20, il présente à peine une teinte rosée. Enfin, au-dessous de 10, l'anse est complétement blanche, cependant si j'en touche cette planchette, elle y produit encore une marque de brûlure, ce qui prouve bien que le courant est complétement affaibli et non éteint. Si je fais remonter les roues jusqu'au 100, l'anse redevient aussitôt incandescente. Au commandement de : *stop*, l'aide soulève les roues et le courant est instantanément interrompu.

Si, à ce modérateur, on ajoute l'emploi d'un bon serre-nœud galvanocaustique, comme par exemple celui de Leiter, on est complétement maître du courant et l'on arrive à réaliser le problème de l'hémostasie caustique, à savoir de maintenir une compression exacte du pédicule pendant toute la durée de sa division.

Je ne veux pas entrer ici dans tous les petits détails d'application de l'anse galvanocaustique; on les trouvera exposés dans mon opuscule sur la galvanocaustie thermique. Deux de vos collègues m'ont d'ailleurs fourni l'occasion de l'appliquer ces jours-ci sous leurs yeux, et ils ont pu s'assurer que l'anse de platine agit sur le vivant avec la même précision que vous voyez ici. Je vous rappellerai seulement l'innocuité des eschares intra-péritonéales, qui permettent des applications chirurgicales importantes.

Vous me ferez peut-être des objections au sujet du volume et du poids de l'appareil que j'ai l'honneur de vous présenter, mais il faut songer qu'il a été construit par des mains peu expérimentées, et j'ai la conviction que celui de vos habiles fabricants de Paris auquel je me suis adressé, parviendra à l'établir dans des conditions de volume et de poids très-acceptables.

M. TRÉLAT. J'étais bien persuadé que vous entendriez avec un vif intérêt la communication de M. Bœckel, et je me félicite de l'avoir vivement engagé à vous la faire. Après une longue expérimentation dans un pays aujourd'hui, — hélas! — trop séparé du nôtre, avec un instrument différent de ceux que la plupart de nous emploient, il est venu spontanément confirmer les propositions que j'avais défendues à plusieurs reprises sur l'action spéciale de la galvanocaustie envisagée comme mode de dicrèse hémostatique.

Vous avez été frappé, messieurs, de la précision avec laquelle le régulateur de M. Bœckel permet de faire varier, au gré de l'opérateur, la température de l'anse coupante. C'est là un avantage incontestable et extrêmement précieux dans certaines circonstances où l'hémostasie constitue l'indication fondamentale. Mais cet avantage n'est obtenu que par le volume de l'instrument, qui comporte une pièce de plus, le régulateur et une grande étendue des éléments de la pile; celle-ci devant fournir un courant continu, régulier et uniforme, pour que le régulateur puisse agir, condition qui n'est obtenue qu'avec des piles à très-grands éléments.

J'estime que l'appareil de M. Bœckel est un excellent appareil d'hôpital, mais on a trop souvent reproché aux instruments galvanocaustiques leur volume et la difficulté de leur transport pour que je ne cherche pas à combattre cette objection.

Vous savez, messieurs, que tous ceux d'entre nous qui emploient la galvanocaustie se servent d'appareils beaucoup moins volumineux que celui de M. Bœckel. M. Broca avait choisi la pile de Grenet, à laquelle il avait fait subir des modifications importantes; je crois que notre collègue M. Verneuil a adopté cette même pile. J'emploie l'appareil de Trouvé. Aucun de ces appareils n'a de régulateur; mais il ne faut pas croire que cela nous empêche de faire varier à notre gré et suivant les besoins de l'opération, la température du stylet, du couteau ou de l'anse galvanique. Avec un peu d'attention et d'habitude, avec un aide soigneux, on arrive à ce résultat d'une manière assez exacte, soit par des interruptions, courtes et répétées du courant à l'aide du bouton que l'opérateur a sous le doigt, soit mieux, en faisant varier l'immersion de la pile dans le liquide.

Je vous demande la permission, messieurs, de faire cette démonstration devant vous.

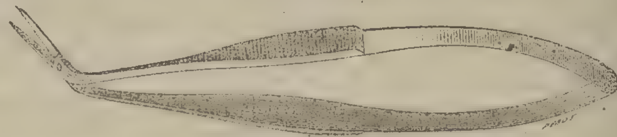
— M. Trélat fait apporter l'appareil et fait passer l'anse galvanocaustique de la température rouge blanc au rouge sombre; il la ramène graduellement au rouge vif, puis très-lentement au rouge presque éteint, degré qu'elle doit avoir dans l'application.

A ce propos, M. Trélat montre des instruments que M. Onimus l'a chargé de présenter à la Société et qui permettent, dans certains cas, l'application plus rapide de l'anse coupante. Chacun des instruments reçoit par une de ses extrémités celle de l'un des réophores. L'instrument de la main gauche reçoit le fil galvanocaustique, comme un manche de cautère reçoit la tige du cautère; l'instrument de la main droite se termine par une pince métallique. Dès que cette pince serre le fil, le circuit est fermé, le fil s'échauffe; aussitôt que la pince s'ouvre, le courant est supprimé. C'est là évidemment une disposition qui peut être commode dans certaines circonstances.

D'ailleurs, il s'en faut de beaucoup que la galvanocaustie ait constitué définitivement son arsenal et déterminé ses applications. Commencée depuis plus de vingt ans, cette recherche est toujours ouverte, mais elle a singulièrement progressé. Il ne me paraît pas contestable que la galvanocaustie ne soit une méthode de dicrèse ayant une action spéciale, des avantages et des inconvénients caractérisés que je chercherai à apprécier plus tard. Mais dès maintenant, en présence des quatre grandes méthodes de dicrèse dont nous disposons : l'instrument tranchant, l'écraseur linéaire, les caustiques chimiques et la cautérisation ignée, il convient de rechercher avec persistance les cas d'application de chacune de ces méthodes, qui loin de s'exclure, se complètent et s'entr'aident.

PRÉSENTATION D'INSTRUMENTS

M. TRÉLAT présente à la Société un instrument construit par M. Colin sur les indications de M. Mac Dowel. Ce sont des ciseaux, dont les branches sont rapprochées à l'aide de deux ressorts et fonctionnent à la manière d'une pince à disséquer.



L'instrument est plus facilement tenu dans le plan de la section que les ciseaux ordinaires, et il a surtout ce grand avantage que signale M. Le Fort, de pouvoir être manœuvré de la main gauche.

(A suivre.)

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

École de médecine de Nantes. — Les concours pour les prix ont donné les résultats suivants, proclamés dans la séance de rentrée de l'École.

Étudiants en médecine de 1re année. — 1er prix : M. Gerbier; — 2e prix : M. Hervéou; — 3e prix : Mme Ribard.

Étudiants en médecine de 2e année. — 1er prix, *ex æquo* : MM. Lebec et Gauducheau; — 1er accessit : M. Michelon; — 2e accessit : M. Dupas.

Étudiants en médecine de 3e année. — 1er prix : M. Camus.

Étudiants en pharmacie. — 1er prix : M. Meignan; — 2e prix : M. Ballu.

— *Hôpitaux de Nantes.* — A la suite des concours, ont été nommés :

Internes : MM. Lebec, Palvadeau, Charrier, Gauducheau, Lacambre, Dupas, Beillevaire et Ménager.

Externes : MM. Hervéou, Gerbier, Bourriau, de Larabrie, Jacquier, Roucel, Rouxeau, Lerat, Mme Ribard, Lemarié et Dorain.

— M. le docteur E. Meyer commencera son cours public des maladies des yeux lundi 24 novembre, à une heure, à sa clinique (rue de l'Ancienne-Comédie, 21. Entrée, cour du Commerce, 3), et le continuera les vendredis et lundis suivants à la même heure.

— Le canton de Corlay (Côtes-du-Nord), qui a près de 7,000 habitants, est actuellement sans médecin. Le docteur et le pharmacien les plus rapprochés sont à 18 kilomètres du centre du canton. Trois des cantons limitrophes sont sans docteur. Bonne situation à prendre. Le maire compléterait ces renseignements.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Traité des maladies des reins, par S. Rosenstein, professeur de clinique médicale à Grœningue; traduit par les docteurs Bottentuit et Labadie Lagrave. — 1 vol. in-8°. Prix : 10 francs; cart.: 11 francs. — Paris, Adrien Delahaye.

La folie héréditaire. Leçons professées à l'École pratique par le docteur Legrand du Saulle, médecin de l'hospice de Bicêtre (service des aliénés). — In-8°. Prix : 2 fr. 50. — Paris, Adrien Delahaye.

Le Directeur : Dr E. Le Sourd.

Paris. — Typographie A. Pougin, quai Voltaire, 13.

N° 136. — MARDI 25 NOVEMBRE 1873. 46e ANNÉE. MARDI 25 NOVEMBRE 1873. — N° 136.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Bureaux : 57, rue des Saints-Pères, 57
PRÈS L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix d'abonnement
doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois

On s'abonne hors de Paris
dans les bureaux des Messageries et chez les Libraires
Les lettres non affranchies sont refusées.

Paris, le 24 novembre 1873.

CONTRIBUTION
A L'HISTOIRE DE LA PHYSIOLOGIE CONTEMPORAINE

La recherche des faits est évidemment une des caractéristiques de l'esprit scientifique du temps. Les travailleurs de toutes les nations ne semblent préoccupés que du désir de découvrir un fait nouveau, se souciant très-peu de savoir quelle place il doit occuper dans l'édifice scientifique, et reléguant tout ce qui ne tombe pas sous les sens dans le domaine des spéculations et des hypothèses. Cette tendance du moment fera bientôt place à une tendance tout opposée, car c'est ainsi que progresse l'esprit humain.

Cependant les hypothèses et les idées spéculatives sont aussi nécessaires au progrès des sciences que les faits eux-mêmes. C'est ainsi, par exemple, et pour ne parler que de ce qui nous concerne, que Malpighi, Vieussens, Willis, n'ont fait leurs belles découvertes sur l'anatomie du cerveau qu'en s'appuyant sur l'hypothèse des *esprits animaux* dont ils voulaient déterminer les agents au milieu de la masse cérébrale. Après eux, un vent contraire jeta le discrédit sur toutes les hypothèses ; on nia tout, voire même la structure du cerveau, que Bichat proposait de ranger dans la classe des fluides. Certainement cette période ne fut pas une période de progrès pour l'anatomie et la physiologie du cerveau. Depuis cette époque, une réaction nouvelle s'est opérée : l'hypothèse du fluide nerveux a pris la place du néant qu'on avait relégué sous la voûte crânienne, et c'est au souffle de cette hypothèse que le fil de la tradition scientifique, brutalement rompu par les anatomistes du dix-huitième siècle, a été heureusement renoué. Il est facile de s'assurer, en effet, que les travaux de Gall, de Rolando, de Flourens, de Serres, de Ch. Bell, de Valentin, de Tiedman, de Foville, etc., sur l'anatomie du système nerveux, ne sont que la continuation, le développement des idées de Malpighi, Vieussens, Willis. Néanmoins, la grande génération du commencement de ce siècle a fait faire un pas immense à la science du système nerveux, mais au point de vue de sa structure seulement. Les travaux de Foville, Gratiolet, sont à peu de chose près la dernière expression de la science sur ce sujet.

Mais quand il a fallu donner une signification physiologique aux divers éléments du système nerveux, quand il a fallu montrer ces éléments en état d'activité fonctionnelle dans la masse cérébrale, les uns se sont bornés à des considérations générales, les autres ont abandonné le problème aux métaphysiciens. C'est là où nous en sommes, et c'est là où la génération actuelle voudrait s'arrêter, attendant sans doute qu'une *expérience merveilleuse*, un miracle peut-être, vienne montrer à ses yeux étonnés le mécanisme de la pensée humaine. L'erreur, la grande erreur est là, car la pensée n'est pas une sécrétion qu'on puisse servir à la béate curiosité de chacun. La pensée est *un acte* fonctionnel, et du moment que nous connaissons les instruments de cet acte, c'est à nous, c'est à notre esprit de rechercher les conditions de sa production.

Le cerveau est un instrument dynamique et non un organe sécréteur. Est-ce que, en présence de la transmission des idées par le télégraphe électrique, on exige, pour croire et pour obtenir une explication du phénomène, que le physicien démontre les possibilités de la puissance électrique sans le secours des cordons conducteurs de l'électricité ? Non certes, et l'homme qui exigerait cela serait traité d'ignorant. Eh bien, nous connaissons aujourd'hui le cerveau aussi bien que le physicien connaît sa pile. Nous connaissons de même les fils conducteurs qui transmettent l'influence nerveuse d'un point à un autre du cerveau. Il ne nous manque plus qu'une chose, c'est de mettre des mots représentant des idées sur la pile, sur les fils conducteurs. Mais ceci sort du domaine de l'expérimentation pure, et il y a de nos jours des personnes qui ne veulent pas entendre parler des tentatives faites dans ce sens. Bien plus, elles nient, et dénaturent ces tentatives. Voici comment, par exemple, un recueil, fondé dans un but excellent, la *Revue des sciences médicales*, apprécie le mémoire que nous avons publié *sur le fonctionnement du cerveau* : « M. Fournié indique, dans cet extrait, la manière dont il conçoit l'étude des localisations cérébrales. Il place, *comme Luys*, le siége des perceptions simples dans les couches optiques, et il fait de la substance grise des circonvolutions le lieu où la perception simple se transforme en perception avec connaissance... En somme, ces considérations, *sans rien présenter de nouveau*, résument, *sous une forme très-hypothétique*, l'état actuel de nos connaissances sur le fonctionnement cérébral. » (*Revue des sc. méd.*, t. II, p. 637.) Cet article est signé M. D. Mais nous sommes de l'avis du poëte : *Parcere personis, dicere de vitus.*

Notre seule préoccupation est de fournir des documents vrais

à l'histoire en rétablissant les faits. M. Luys est d'ailleurs aussi intéressé que nous à cette rectification, car il doit tenir aux idées qu'il a émises dans son remarquable ouvrage, comme nous, nous tenons aux nôtres. De deux choses l'une : ou bien M. M. D. n'a pas lu l'ouvrage de M. Luys, ou bien, sciemment, il lui a attribué mes idées personnelles. Quelle que soit la cause de cette confusion, l'erreur de fait qui en résulte est des plus sérieuses, car elle touche aux fondements mêmes de la physiologie cérébrale, comme on va le voir.

Il est un fait aujourd'hui accepté de tous et qui avait été mis en lumière par Foville (*Recherches sur l'anatomie du cerveau.— In mém. de l'Acad. de médecine*, 1835), c'est que la plupart des fibres du système nerveux périphérique, après s'être condensées dans les ganglions et dans la moelle viennent aboutir : les fibres des cordons antérieurs dans les *corps striés*, et les fibres des cordons postérieurs dans les *couches optiques*. De sorte que, *à priori*, il était naturel d'accorder un rôle important à ces deux centres, soit dans l'exécution des mouvements, soit dans le développement de la sensibilité. C'est ce qu'on a fait, et bien avant M. Luys, bien avant nous, on avait localisé, *grosso modo*, la volonté, l'intelligence, la sensibilité dans l'une ou l'autre de ces parties. M. Luys, éclairé par une connaissance très-approfondie de la structure du système nerveux et ayant, de plus, soumis les détails de cette structure à des idées systématiques qui lui sont propres, s'est fait une idée particulière du rôle physiologique des *couches optiques* et des *corps striés*. Pour lui, comme pour nous, toutes les fibres impressionneuses viennent se concentrer dans les couches optiques et toutes les fibres du mouvement dans les corps striés; mais, pour M. Luys, cette concentration constitue un amas ganglionnaire pourvu d'un système de fibrilles afférentes destinées sans doute à jouer un rôle dans les manifestations de la sensibilité, mais le rôle d'un appareil purement *incitateur* ou *modificateur* : « Les centres de la couche optique, dit-il, sont les *seules portes* par lesquelles passent les impressions venues du dehors, avant de remonter vers la substance grise corticale, pour provoquer la réaction secondaire de ses éléments... Comme tous les noyaux de substance nerveuse, les centres des couches optiques représentent de véritables amas ganglionnaires indépendants ; ils transforment, perfectionnent et épurent les impressions centripètes émanées des appareils sensoriels; de sorte que ces mêmes impressions, qui ont déjà subi l'action du travail métabolique des cellules ganglionnaires, subissent, une fois déposées au sein de la substance grise des couches optiques, un nouveau temps d'arrêt et une nouvelle élaboration sur place. » Et plus loin, au chapitre consacré aux fonctions de la substance grise corticale, M. Luys s'exprime ainsi : « Cette manière de considérer le mode de fonctionnement des éléments de la substance corticale nous fait voir, que si c'est bien au milieu des réseaux de la substance corticale que les impressions sensorielles, irradiées des centres de la couche optique, *sont nettement perçues*, c'est bien là qu'elles prennent une forme distincte, se déposent à l'état de souvenirs, et se transforment en idées, etc. » (Luys, *Recherches sur le système nerveux cérébro-spinal*, page 252.) Ces citations ne laissent aucun doute sur la pensée de M. Luys. Pour notre honorable confrère, la *perception simple* des impressions ne se fait pas dans les couches optiques, mais dans les cellules de la périphérie corticale du cerveau. Nous pourrions compléter nos preuves en montrant comment M. Luys applique sa manière de voir à l'explication des hallucinations, mais cela ne nous paraît pas nécessaire.

En plaçant l'organe des perceptions dans la périphérie corticale, M. Luys n'a fait que développer les idées de Flourens, dont il a cité d'ailleurs textuellement les expériences. Comme ce dernier, il a localisé en bloc, dans la périphérie du cerveau, toutes les manifestations de l'activité psychique sans pouvoir expliquer le mécanisme de leur production. Cela ne nous étonne pas. On n'expliquera jamais, en effet, comment la même cellule peut à la fois percevoir et se souvenir. Une cellule qui perçoit et se souvient est un *être doué de raison*, et en attribuant à un être infiniment petit ce que d'autres attribuent à un être plus complexe, on n'explique rien et on se borne à déplacer les limites du problème.

Nous pensons qu'on peut faire mieux et que la mémoire, en particulier, peut être l'objet d'une démonstration mathématique, comme nous l'avons prouvé, d'ailleurs, dans le travail analysé par M. M. D. Mais pour arriver à cette explication, nous avons dû déterminer le rôle fonctionnel de chacune des parties du cerveau autrement qu'on ne l'avait fait jusqu'ici et, condition fondamentale, attribuer aux *couches optiques* le rôle que M. Luys attribue à la périphérie corticale dans la perception des impressions. Comme nous l'avons dit dans notre *Physiologie du système nerveux* et partout, toutes les impressions *sont perçues simplement* dans les couches optiques. Quant aux cellules de la périphérie corticale, elles sont destinées à conserver, sous forme de modalité dynamique, la possibilité de réveiller à nouveau le centre de perception (couches optiques) en l'absence de tout objet impressionnant, pour donner ainsi naissance à *des perceptions de souvenir*.

Nous espérons qu'après cette démonstration, la *Revue des sciences médicales*, dont le but, nous le répétons, est excellent, et à laquelle nous avons adhéré un des premiers, ne voudra pas qu'on puisse dire que, destinée à éclairer les travailleurs de toutes les parties du monde, elle donne à ses lecteurs des appréciations incomplètes, mal fondées ou injustes.

Dr Ed. Fournié.

HOPITAL DU GROS-CAILLOU. — M. Libermann.

Un cas d'arthrite blennorrhagique probable du larynx (1).

Quoiqu'on conçoive théoriquement la possibilité de l'inflammation des articulations du larynx, personne que je sache n'a signalé d'observation d'arthrite laryngienne. J'ai parcouru en vain tous les recueils scientifiques pour en trouver des exemples, mais les journaux de médecine, comme les traités spéciaux de laryngoscopie, sont muets à cet égard.

Dans le courant du mois de mai, j'ai eu l'occasion de recevoir dans mon service un homme qui, à la suite de la suppression brusque d'une blennorrhagie aiguë, fut pris d'aphonie, causée par une affection laryngienne, que je n'ai pu rattacher qu'à l'arthrite et que j'ai cru devoir qualifier d'arthrite blennorrhagique, à cause de la succession des symptômes.

J'aurais voulu vous présenter ce malade, qui a été vu par tous mes collègues de l'hôpital du Gros-Caillou ; mais des circonstances indépendantes de ma volonté m'ayant forcé de manquer à une de nos réunions, je n'aurais pu vous montrer, à la séance suivante, qu'un malade guéri qui n'eût plus offert d'intérêt.

Je vous demande donc la permission de lire son observation, que j'ai recueillie moi-même avec le plus grand soin, et j'y ajouterai les quelques réflexions qui m'ont déterminé à établir le

(1) Lu à la Société médicale des hôpitaux, le 14 novembre 1873.

diagnostic d'arthrite blennorrhagique, que je ne donne que comme probable, à cause de la nouveauté du fait et de l'incertitude naturelle qu'on éprouve toujours en face de l'inconnu.

X... (Pierre), âgé de vingt-six ans, soldat au 39e de ligne, d'une constitution moyenne, d'un tempérament mixte, n'a jamais eu que quelques maladies insignifiantes; il a été atteint dans son enfance d'angine simple; dans le courant de 1872, de quelques douleurs rhumatismales.

Le 28 avril 1873, il contracte une blennorrhagie caractérisée par un écoulement muco-purulent peu abondant et quelques douleurs en urinant.

Le 15 mai, suppression brusque de l'écoulement; immédiatement après, douleurs dans les articulations scapulo-humérales et fémoro-tibiales, sans gonflement articulaire; au bout de trois ou quatre jours, douleurs vives dans la région laryngienne, accompagnées d'aphonie incomplète, pour laquelle le malade entre dans mon service, salle 16, lit 14.

Au moment de ma visite du matin, le 21 mai, je le trouve sans fièvre; les douleurs articulaires ont cessé depuis l'apparition de l'aphonie; il accuse seulement une douleur très-vive dans la région laryngienne gauche; à la pression de la moitié gauche du cartilage thyroïde, augmentation de la douleur; la voix est enrouée, presque aphone. A l'examen laryngoscopique, que je pratique immédiatement, je constate une tuméfaction notable du cartilage aryténoïde gauche, surtout à sa partie articulaire, qui présente un renflement globuleux très-considérable, sur lequel, *en promenant une sonde laryngienne, on perçoit une sensation assez nette de fluctuation.*

La muqueuse qui recouvre l'aryténoïde est rouge, mais la rougeur ne dépasse pas le cartilage; les parties voisines sont parfaitement saines. La corde vocale gauche est plus étroite que sa congénère et ne se rapproche pas de la ligne médiane. Quand le malade prononce la voyelle e, elle reste immobile.

L'examen le plus attentif de la poitrine ne révèle aucune lésion pulmonaire. Je dois dire cependant que le malade a des antécédents fâcheux sous ce rapport; son père tousse depuis de longues années; son frère, plus âgé que lui, est également atteint de bronchite chronique, dont X... ne peut spécifier la nature; *il n'a jamais eu d'affection syphilitique.*

En présence de ces lésions et à cause de l'ordre de succession des symptômes, je crois pouvoir diagnostiquer une arthrite blennorrhagique de l'articulation ary-cricoïdienne.

Je soumets le malade à des applications de vésicatoires sur la région laryngienne et à des badigeonnages quotidiens de teinture d'opium et d'iode en parties égales, portées sur l'articulation à l'aide du porte-éponge laryngien. Au bout de quelques jours, sous l'influence du traitement, les douleurs laryngiennes cèdent; la voix revient peu à peu, et le malade sort guéri le 30 juin.

L'examen laryngoscopique, pratiqué en ce moment, donne le résultat suivant : le cartilage aryténoïde et l'articulation crico-aryténoïdienne gauche sont parfaitement revenus à l'état normal, mais la corde vocale gauche n'a pas repris complétement son volume (atrophie légère de la corde) et ne se rapproche pas tout à fait de sa congénère; la voix cependant présente à peu près son timbre habituel.

En présence du fait nouveau qui s'offrait à mes yeux, j'éprouvais, on le conçoit, une certaine hésitation. Cependant, je ne pouvais avoir affaire qu'à une périchondrite ou chondrite de l'aryténoïde, ou à un rhumatisme de l'articulation crico-aryténoïdienne.

Qu'on me permette d'exposer les raisons qui m'ont fait pencher pour cette dernière opinion.

Je déclare, avant d'entrer dans la discussion, que je rejetais d'avance l'idée d'une inflammation circonscrite purement à la muqueuse; car 1° cette inflammation n'eût pas été limitée exclusivement à la muqueuse du cartilage aryténoïde gauche; 2° elle n'eût pas présenté une tuméfaction aussi considérable, surtout au niveau de l'articulation; 3° je n'aurais pas, au toucher, éprouvé à ce niveau une sensation de fluctuation manifeste; enfin, l'inflammation de la muqueuse aurait eu une cause déterminante : éruption herpétique, ulcérations catarrhales ou spécifiques. Rien de semblable n'existait; il ne me restait qu'à éliminer l'idée de périchondrite ou de chondrite. Les périchondrites ou les chondrites des cartilages laryngiens sont primitives ou secondaires. Dans le premier cas, elles dépendent d'une maladie générale : syphilis, tubercules, scrofules; dans le second, d'ulcérations plus ou moins profondes, qui en amènent l'inflammation et consécutivement la carie ou la nécrose. Notre malade n'avait ni antécédents scrofuleux ni syphilitiques. L'examen le plus attentif ne révélait aucune lésion dans la poitrine, et, quoiqu'il eût des parents atteints de bronchite chronique, on ne pouvait songer à une périchondrite ou chondrite tuberculeuse : 1° parce que cette lésion déjà avancée de la phthisie laryngée coïncide le plus ordinairement avec des lésions caractéristiques des poumons; 2° qu'elle n'attaque pas en général un seul cartilage; 3° qu'elle s'accompagne *toujours* d'autres lésions de la tuberculose laryngée, telles que des ulcérations ou au moins l'état de plissement particulier de la muqueuse interaryténoïdienne due à l'hypertrophie des follicules muqueux de cette région.

Je puis établir ces assertions d'une façon positive, car je les ai vérifiées sur plus de cinq cents cas de phthisie laryngée qui me sont passés sous les yeux depuis six ans. Enfin, quoique la muqueuse aryténoïdienne fût rouge et tuméfiée, la tuméfaction était surtout marquée à la base du cartilage, au niveau de l'articulation qui présentait un renflement globuleux très-marqué, sur lequel, au moyen d'une sonde laryngienne, on percevait assez manifestement une sensation de fluctuation.

A l'aide de ces deux caractères et du diagnostic par élimination, je crus pouvoir établir l'existence d'une arthrite crico-aryténoïdienne.

Maintenant, à quelle espèce d'arthrite avais-je affaire ?

La cessation brusque et l'écoulement blennorrhagique, les douleurs rhumatismales des membres éprouvées immédiatement après et suivies de douleurs laryngiennes et d'aphonie, l'existence d'une mono-arthrite, m'ont fait pencher vers une arthrite blennorrhagique.

Rollet, il est vrai, dans son beau mémoire sur l'arthrite blennorrhagique, n'admet pas qu'elle soit due à la brusque cessation de l'écoulement, parce qu'il rejette la métastase; mais des auteurs dignes de foi, tels que Bonnet et Foucart, sont d'un avis opposé; ils ne réservent même le nom d'arthrite blennorrhaqu'à celles qui sont survenues dans ces conditions.

Quoi qu'il en soit de ces opinions que nous ne pouvons discuter ici, il est certain que la brusque suppression d'un écoulement est favorable à la production de l'arthrite, et notre malade se trouvait dans ce cas.

Nous appelons aussi l'attention sur l'état des cordes vocales; la corde vocale gauche est immobile et ne se rapproche pas de sa congénère. Cette immobilité est due évidemment au défaut de mouvement de l'articulation crico-aryténoïdienne.

Après la guérison, la corde vocale se meut de nouveau, mais n'est pas revenue à son volume normal, probablement à la suite d'une atrophie légère produite par une immobilité de quatre à cinq semaines.

Le traitement a été des plus simples. Il a consisté en deux vésicatoires sur la région laryngienne et en applications quotidiennes de teinture d'iode mélangée de laudanum.

Ces applications topiques soulagèrent presque instantanément le malade, et firent cesser les douleurs laryngiennes au bout de quelques jours.

Le traitement total ne dura que cinq semaines, et nous fournit encore une preuve de plus que nous n'avions pas affaire à une chondrite ou périchondrite tuberculeuse, car jamais ces affections ne disparaissent aussi rapidement.

De l'analyse de cette observation nous croyons pouvoir conclure :

Qu'il existe une arthrite du larynx ;

Que cette arthrite a pour signes, autant qu'on peut en juger par une seule observation, 1° une douleur vive siégeant dans la région laryngienne, qui peut être augmentée par la pression extérieure ; 2° la rougeur et la tuméfaction de la muqueuse dans une partie assez circonscrite autour de l'articulation ; 3° une sensation de fluctuation qu'on peut percevoir, au moins dans certains cas, au niveau de l'articulation, au moyen de la sonde laryngienne.

Enfin qu'on peut observer dans le larynx, l'arthrite blennorrhagique avec sa forme monoarthritique.

DU POINT APOPHYSAIRE DANS LES NÉVRALGIES ET DE L'IRRITATION SPINALE (1),

Par M. le docteur ARMAINGAUD.

Dans ce travail l'auteur présente des observations de névralgies offrant toutes le point apophysaire de Trousseau ; il cherche ensuite à établir l'existence, en tant qu'espèce morbide distincte, de l'affection décrite par les médecins anglais et américains, sous le nom d'*irritation spinale*, et montre les analogies que présente cette dernière affection, d'une part avec les névralgies avec point apophysaire, et, d'autre part, avec les affections que le docteur Cahen a décrites sous le nom de *névroses vaso-motrices*. Il présente quelques considérations sur la fièvre intermittente et le goître exophthalmique, considérés comme névroses vaso-motrices d'origine spinale. Enfin, au point de vue pratique, il appelle l'attention sur un mode de traitement applicable dans un grand nombre de ces affections, consistant dans des applications locales révulsives sur la colonne vertébrale.

Voici les conclusions de ce travail :

Conclusions pratiques. — 1° Un grand nombre de névralgies présentent, indépendamment des points douloureux déterminés par Valleix, un point douloureux fixe que cet auteur n'a point décrit, siégeant au niveau d'une ou de plusieurs apophyses épineuses des vertèbres.

On constate l'existence de ce point douloureux en pressant successivement sur toutes les apophyses épineuses, à partir de la première vertèbre cervicale.

Ce point douloureux est nettement distinct du *point dorsal* déjà connu de la névralgie intercostale : celui-ci siége dans la gouttière vertébrale, celui-là sur les apophyses épineuses ;

2° Ce point apophysaire paraît se rencontrer surtout dans les névralgies anciennes, rebelles aux différents traitements, ou récidivantes ;

3° Lorsque ce point apophysaire existe, les applications révulsives sur la colonne vertébrale (sangsues, vésicatoires, pommade stibiée, etc.) amènent plus sûrement la guérison que les autres points douloureux et guérissent des névralgies rebelles aux autres modes de traitement ;

4° En conséquence, il est aussi utile, au point de vue pratique, de rechercher l'existence de ce point douloureux dans les névralgies, qu'il est intéressant au point de vue scientifique, d'en rechercher la signification ; et je ne saurais trop engager mes confrères à explorer la colonne vertébrale dans tous les cas de névralgie qui s'offriront à leur observation.

Conclusions théoriques. — 1° L'*irritation spinale* est une espèce morbide distincte, constituée, dans sa forme complète, par la réunion de quatre phénomènes morbides principaux : points douloureux le long des apophyses épineuses, irradiations névralgiques de cette douleur rachidienne, surtout lorsqu'elle est provoquée, troubles vaso-moteurs et secrétoires, localisés dans une ou plusieurs régions du corps ;

2° Les névralgies avec douleur apophysaire d'une part, certaines névroses vaso-motrices et hypercriniques d'autre part, semblent n'être que des formes incomplètes, des degrés différents, ou des formes variées de cette même affection.

Dans les premières, le symptôme *douleur* existe seul (point apophysaire et névralgie). Dans les secondes, les troubles vaso-moteurs ou sécrétoires existent seuls (ou tout au moins priment les autres symptômes).

Enfin, dans le degré le plus avancé ou la forme la plus complète, les trois ordres de phénomènes morbides sont réunis.

Il y aurait donc trois formes ou degrés principaux d'*irritation spinale*.

A. *Irritation spinale exclusivement hyperesthésique* (névralgies avec point apophysaire).

B. *Irritation spinale exclusivement vaso-motrice ou sécrétoire* ou *névroses vaso-motrices d'origine spinale*, exemples : le goître exophthalmique et le ptyalisme idiopathique.

C. *Irritation spinale* à la fois névralgique et vaso-motrice.

3° Il y a lieu d'établir entre les *névroses vaso-motrices* une distinction analogue à celle qui sépare les névralgies d'origine périphérique des névralgies d'origine centrale ;

4° Après le succès obtenu par les résultats appliqués sur le point apophysaire des névralgies et de l'irritation spinale, il est rationnel de penser que les mêmes applications pourront rendre de grands services dans certaines névroses vaso-motrices, telles que le goître exophthalmique, la migraine, et même dans la fièvre intermittente ;

5° Les observations de Malone et de Stilling, en même temps qu'elles justifient la conclusion précédente, viennent à l'appui de la théorie qui localise le déterminisme vaso-moteur initial de la fièvre dans la moelle et non dans le grand sympathique.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Séance du 26 avril 1873 (1). — Présidence de M. LUNIER.

LECTURE

M. GILLEBERT-DHERCOURT termine ainsi la lecture de son travail :

J'interromps pour un instant ces détails pratiques afin de rappeler ici que l'incurvation vertébrale est un fait complexe qui a eu pour cause première l'affaissement de la vertèbre ou des vertèbres malades et pour causes secondaires l'inclinaison en avant de la partie supérieure du tronc pendant la station verticale et les efforts faits instinctivement par le malade pour diminuer ou pour compenser cette inclinaison. Il résulte de là l'augmentation de la première incurvation et la production, dans les segments supérieur et inférieur de la colonne vertébrale, de courbures de compensation tendant à donner un nouvel aplomb au tronc. Ces effets sont d'autant plus prononcés qu'à partir du début de la maladie le gibbeux a plus longtemps marché et gardé la position verticale, et ils ont pour conséquence une déformation plus ou moins grande du thorax, qui apporte nécessairement une gêne proportionnelle dans la respiration, d'où il suit que la gibbosité résultant de la maladie vertébrale n'est pas une difformité sans conséquence ; qu'en dehors des consi-

(1) Broch. in-8. 1872. — Ad. Delahaye.

(1) Fin. — Voir les numéros des 21 octobre et 11 novembre 1873.

dérations qui sont relatives à la conservation de la forme naturelle il en existe d'autres plus essentielles qui se rapportent à la santé, et qui, dans l'intérêt du présent comme dans celui de l'avenir, exigent que le médecin s'applique non-seulement à guérir la maladie vertébrale, mais encore à remédier à la difformité qui en est la conséquence.

L'immobilité prolongée du tronc en décubitus dorsal, telle que je la pratique, répond aussi largement que possible à cette double indication. Je ne répéterai pas ce que j'ai déjà dit de ses bons effets sur la marche de la maladie; je parlerai seulement de son heureuse influence sur l'amoindrissement de la difformité. Tout d'abord, elle condamne à un repos absolu toutes les parties jusque-là actives dans la production des courbures secondaires ou de compensation; elle fait cesser la distension et la compression là où elles existaient, et elle met ainsi un terme au mode vicieux de nutrition des parties qui étaient soumises à l'une ou à l'autre de ces conditions, d'où résultait, par exemple, l'amincissement de certains fibro-cartilages intervertébraux. Enfin, elle rend plus de souplesse à la colonne vertébrale, dont les différentes parties subissent lentement une accommodation nouvelle dans leurs rapports réciproques. C'est au moyen de cette accommodation lente, mais rendue progressive par le traitement, que les courbures de compensation diminuent ou s'effacent, et que la colonne vertébrale se reconstitue dans un autre aplomb plus conforme à la nature.

Pour obtenir ce résultat, il faut éviter la précipitation et procéder avec une grande prudence. L'échange des coussins coniques ne doit avoir lieu que toutes les deux semaines à peu près, et la base de ceux que l'on va substituer aux précédents ne doit pas avoir au delà de 1 à 2 centimètres de moins que celle des coussins qu'ils remplaceront. On répétera cet échange en observant le même intervalle de temps et la même progression dans la diminution d'épaisseur des coussins, jusqu'à ce que le malade repose immédiatement sur le sommier. C'est dans cette position qu'il devra rester désormais jusqu'à la consolidation du travail de réparation organique.

Durant tout ce temps, l'immobilité absolue est maintenue rigoureusement; elle n'est interrompue pour aucune cause : ni pour satisfaire aux besoins naturels, ni pour changer le linge de corps, tout ayant été prévu et organisé pour éviter une interruption quelque courte qu'elle soit. Le pansement des cautères posés sur les côtés de la colonne vertébrale et le changement du ballon de caoutchouc qui, après deux ou trois mois d'usage, a perdu une grande partie de son élasticité, ne sont pas des causes de dérogation à cette règle. Lorsque l'une de ces circonstances se présente, on approche parallèlement au bord d'un lit le sommier avec celui qu'il supporte, et, en l'inclinant légèrement sur le matelas, on y dépose doucement et sans secousse le malade, dont on met le dos à découvert en débouclant une des courroies et la ceinture. Le pansement fait, ou le ballon changé, on rattache le malade à son sommier, et on l'enlève tout d'une pièce avec celui-ci, en opérant un mouvement inverse au premier.

Il va sans dire que, pendant qu'il est sur son sommier, outre les soins hygiéniques dont il est l'objet et les distractions devenues possibles par des dispositions données à l'appareil, le gibbeux peut encore être soumis à diverses médications, telles que les préparations iodées, l'huile de foie de morue, les amers : quinquina, gentiane, etc. Il est purgé de temps en temps, suivant les besoins. On pratique sur les membres et sur la face antérieure du tronc des frictions avec des teintures aromatiques ou des liniments excitants; le massage est souvent exécuté sur des membres inférieurs. Enfin, on lui donne une alimentation substantielle et des vins généreux. Une habitation saine à la campagne; un séjour de un ou deux mois sur les bords de la mer et l'usage des bains sulfureux, lorsqu'ils sont indiqués, peuvent compléter très-heureusement l'ensemble des conditions hygiéniques et des moyens thérapeutiques déjà indiqués. A Enghien, nous avons, pour ces malades, des baignoires pourvues de fonds sanglés, sur lesquels on les dépose avec les précautions indiquées plus haut et qui permettent de les baigner sans interrompre l'immobilité. Quant au séjour sur les bords de la mer, les difficultés que pourraient présenter le voyage et le transport quotidien du malade sur la plage disparaissent, grâce au sommier et au chariot. Il y a cinq à six ans, j'ai proposé l'adoption de ce système à notre honorable confrère et regretté collègue, le docteur Bergeron, pour faire transporter sur la plage de Berck les gibbeux confiés à l'assistance publique.

Maintenant, combien de temps l'immobilité absolue doit-elle durer? En thèse générale, cette question me paraît difficile à résoudre d'une façon précise. En effet, il est impossible de se rendre compte d'une manière exacte et satisfaisante de l'état des vertèbres. Par leur position, elles échappent à nos investigations. Il faut donc procéder par tâtonnements : essayer prudemment du mouvement et revenir à l'immobilité si ces essais n'ont pas de succès. Pour moi, j'attends toujours, pour autoriser les premiers essais d'exercice, que depuis longtemps la douleur ait cessé de se faire sentir dans les parties affectées, que la force musculaire soit revenue dans les membres inférieurs, que les fonctions digestives soient rétablies, en un mot, que la restauration des forces soit déjà ancienne ou n'ait pas éprouvé de vicissitudes récentes. Et, quand il en est ainsi, ce n'est pas encore une raison pour que je permette la marche dans la position verticale. Je débute par faire exécuter à mes malades, toujours liés à leur sommier dans la position horizontale, des exercices des membres inférieurs à l'aide des appareils Pichery. A l'établissement Pravaz, je leur faisais exercer les mêmes membres sur un char à bielles et à pédales roulant sur un petit rail-way. Ce dernier moyen pourrait être employé sans beaucoup de frais dans les hospices où l'on traite les enfants. Enfin, après un temps qui varie nécessairement suivant les sujets, à ce procédé de déambulation horizontale je substitue la marche dans la position verticale en soutenant mon malade à l'aide d'un char à béquilles.

Les premiers essais d'exercice sont très-courts; ils se font d'abord une fois par jour; puis, graduellement, on les répète plusieurs fois dans la journée et on augmente leur durée. Dans l'intervalle qui s'écoule entre chacun des exercices, le malade continue à observer le repos dans le décubitus dorsal, jusqu'à ce que la guérison, paraissant consolidée, il soit enfin graduellement rendu aux conditions ordinaires de la vie. Enfin, pour répondre autant qu'il m'est possible à la question que je viens de poser, je dirai que chez certains malades, j'ai fait commencer les exercices des membres inférieurs, dans la position horizontale, entre trois et quatre mois à dater du jour où l'immobilité avait commencé, et la marche dans le char à béquilles environ six mois après cette même date.

Chez d'autres malades les premiers essais d'exercice n'ont commencé qu'après un an d'immobilité; tout cela dépend, en effet, de la marche de la maladie vertébrale.

Quant au résultat apparent du traitement, il n'est pas borné à la disparition plus ou moins complète des courbures de compensation, il consiste encore dans une diminution très-notable de la saillie que formaient les vertèbres malades. Ainsi chez un des enfants, dont l'observation est rapportée dans mon premier travail, et qui était devenu extrêmement difforme par le fait de deux gibbosités existant, l'une dans la région lombaire, l'autre dans la région dorsale, j'ai obtenu un redressement tel que j'ai pu dire en terminant cette observation : si on l'examine à nu, on trouve que sa colonne vertébrale a repris son aplomb naturel et que les traces de ses anciennes gibbosités ne se décèlent que par deux points très-circonscrits, faisant l'un et l'autre une saillie d'un demi-centimètre environ au-dessus des parties voisines. André peut maintenant ramasser un objet, placé à terre devant lui, en fléchissant le tronc sans prendre l'attitude décrite par Boyer, comme étant propre aux sujets atteints du mal vertébral de Pott.

Une autre question me sera sans doute encore adressée. On me demandera peut-être comment s'opère la consolidation du rachis, ramolli ou excavé dans une ou plusieurs de ses parties? Je répondrai que n'ayant pas fait d'autopsie de malades traités d'après mon système, je ne peux, catégoriquement, résoudre cette question. Mais, me fondant sur les observations rapportées par Reider, par

Richet, et par MM. Nélaton et Richet, et desquelles il résulte que l'excavation vertébrale peut être oblitérée par du tissu fibreux et que des jetées osseuses, en colonne de renforcement, suivant l'expression de M. Nélaton viennent lier les vertèbres altérées avec celles qui les avoisinent, je suis autorisé à croire que c'est par la production d'un tissu osseux de nouvelle formation que le mal se répare, que la colonne vertébrale se consolide, et que, lorsqu'il en est autrement, c'est, comme l'a dit Richet, parce que les jetées osseuses stalactiformes ont manqué leur but par des empêchements extérieurs, au nombre desquels est assurément le mouvement et la mauvaise position adoptée par le malade. Le professeur Alquié, de Montpellier, m'a autrefois montré une stalactite osseuse, brusquement séparée des vertèbres, qui était descendue jusque dans la fosse iliaque, laissant sur les premières la trace de son ancienne liaison avec elles. M. Alquié était convaincu que le malade eût pu guérir, s'il eût conservé la position horizontale.

Enfin, messieurs, permettez-moi, pour terminer ce sujet, de rapporter ici l'opinion de l'un de nos honorables confrères, le professeur Benoît, de Montpellier.

« Que si la coque osseuse à laquelle peut être réduite une vertèbre, s'affaisse et rapproche ses parois, la nature aura peut-être moins à faire, moins de substance à produire pour ramener la solidité ; mais les parois de cette coque n'adhéreront pas l'une à l'autre, et leur éloignement n'aurait pas arrêté le travail particulier, qui révèle des tendances favorables. Ce travail est la création d'un tissu osseux de nouvelle formation, moins dans l'intérieur de la cavité tuberculeuse que dans ses alentours ; c'est la formation de stalactites, de colonnes inégales, irrégulières, mais solides, qui suppléent la portion osseuse détruite sans prendre sa place, qui naissent dans la sphère d'action de la lésion tuberculeuse, qui suivent dans leur génération et leur développement toutes les phases du tissu osseux normal, et qui renferment, comme ce dernier, des corpuscules ou des ostéoplastes, ainsi que nous l'avons constaté. La disposition des cavités osseuses n'est pas toujours nécessaire à leur guérison, et nous avons vu des pièces qui démontraient leur persistance après une cure radicale. Delpech avait observé ce fait et l'avait consigné dans son *Traité d'Orthomorphie*. Le traitement par le repos et par le décubitus dorsal, a-t-il dit, laisse subsister, il est vrai, les intervalles qui résultent des destructions déjà opérées dans les os, et ne mettent point en contact les surfaces nouvelles; mais la nature peut produire des colonnes, des leviers solides qui franchissent les espaces et qui rétablissent solidement la continuité.

M. DE SAINT-GERMAIN partage l'avis de M. Gillebert-Dhercourt; les corsets-tuteurs ne peuvent être maintenus; l'immobilité sur le sommier lui paraît un excellent moyen; il demande si la situation des pieds et de la tête n'a rien de gênant.

M. FORGET s'associe à l'innovation proposée par M. Gillebert-Dhercourt. Mais l'appareil s'applique-t-il à tous les cas; ou bien n'y a-t-il pas des indications et des contre-indications? L'appareil est-il applicable aux cas où le mal de Pott s'accompagne d'abcès multiples qui exigent des soins minutieux.

Si l'enfant a une gibbosité en voie de formation, sous l'influence de l'immobilité et de bonnes conditions hygiéniques, on arrive à arrêter le développement de la maladie; ce résultat s'obtient même sans application d'appareil; mais si la guérison, la cicatrisation s'est faite par des jetées, des stalactites osseuses, l'appareil ne peut s'adresser à ces gibbosités définitives.

En un mot, M. Forget n'admet l'application de l'appareil que si la maladie est en voie de développement. Relativement aux courbures secondaires qui viennent compenser la gibbosité définitive, M. Forget pense qu'elles doivent être respectées; elles sont la ratification de la courbure pathologique; il admet néanmoins l'utilité de l'appareil pour remédier, non pas aux courbures de compensation, mais aux attitudes vicieuses que prennent les malades. Enfin, l'appareil de M. Gillebert-Dhercourt n'est pas un appareil de réduction, mais simplement un appareil de contention.

M. LUNIER s'inquiète des résultats de cette immobilité prolongée pendant plusieurs mois, et se demande si elle n'a pas de graves inconvénients au point de vue du rétablissement ou du maintien de la santé générale.

M. PETER demande si l'innovation de M. Gillebert-Dhercourt n'est pas, au lieu d'un progrès, un retour en arrière de Pott. Celui-ci professait, en effet, que cet effondrement, cet affaissement de la colonne vertébrale avait pour effet de rapprocher les parois de la cavité pathologique, et, par suite, de favoriser la guérison. Ce serait donc aller contre le but que l'on se propose que de s'opposer à la formation de la gibbosité.

M. GILLEBERT-DHERCOUR. A M. Forget, qui m'a demandé si je faisais usage de mon sommier pour les cas où les malades portent des abcès par congestion, et dans ceux où la gibbosité peut être considérée comme consolidée, je répondrai : J'ai fait coucher sur ce sommier des malades ayant des abcès par congestion. Un des enfants cités dans mon premier mémoire portait un abcès de la fosse iliaque droite. Au moment où il me fut confié, cet abcès avait déjà subi un commencement de résorption; mais la fosse iliaque droite était encore engorgée et douloureuse, et la cuisse droite était fléchie sur le bassin. Environ un mois après le séjour de l'enfant sur le sommier, l'engorgement et la douleur de la fosse iliaque avaient cessé et le membre inférieur droit pouvait être complétement et facilement étendu.

L'existence de fistules n'est pas une contre-indication à l'usage de mon sommier; au contraire, l'apaisement de l'irritation qui résulte de l'immobilité, et les facilités que le sommier apporte à l'exécution des pansements de toute nature, rendent son emploi favorable dans tous les cas. Avec un semblable appareil, il n'est pas d'orifice fistuleux qui soit inaccessible aux moyens chirurgicaux : sondages, injections, dilatation ou autres.

Quant aux gibbosités consolidées et permanentes, elles appartiendraient au domaine de l'orthopédie plutôt qu'aux cas dont je m'occupe en ce moment. En effet, je n'ai en vue que la maladie vertébrale de Pott, soit dans sa période d'état, soit en évolution ascendante ou terminale. Toutefois, puisque la question m'est posée, je dirai que le décubitus dorsal, tel que je le fais pratiquer sur ce sommier, peut rendre de très-grands services dans les cas de difformités permanentes. Voici comment :

Je rappellerai, à propos de l'incurvation vertébrale, que celle-ci est un fait complexe, qui se compose d'abord de l'angle formé par l'écrasement plus ou moins prononcé des vertèbres malades, et ensuite, des courbures secondaires auxquelles donnent lieu les attitudes vicieuses et les efforts faits instinctivement par les malades pour corriger les conséquences de celles-ci ;

En ce qui concerne l'usage du sommier, que, grâce aux dispositions qu'il présente, l'immobilité en décubitus dorsal place toutes les parties du tronc dans un relâchement complet; que, sous l'influence de cette condition, il se fait une accommodation lente que l'on rend progressive à volonté, et qui a pour effets d'étendre les arcs des courbures secondaires ou de compensation, et de faire ainsi cesser les compressions et les distensions là où elles existaient : d'où il suit, par exemple, que les portions des fibro-cartilages intervertébraux amincies par la compression, recevant désormais plus de nourriture, reprennent de l'épaisseur, et, comme conséquence de ce dernier fait, que les inflexions secondaires de la colonne s'effacent plus ou moins complétement ou sont corrigées par d'autres moins prononcées; enfin, que la gibbosité première éprouve les effets de cette lente accommodation en même temps que ceux du travail de réparation organique. Or, tout cela s'opérant dans une longue période de temps, pendant que l'enfant se développe, la colonne vertébrale se consolide finalement dans un redressement sinon complet, du moins si heureusement compensé que la difformité est à peine sensible et que le jeu des poumons n'est plus gêné ni restreint. Eh bien ! si, chez un jeune sujet, j'avais à traiter une gibbosité consolidée, permanente ; si la difformité causée par elle était très-considérable, et si la gêne apportée à la respiration rendait l'hématose insuffisante et compromettait la santé dans l'avenir, je n'hésiterais pas à faire usage du décubitus dorsal sur ce sommier, non pour redresser la gibbosité,

qui devrait alors être respectée, mais pour corriger et modifier les fortes courbures auxquelles elle aurait donné lieu.

Les indications de l'emploi du sommier seraient donc : 1° au début de la maladie et durant tout le cours de ses différentes évolutions;

2° Dans les cas de difformités permanentes, compromettant la santé dans le présent ou dans l'avenir, mais seulement en vue de corriger les fortes courbures de compensation, l'angle formé par les vertèbres excavées devant toujours être respecté lorsqu'il a été consolidé par le travail de réparation organique. Les effets du décubitus sur le sommier ne s'exercent d'ailleurs que sur les segments supérieur et inférieur de la colonne, et non sur la gibbosité proprement dite.

J'ajoute que je ne tiens pas essentiellement au mot *redressement*, qui a pu contribuer à faire croire que j'employais l'extension et les tractions violentes; si je m'en suis servi, c'est faute d'en avoir trouvé un plus convenable. J'accepterais volontiers celui de *contention*, proposé par M. Forget, s'il rendait plus complétement ma pensée. Il y a quelque chose de plus que la simple contention avec mon sommier; il y a en plus un redressement réel, sinon complet, du moins fort notable, de la taille des gibbeux, redressement qui se fait sans extension ni traction violentes.

A M. Peter (Mon système est un pas en arrière de P. Pott).

J'ai déjà répondu à cette objection dans mon premier mémoire et dans le travail que j'ai eu l'honneur de lire à la Société. J'ai cité, en effet, des faits empruntés à Reider, à Delpech, à Alquié, à Richet, et à MM. Nélaton et Richet, qui démontrent que l'écrasement de la vertèbre ou des vertèbres excavées n'est pas nécessaire à la guérison, que l'oblitération des os excavés peut avoir lieu par du tissu fibreux, et que la consolidation se fait au moyen de jetées osseuses stalactiformes qui lient les vertèbres excavées à celles qui les avoisinent. J'ai encore cité, en terminant, un article du professeur Benoît, de Montpellier, qui se déclare partisan de la même opinion et qui l'appuie sur de nouveaux faits.

PRÉSENTATION

M. ONIMUS présente du sang qui a été congelé pendant quelques heures. Ce sang, qui a été rendu septicémique par putréfaction, et qui, avant la congélation renfermait un grand nombre de proto-organisme, n'en renferme plus après la congélation, et néanmoins, injecté sous la peau des lapins, il tue ces animaux en moins de vingt-quatre heures. M. Onimus présente également le précipité alcoolique desséché de sang septicémique. Ce précipité est obtenu en mélangeant une fois et demie le volume d'alcool avec du sang putréfié. Il se forme aussitôt un précipité qui se dépose sur le filtre. Ce précipité est desséché à l'air libre; aussitôt qu'on le fait redissoudre dans l'eau, on voit les vibrions et les bactéries reprendre leurs mouvements. L'injection de cette solution sous la peau des lapins ne détermine que très-rarement la mort.

M. Onimus conclut de ces expériences qu'un sang peut être septicémique sans renfermer de proto-organisme, et, d'un autre côté, que l'alcool enlève au sang putréfié son action virulente.

La séance est levée à six heures.

Le secrétaire : BLUMENTHAL.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Faculté de médecine de Montpellier. — La Faculté vient de présenter pour la chaire de médecine légale : en premier rang, M. Estor, agrégé; en deuxième rang, M. Castan, agrégé.

— *École de médecine de Lyon.* — A la suite d'un concours où les candidats ont montré les connaissances les plus étendues, MM. Ailland et Bermond, classés *ex æquo*, ont été nommés prosecteurs pour deux ans.

— *Hôpitaux de Bordeaux.* — Le prix Delord (440 francs) vient d'être décerné à M. Piéchaud, premier interne sortant.

— M. le docteur Sichel commencera, le lundi 1er décembre, à huit heures du soir, dans l'amphithéâtre n° 3 de l'École pratique, un cours élémentaire d'ophthalmologie, et le continuera les vendredis et lundis suivants, à la même heure.

Ce cours comprendra environ trente leçons.

— A céder, dans un quartier populeux de Paris, une clientèle médicale rapportant 10,000 fr. — S'adresser au bureau du Journal.

Le Directeur : Dr E. LE SOURD.

Paris. — Typographie A. POUGIN, quai Voltaire, 13.

N° 137. — JEUDI 27 NOVEMBRE 1873. 46e ANNÉE. JEUDI 27 NOVEMBRE 1873. — N° 137.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Bureaux : 57, rue des Saints-Pères, 57
PRÈS L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix d'abonnement
doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

On s'abonne hors de Paris
dans les bureaux des Messageries et chez les Libraires
Les lettres non affranchies sont refusées.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui n'en peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS
Trois mois. . 8 fr. 50 c.
Six mois. . . 16 —
Un an. . . . 30 —

POUR L'ÉTRANGER le port en sus suivant les derniers tarifs des Postes.

Paris, le 26 novembre 1873.

Nous recevons la lettre suivante :

A M. le Dr E. Le Sourd, directeur de la Gazette des Hôpitaux.

Monsieur et très-honoré confrère,

Il vient de mourir à la Selle-sur-le-Bied, tout proche de Ferrières-Gâtinais (Loiret), un confrère qui laisse une veuve avec cinq enfants, dans la misère la plus profonde. La fille aînée, âgée de dix-sept ans, vient d'être placée ; les quatre autres, un garçon et trois filles, restent à la charge de la mère, attendu que leur jeune âge les met dans l'impossibilité de gagner leur vie. Leur pauvre père a succombé avant l'âge, à cinquante-deux ans, épuisé par la fatigue et le chagrin, après une maladie non interrompue (phthisie pulmonaire). Sa vie a été, pour ainsi dire, un long martyre. Depuis cinq ou six ans, il a perdu quatre enfants. Malgré une vie très-occupée, vous devez comprendre qu'avec une si nombreuse famille il n'ait pu faire d'économies. Bien plus, depuis deux ou trois ans il n'avait plus de cheval, et faisait souvent dix lieues à pied ; aussi est-il mort à la peine.

Pour secourir tant d'infortunes, vous serait-il possible d'ouvrir une souscription dans la *Gazette des Hôpitaux ?* La famille médicale, je l'espère, ne laissera pas sans secours les orphelins d'un de ses membres, qui laisse un nom respecté, et qui a noblement supporté son infortune.

Il s'appelait David, et était médecin à la Selle-sur-le-Bied.

Mme veuve David a perdu sa patrie pendant la guerre ; car, née Alsacienne, elle veut rester Française. Elle est digne à tous égards de la sympathie de notre grande famille médicale.

Veuillez agréer, etc.

Dr Bosc.

Devant une si grande infortune il n'y a pas à hésiter, et nous faisons appel aux sentiments de vraie confraternité qui animent chacun de nous quand le malheur frappe un des nôtres. Les plus modestes offrandes seront reçues avec une vive reconnaissance.

Nous déclarons ouverte la souscription en faveur de la veuve et des quatre enfants de notre confrère David, et nous inscrivons :

La *Gazette des Hôpitaux*. . . . 100 francs.

SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

La discussion sur le choléra, un moment interrompue par les exigences du scrutin, a été reprise hier. La parole a été à M. Barth, que sa large participation aux travaux de l'Académie en matière de choléra, et notamment son rapport sur les épidémies de 1853, 1865 et 1866 auraient naturellement appelé à la tribune, s'il n'y avait été directement provoqué par plusieurs de ses collègues. On connaît déjà les opinions de M. Barth par ce rapport même ; on sait qu'elles sont conformes à celles de M. Fauvel et de la Conférence et, on peut ajouter, de la majorité des membres de l'Académie qui ont pris la parole jusqu'à présent dans cette question. M. Barth, dans son allocution d'hier, faisant une sorte d'inventaire des diverses opinions et doctrines émises sur l'origine et la nature du choléra, a commencé par faire le départ des points sur lesquels il y a accord et de ceux qui sont l'objet de dissidences. Il est naturellement arrivé à ce résultat, aisé à prévoir, que si l'accord règne sur tout ce qui est du ressort de l'observation pure, symptomatologie, caractéristique, marche de la maladie, etc., il n'en est pas de même des questions de nature, d'origine, de genèse, de propagation. C'est sur ces grandes questions, d'où dépend en grande partie le choix des mesures sanitaires, que portent principalement les dissidences. M. Barth, examinant une à une les diverses théories en présence, a résumé toutes les objections qui peuvent leur être faites, une excepté, la théorie de l'origine indienne et de l'importation par voie humaine, qui est celle qu'il défend avec la Conférence.

Nous avons déjà exprimé notre pensée là-dessus ; et nous n'avons rien trouvé à l'audition du discours de M. Barth, sauf l'impression que pourrait nous faire une lecture à tête reposée de son texte, qui nous ait paru de nature à la modifier.

Nous répéterons ce que nous avons dit au sujet des discours de M. Fauvel, de M. Chauffard et de M. Hervieux. D'accord sur le point d'origine, le point de départ et le mode d'invasion des premières épidémies, nous faisons des réserves pour les dernières seulement, et notamment pour l'épidémie actuelle, pour laquelle la preuve de l'importation n'est pas faite, et qui, plus que les précédentes, nous semble, par la marche qu'elle a suivie, par quelques-uns de ses caractères insolites et par son extinction lente et graduelle sur place, témoigner de plus en plus d'une sorte de naturalisation et de transformation d'une maladie épidémique en maladie endémique.

Nous espérons pouvoir réunir prochainement quelques documents nouveaux à l'appui de cette manière de voir.

— L'Académie, après l'allocution de M. Barth, s'est formée en

comité secret pour entendre la lecture du rapport de M. Charcot, au nom de la section d'anatomie pathologique, sur le classement des candidats à la place vacante dans cette section. Les candidats présentés par la section, au nombre de six, sont classés dans l'ordre suivant : 1° M. Empis, 2° M. Laboulbène, 3° M. Parrot, 4° M. Lancereaux, 5° M. Cornil, 6° M. Voisin. — L'élection aura lieu dans la séance prochaine.

Dr Brochin.

HOPITAL DES ENFANTS-MALADES. — M. Bouchut.

De l'amputation des amygdales dans certains cas d'angine couenneuse.

Il y a quinze ans que j'ai proposé de faire l'amputation des amygdales dans certains cas d'angine couenneuse. Comme on peut le voir, dans la sixième édition de mon *Traité des maladies de l'enfance*, dix-neuf observations publiées par quelques confrères et par moi attestent l'utilité de ce moyen, restreint à des circonstances déterminées et rendu nécessaire par une indication spéciale. En voici un nouveau cas, sur lequel j'appelle votre attention pour différents motifs : le premier, parce qu'il établit nettement l'indication du recours chirurgical ; le second, parce qu'il vous montre le succès de la méthode, et le troisième, parce qu'il résout une question de doctrine ou de pathogénie relative à la nature de l'angine couenneuse.

Les deux premiers considérants pourraient au besoin vous suffire au point de vue pratique, qui est le but de votre présence autour de moi ; mais à côté de ce fait empirique, il y a dans le troisième considérant un attrait particulier, qui sera goûté de ceux qui aiment à réfléchir sur les questions doctrinales.

Ce qui m'a décidé chez cette enfant à recourir à l'amputation des amygdales couvertes de fausses membranes ayant déjà gagné le pharynx, c'est le volume de ces glandes, qui étant très-hypertrophiées, se touchaient complétement par leur surface libre et faisaient obstacle à l'entrée de l'air dans la poitrine. Il y avait ici nécessité de donner passage à l'air pour favoriser l'hématose pulmonaire. On ne pouvait s'abstenir que d'après cette fausse idée que la diphthérite tonsillaire étant primitivement le résultat d'une infection spécifique, c'est-à-dire d'une maladie générale, l'opération devait être inutile. Or, comme je crois que la diphthérite est primitivement une maladie locale pouvant devenir générale, je n'ai pas été arrêté par la question de doctrine et j'ai opéré, heureusement pour la malade.

Dans l'angine couenneuse donc, sans préoccupation de doctrine, sur la nature du mal, si les amygdales sont hypertrophiées et gênent l'hématose, il faut les enlever. Voilà l'indication.

La nécessité fut le mobile de ma première opération. L'enfant étouffait par le fait du volume de ses amygdales couenneuses, juxtaposées. Il fut soulagé et guérit sans que les fausses membranes se soient reproduites sur la surface de section. Je fis alors l'excision des amygdales comme on fait la trachéotomie dans le croup, pour prolonger la vie et sans savoir exactement quel serait le résultat de l'opération. Le succès ayant couronné cette tentative, je recommençai à sept reprises différentes, toutes suivies de guérison ; Domerc, Speckhann, de Reuwez, Simyan, Paillot, firent comme moi, obtenant ainsi les mêmes succès, et je crois que, dans les circonstances dont je parle, avec l'indication que je pose, il n'y a pas à hésiter avec le cas actuel ; cela fait vingt amputations heureuses des amygdales dans l'angine couenneuse. On n'en saurait exiger davantage à l'appui d'une méthode opératoire.

L'enfant qui me suggère ces réflexions, nommée Mathilde D..., âgée de huit ans, est entrée à l'hôpital le 28 octobre dernier, au moment de la clinique, et vous avez pu chez elle constater l'état suivant qui, nous a-t-on dit, datait de trois jours.

Elle avait le cou enflé sous la mâchoire par tuméfaction des ganglions sous-maxillaires. La bouche était entr'ouverte et la langue poussée en dehors. La respiration était gênée par défaut de pénétration de l'air dans les poumons, ce que révélait l'absence de murmure vésiculaire. La voix était gutturale, presque éteinte, et la toux légèrement croupale.

Dans l'arrière-bouche, les deux amygdales, très-volumineuses, se touchant par leur face interne, étaient recouvertes de fausses membranes blanches, épaisses, lardacées, gagnant un peu le pilier antérieur du voile du palais, et occupant aussi le pharynx.

Bien que l'affection membraneuse ne fût pas entièrement limitée aux amygdales, en raison du volume de ces glandes, je résolus d'en faire l'excision, et M. de Saint-Germain, chirurgien de l'hôpital, se chargea de réaliser mon désir.

L'opération fut très-bien réussie, et comme traitement consécutif, je fis faire toutes les heures des injections de coaltar saponiné de Lebeuf au quarantième. On donna du vin et des soupes épaisses pour soutenir les forces.

Le 29, tout le pharynx était couvert de fausses membranes et la luette était encapuchonnée par un produit de même nature. La surface de section des amygdales était grise, suppurante, sans exsudation. L'engorgement ganglionnaire cervical avait diminué.

La respiration était facile et l'enfant se trouva très-soulagée. Pas d'albuminurie.

Même traitement d'injections de coaltar saponiné et de nourriture substantielle.

Le 30, même état local, mais l'état général est excellent, et il n'y a pas d'albuminurie. *Même traitement.*

Je continuai les jours suivants, et, dès le 1er novembre, on vit les fausses membranes disparaître du pharynx de la luette sans s'étendre à la surface coupée des amygdales.

Aujourd'hui 4 novembre, il n'y a plus trace d'exsudation membraneuse dans le pharynx et l'enfant est guérie.

Ce fait prouve une fois de plus, ce que je m'attache à démontrer par la clinique, savoir que la diphthérite peut rester une maladie locale et guérir sans donner lieu à aucun phénomène d'empoisonnement. Chez cette enfant, il n'y a eu qu'inflammation pelliculaire simple du gosier, sans résorption de produits septiques ou purulents et sans albuminurie.

Cela ne veut pas dire que la diphthérite ne devienne pas souvent une maladie générale. Je ne soutiens pas une chose aussi contraire à l'observation. Je dis seulement que la maladie est d'abord locale, qu'elle peut rester telle et guérir, mais, dans beaucoup de cas, elle devient générale soit par résorption leucocythique dans l'épaisseur des parties ulcérées couvertes de membranes, soit par embolie capillaire fibrineuse. Alors, il y a ce que j'ai fait connaître autrefois de l'albuminurie, des noyaux apoplectiques ou infarctus sanguins des viscères, particulièrement des poumons, des ramollissements d'infarctus formant des abcès métastatiques, et de la leucocythose. Si l'on joint à cela la thrombose cardiaque et l'endocardite végétante mitrale et tricuspide, qui expliquent ces phénomènes, on comprendra le mécanisme de l'infection diphthéritique secondaire et les effets qu'elle engendre.

C'est ici, pour cette maladie, la reproduction de ce que l'on voit dans certaines maladies, d'abord locales, et qui peuvent produire

une infection de tout l'organisme. Ainsi en est-il de la pustule maligne, maladie locale, charbonneuse, que l'on guérit sur place et qui peut devenir générale et engendrer le charbon.

L'idée que je professe encore n'a rien de nouveau ni qui me soit personnel. C'était aussi l'idée de Bretonneau, et la preuve, c'est qu'il soutenait que si l'on arrivait à temps, au début du mal, on pouvait l'arrêter par la cautérisation d'acide chlorhydrique et de nitrate d'argent.

Qu'est-ce donc qu'arrêter l'angine couenneuse par la cautérisation, sinon détruire le mal avant son extension aux parties voisines et son introduction dans le sang?

Comme vous le voyez, la doctrine qui consiste à regarder la diphthérite comme une maladie primitivement locale, devenant plus ou moins vite une maladie générale, n'a rien qui ne soit conforme à l'observation et aux opinions de maîtres autorisés. Ce que vous venez de voir chez la malade dont je vous parle, vaut mieux que toutes les affirmations et les contradictions doctrinales. C'est la nature qui parle à vos yeux en vous présentant un fait que votre esprit est appelé à comprendre. Voyez et jugez. Sur ce terrain d'observation, nous serons tous d'accord.

En résumé :

Dans l'angine couenneuse avec hypertrophie des amygdales, il est utile de faire l'excision de ces glandes.

Vingt opérations suivies de succès prouvent la nécessité de cette pratique.

Par l'excision des amygdales faites d'après cette indication, on débarrasse le pharynx de deux corps étrangers qui gênent la respiration, font obstacle à l'hématose et quelquefois affaiblissent le murmure vésiculaire jusqu'à disparition complète.

Cette opération arrête la marche progressive envahissante de l'angine couenneuse encore à l'état de maladie locale et constitue un excellent moyen préventif du croup.

Elle a souvent pour effet d'enlever la totalité du mal avant qu'il ait infecté l'organisme, car après cette amputation, les fausses membranes ne se reproduisent pas sur la surface coupée.

HOPITAL DE LAUSANNE. — M. Rouge.

Nouveau procédé hémostatique.

M. Esmarch vient de faire connaître un moyen facile de supprimer l'hémorrhagie dans les opérations qui se pratiquent sur les membres et sur les tumeurs pédiculées. Ce procédé est le suivant : Si l'on fait une amputation de jambe, par exemple, on applique, pendant qu'un aide s'occupe de donner le chloroforme, une bande élastique autour du membre, de l'extrémité des orteils à la partie supérieure de la cuisse ; à l'endroit où les tours de bande s'arrêtent, le chirurgien place un lien constricteur formé d'un tube de caoutchouc de la grosseur du petit doigt. Lorsqu'il est convenablement serré et fixé, on enlève la bande élastique qui a chassé tout le sang de la périphérie au centre, et comme la circulation ne peut se rétablir grâce à la compression exercée par le tube de caoutchouc, le membre ainsi traité est exsangue, et l'on opère à sec. J'ai vu, à Berne, M. le professeur Kocher mettre en pratique ce procédé pour une désarticulation du coude et pour une amputation de l'avant-bras ; dans ces deux cas l'opération fut faite comme sur le cadavre. Je viens d'appliquer trois fois cet ingénieux moyen hémostatique, voici dans quelles conditions.

On amène à l'hôpital un enfant ayant la cuisse droite et la jambe gauche, jusqu'au genou, broyées et coupées par la roue d'une locomotive. Le petit blessé est exsangue ; j'entoure les moignons avec une bande élastique ; je comprime les cuisses avec le tube en caoutchouc, et j'ampute la cuisse gauche au quart inférieur (lambeau antérieur) sans perdre une goutte de sang par les chairs ; il n'y eut que, par le canal médullaire, un suintement insignifiant ; je liai les artères blanches et béantes, puis le tube compresseur fut retiré ; je mis une ligature sur deux petites artérioles, qui se mirent alors à jaillir. La cuisse droite fut amputée au quart supérieur (deux lambeaux), à la bifurcation des fémorales ; opération à sec ; seulement, à la section de l'os, le moignon devenant subitement plus mince, le tube glissa ; il y eut un jet de sang, aussitôt arrêté par l'application d'une pince à ligature ; le tube fut replacé, et je liai tranquillement les vaisseaux. Je fis de suite une transfusion de 200 grammes de sang pris à un robuste individu, et introduit avec l'appareil du docteur Bellina dans la veine fémorale gauche. L'enfant n'avait pas perdu une cuiller à bouche de sang dans cette double amputation.

Une femme, âgée de soixante-trois ans, atteinte d'une ostéo-arthrite suppurée du genou gauche, vient à l'hôpital se faire amputer ; tout le membre est œdématié. J'applique le bandage élastique et le tube de caoutchouc à la racine de la cuisse ; amputation à lambeau antérieur. Ici l'hémostasie ne fut pas si complète ; ce que j'attribue à l'œdème qui a gêné l'action de la bande élastique ; toutefois l'écoulement de sang fut presque nul. Cette opération est, au douzième jour, dans les meilleures conditions.

Enfin, j'ai pratiqué un évidement de la partie inférieure du tibia, chez un jeune homme de vingt-deux ans ; il ne s'écoula pas une goutte de sang ; la gouge coupait à sec comme dans du bois ; la cavité évidée était très-étendue cependant. Aussitôt le lien enlevé, la jambe reprit sa coloration normale, et le sang, jaillissant des parois osseuses, remplissait en un clin d'œil l'espace que j'avais creusé.

La place me manque aujourd'hui pour faire ressortir tous les avantages de ce nouveau procédé ; j'y reviendrai en temps et lieu. Il me suffira pour aujourd'hui de dire qu'il n'est pas nécessaire de recourir à une bande élastique ; une simple bande suffit pour atteindre le but, et un lien ordinaire, une cordelette, par exemple, conviendra très-bien pour comprimer la racine d'un membre ou le pédicule d'une tumeur.

NOTE SUR UNE NOUVELLE LIQUEUR DE GOUDRON NON ALCALINE

Par M. Freyssinge.

Depuis quelques années, dans les pharmacies et dans le public l'usage s'est répandu de faire l'eau de goudron au moyen de liqueurs dites concentrées, fortement alcalines, obtenues par une solution de parties égales de goudron et de soude dans 100 parties d'eau.

Le produit est ainsi complétement dénaturé et ses effets nuls ou nuisibles.

Condamnées par tous ceux qui se sont occupés de la question, Gubler, Soubeiran, Bouchut, Desprès, Adrian, Lefort, etc.; bannies des formulaires et des traités de thérapeutique, on pouvait croire que ces liqueurs seraient promptement délaissées, mais la facilité de leur emploi et les désagréments de la manipulation du goudron, ont continué à les faire préférer, au moins par le public, ignorant les inconvénients de leur alcalinité.

Aujourd'hui, heureusement, il n'en sera plus ainsi, car nous allons exposer un procédé qui nous paraît résoudre le problème d'une façon complète.

Voici le principe sur lequel repose ma liqueur de goudron, que j'ai appelée normale parce qu'elle représente bien l'eau de goudron, et rien que l'eau de goudron :

Étant donnée de l'eau de goudron titrée, je la distille (à faible température et dans le vide) pour recueillir les principes volatils que je réunis aux principes fixes qui, à la fin de l'opération, restent dans l'alambic avec une petite quantité d'eau. J'obtiens ainsi une première liqueur qui présente, sous une forme très-concentrée, tous les principes non altérés de l'eau de goudron et rien que ces principes. Il ne reste plus qu'à les fixer pour assurer leur conservation, — ce que j'obtiens sans addition d'alcali, vu leur solubilité naturelle, — et à les doser au titre de 1 pour 100. De façon que deux cuillerées à bouche représentent 40 centigrammes de principes, il suffit de mélanger cette quantité à un litre d'eau pour obtenir très-exactement l'eau de goudron du *Codex*. Tandis que deux cuillerées à bouche représentant 40 centigrammes de goudron *dénaturé* ne représentent tout au plus que 4 centigrammes des principes contenus dans l'eau véritable.

Par les procédés que j'emploie, ma liqueur est naturellement moins colorée que les autres, qui ne doivent leur coloration qu'à la présence des alcalis, ce dont on peut s'assurer en ajoutant à la mienne un peu de soude ou d'ammoniaque. Elle brunit alors instantanément. Étendue d'eau, elle donne une eau de goudron ambrée, au lieu de la coloration brune anormale produite par les autres préparations. Elle est légèrement acide, comme l'eau de goudron, cela va sans dire. Elle a enfin une odeur franche de goudron et un goût aromatique qui rappellent son origine, au lieu de l'odeur terreuse et du goût alcalin que présentent les autres liqueurs.

En définitive, ma liqueur n'est, en effet, que de l'eau de goudron que l'on a concentrée en la débarrassant de la plus grande partie de son eau; en restituant celle-ci, on obtient rigoureusement l'eau primitive.

REVUE DE LA PRESSE

Immobilisation dans la traitement des fractures compliquées. — M. Cadiat, interne des hôpitaux, a réuni, dans le service de M. de Saint-Germain, sept observations de fractures compliquées fort graves, avec broiement des os, des muscles, décollement de la peau déchirée souvent sur une grande étendue, etc. Ces blessés ont guéri avec une facilité étonnante, alors que l'amputation, pratiquée dans le même service pour des cas analogues, était toujours suivie d'infection purulente ou d'érysipèle emportant les malades. Ces bons résultats n'ont été obtenus qu'à la condition d'une immobilisation exacte, constante de toutes les parties. Il faut que le membre soit moulé dans une enveloppe complétement rigide. Dans chacun de ces cas, on n'a employé que des moyens connus; mais on en a surveillé l'application de façon à rendre l'immobilisation parfaite. L'obstacle le plus difficile à vaincre est la contraction musculaire. On a surtout employé les attelles plâtrées. Il est aisé de trouver deux plans d'immobilisation à la jambe ou même à la cuisse, mais cela devient très-difficile pour le bras.

A la jambe, une attelle antérieure épaisse, moulée sur le genou et le dos du pied, triomphe de la contraction musculaire. Pour la cuisse, on pose d'abord un bandage de corps formé d'une épaisse couche d'ouate et de bandes. L'attelle plâtrée a la forme d'une croix; la branche horizontale est collée sur le bandage du corps, sans passer en arrière; la branche verticale descend sur la face externe de la cuisse, s'appuie sur le genou et vient insensiblement sur le dos du pied. Au-dessus des larges plaies, on fait une sorte de pont. On se sert de l'appareil Scultet pour appliquer les attelles. (*Gazette hebdomadaire.*)

De l'alimentation par le rectum. — M. O. Leube (d'Iéna), pour rendre plus efficace l'alimentation par le rectum, a eu l'idée de rechercher les substances dont la composition et la consistance se rapprochent le plus de celles que présentent, dans le gros intestin, les aliments ingérés normalement, c'est-à-dire ne nécessitant pas une digestion préalable et pouvant être absorbées telles qu'on les introduit.

Il croit avoir trouvé une composition alimentaire pouvant remplir ce but. Elle consiste dans l'association du pancréas à la viande, à la graisse, etc. Il fait ajouter à 300 grammes de viande de bœuf préalablement raclée et finement hachée 100 grammes de substance glandulaire pancréatique débarrassée, autant que possible, de sa graisse. On additionne le mélange de 150 grammes d'eau tiède, et on remue jusqu'à ce qu'il ait pris la consistance d'une bouillie épaisse. On peut ajouter de la graisse dans la proportion de un sixième. Ces injections sont poussées à l'aide d'un clyso-pompe spécial. M. Leube termine par les conclusions suivantes : L'injection d'un mélange de viande et de pancréas séjourne dans le gros intestin de douze à trente-six heures sans être évacuée. — On risque de précipiter l'évacuation en ajoutant trop de graisse au mélange (plus de 1/6e de la viande). — Il est prudent de nettoyer préalablement l'intestin si l'on veut éviter une expulsion trop prompte de l'injection. Souvent les premières injections sont rejetées trop tôt; il faut persévérer. — Quand, après plusieurs injections faites avec succès, il se produit une évacuation trop prompte, il faut laisser reposer l'intestin et suspendre un ou deux jours les injections. — Le mélange indiqué se recommande par son bon marché, la facilité de sa préparation et sa composition adaptée aux procédés naturels de digestion du gros intestin. Le malade ne souffre pas de ce régime; il ne sent ni pression, ni douleur dans l'abdomen; il éprouve un sentiment de satiété. — En tout cas, après les injections, le pouls devient plus plein, l'état général s'améliore et le malade reprend confiance.

En terminant, M. Leube indique les cas dans lesquels la méthode nouvelle sera particulièrement applicable avec succès. Ce sont : la corrosion ou la sténose de l'estomac, de l'œsophage ou du pharynx, les grandes opérations faites dans cette région, les hémorrhagies de l'estomac ou de l'intestin grêle, la gastrite chronique et peut-être la péritonite, et en général tous les cas où il existe des empêchements mécaniques à l'introduction des aliments dans l'estomac ou l'intestin grêle et ceux dans lesquels la digestion par l'estomac ou l'intestin grêle présente des inconvénients ou des dangers pour le malade. (*Progrès médical.*)

De l'emploi de l'alcool dans la fièvre typhoïde et dans le choléra infantile. — M. le docteur Fourrier (de Compiègne), relate un certain nombre de faits tendant à démontrer l'utilité de l'alcool dans le traitement de la fièvre typhoïde et du choléra infantile.

Pour la fièvre typhoïde, il rapporte quinze observations, dont trois sont tirées de sa pratique personnelle, et dont les autres ont été prises sur des soldats allemands pendant la guerre. Sur ce nombre, six seulement ont été traités par l'alcool afin d'avoir un point de comparaison. De cette comparaison, il résulte que la maladie a une durée plus longue chez les malades non traités par l'acool. Chez eux, en effet, la durée moyenne a été de cinquante-cinq jours environ, tandis qu'elle n'a été que de trente à quarante jours chez les autres, et encore ces derniers se sont-ils trouvés dans de bien plus mauvaises conditions que les premiers. Les trois observations de la ville confirment entièrement ces résultats.

M. Fourrier en conclut : 1° que l'alcool a sur la marche de la fièvre typhoïde une action des plus favorables; qu'il en abrége la durée ; — 2° Que ce médicament paraît surtout utile dans les cas où on observe du délire, et que ce symptôme disparaît rapidement sous son influence.

Quant au choléra infantile, M. Fourrier, après quelques considérations générales sur cette maladie, qu'avec Trousseau il appellerait volontiers *maladie d'été*, rapporte les cas les plus graves qu'il a observés et traités par l'alcool. Ces observations tendent à démontrer l'action favorable de l'alcool comme tonique et surtout comme modificateur du système nerveux.

En terminant, M. Fourrier se demande si, dans le choléra des enfants, il n'y aurait pas une altération des ganglions semi-lunaires analogue à celle que signalait Delpech en 1832 dans le choléra, et si, dans ce cas, l'action de l'alcool ne pourrait pas s'expliquer

par une action directe sur ce grand système? (*Bulletin de thérapeutique.*)

Du psoriasis buccal. — M. Debove vient de lire à la Société anatomique un mémoire sur ce sujet. En voici un court résumé :

Au début, le psoriasis buccal passe généralement inaperçu. Il ne détermine aucun trouble jusqu'à ce que les plaques psoriasiques aient atteint une étendue et une épaisseur qui ne permettent plus au malade de méconnaître son affection. Les taches sont d'abord opalines, transparentes, puis bientôt la couche épidermique s'épaissit, devient opaque et blanchâtre. Sa forme habituelle est celle d'une plaque médiane s'étendant du V lingual à l'union du tiers antérieur de la langue avec son tiers moyen. Les squames, nombreuses, épaisses au centre, deviennent minces et diminuent à la périphérie. D'autres fois, le psoriasis revêt la forme nummulaire; d'autres fois enfin il atteint toute la face dorsale de la langue. La face inférieure est ordinairement saine. Au toucher, la tache psoriasique est dure et résistante. La muqueuse linguale est tantôt lisse, tantôt couverte de fissures, de crevasses ou même d'ulcérations saignantes. Le grand sillon médian est surtout le siége de cet ulcère. Les malades éprouvent toujours une certaine gêne et même une douleur parfois assez vive pendant les repas. La mastication est lente, la parole gênée; la salivation augmentée, le goût altéré. Le psoriasis lingual coïncide souvent avec celui de la face interne des joues ou de la face postérieure des lèvres (plaques des fumeurs). Il peut aussi siéger à la voûte palatine, aux gencives. Sa marche est chronique et irrégulière. Il se termine souvent par le cancroïde. Jusqu'à présent, on ne l'a pas observé chez l'enfant; il est très-rare chez la femme, sa cause la plus fréquente étant l'abus du tabac. M. Bazin prétend qu'il est de nature arthritique, mais cette origine n'est pas constante. (*Société anatomique.*)

Accidents épileptiformes de nature syphilitique chez un nouveau-né. — (Obs. recueillie par M. Lepileur, interne à Saint-Lazare). — Une femme de vingt-neuf ans, d'une constitution lymphatique, entre, avec sa fille, âgée de trois ans, bien portante, à Saint-Lazare, dans le service de M. Costilhes. Cette femme est enceinte de cinq mois; elle ne présente aucun signe de la syphilis. Ni chez elle, ni chez son mari, ni chez leurs ascendants, on ne trouve aucune trace d'épilepsie.

Un mois après son entrée, cette femme offre, sur le sternum, une éruption papuleuse de nature syphilitique. Elle fait une chute et accouche, à huit mois, d'un garçon. Peu de temps après, elle est atteinte sur les bras, les fesses, les cuisses et les jambes, d'une violente éruption d'eczéma impétigineux. Traitement antisyphilitique. On n'observe rien sur l'enfant; mais, après une colère vive, il présente plusieurs attaques épileptiformes bien caractérisées. Il est traité par l'iodure de potassium. L'examen de la mère, au spéculum, fait découvrir une ulcération syphilitique du col. Les accidents nerveux présentés par l'enfant cessent tout à coup et ne reparaissent plus. La rareté de l'épilepsie essentielle chez le nouveau-né, l'absence d'antécédents de famille, de compression du cerveau ou de lésions traumatiques résultant de manœuvres obstétricales; les manifestations syphilitiques de la mère, le succès du traitement employé chez cet enfant autorisent à penser que cet enfant a subi une compression pathologique du cerveau causée par une exostose ou par une gomme, ou simplement par un exsudat des membranes; enfin par une production morbide quelconque de nature syphilitique. (*Annales de dermathologie.*)

Transmission de la tuberculose par les voies digestives; expériences nouvelles sur le veau. — La section médicale de l'Association française a nommé une commission pour procéder à l'examen et à l'autopsie de plusieurs veaux de lait auxquels M. Chauveau avait fait ingérer de la matière tuberculeuse. Les animaux étaient au nombre de quatre, dont deux seulement avaient ingéré des matières tuberculeuses. Chez ces deux derniers, on a pu constater des lésions tuberculeuses considérables multipliées et très-importantes. Chez les deux autres, gardés comme terme de comparaison, on a découvert des lésions infiniment moindres, mais dont la nature tuberculeuse ne pouvait être mise en doute. Voici les conclusions de la commission : 1° Il est extrêmement probable que la tuberculose des animaux soumis à l'examen de la commission n'était pas de provenance héréditaire ; — 2° Il paraît incontestable que les ingestions de matière tuberculeuse ont eu une influence déterminante sur les lésions si nombreuses et si considérables des premiers animaux ; — 3° Il est très-probable que les seconds, gardés comme témoins, ont été injectés, eux aussi, par les voies digestives, consécutivement à leurs voisins malades et par eux, en mangeant dans les mêmes baquets qu'eux et en ingérant des boissons ou des aliments contaminés par eux. (*Lyon médical*).

Nouveau mode de compression des artères. — Billroth donne, d'après Esmarsch, la description d'un nouveau mode de compression des artères dans les opérations sur les extrémités. La partie supérieure du membre à amputer est enveloppée d'une bande élastique faisant plusieurs tours, partant de l'extrémité du membre pour gagner sa racine; puis, sur le milieu de la bande, est exercée une énergique compression au moyen d'un tube de caoutchouc. L'auteur affirme que l'opération se pratique ainsi sans que le malade perde une goutte de sang. Un certain nombre d'observations de Billroth et de M. Eug. Bœckel viennent à l'appui de cette affirmation. (*Gazette de Strasbourg.*) — Voir plus haut la clinique de M. Rouge.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 25 novembre 1873. — Présidence de M. Depaul.

CORRESPONDANCE OFFICIELLE

M. le ministre de l'agriculture et du commerce transmet : 1° les comptes rendus des maladies épidémiques qui ont régné, en 1872, dans les départements du Calvados et de la Haute-Loire. (Comm. des épidémies.)

CORRESPONDANCE NON OFFICIELLE

Elle comprend : 1° un pli cacheté déposé par M. le docteur Leven (Accepté) ; — 2° une lettre de remercîments de M. Barnes (de Washington), chirurgien général des États-Unis, nommé membre correspondant ; — 3° des lettres de MM. les docteurs Desormeaux et Maurice Perrin, qui se présentent comme candidats dans la section de pathologie chirurgicale ; — 4° une lettre de M. le docteur Panis (de Reims), accompagnant l'envoi d'un tableau des vaccinations pratiquées par lui en 1872 ; — 5° une note sur la vaccine en Algérie, par M. le docteur Sedan, médecin aide-major de 1re classe.

PRÉSENTATIONS

M. Bergeron dépose sur le bureau le *Bulletin* (année 1873) *de la Société protectrice de l'Enfance* pour le département de la Seine-Inférieure.

M. Devilliers présente, au nom de M. le docteur Brochard, deux brochures; l'une intitulée : *Guide pratique de la jeune mère*, l'autre *l'Ouvrière mère de famille.*

M. Am. Latour présente, de la part de M. le docteur Pietra Santa, une brochure sur la *Crémation des morts en Italie.*

M. Bouillaud offre en hommage un travail, extrait des *Comptes rendus de l'Académie des sciences*, sur le *Dicrotisme du pouls.*

Suite de la discussion sur le choléra.

M Barth, invité à prendre la parole dans cette discussion, se propose : 1° de rechercher ce qui est admis sans conteste; 2° de discuter ce qui est en litige; 3° de signaler ce qui reste encore d'incertain.

Il y a accord sur ce point que la diarrhée sans douleur est la première manifestation de la maladie, qu'elle précède d'habitude de plusieurs heures à plusieurs jours le développement des symptômes cholériques proprement dits. Les relevés statistiques sont presque tous d'accord sur ce point. L'accord n'existe pas moins sur l'en-

semble des symptômes du choléra complet et sur leur ordre de succession, ainsi que sur les symptômes de la réaction, sur certaines variétés telles que le choléra sec, etc.

Il y a désaccord, au contraire, sur la nature de la maladie, sur sa genèse et ses conséquences. Les opinions sont nombreuses et très-diverses sur ce point; les uns voyant dans le choléra une névrose ganglionnaire, d'autres une maladie de foie, ceux-là un typhus, ceux-ci une fièvre intermittente, d'autres enfin un empoisonnement miasmatique de cause insaisissable portant son action sur le système nerveux de la vie organique.

Le choléra épidémique n'a qu'une analogie avec le choléra sporadique; il y a similitude, mais non identité entre ces deux maladies. La gravité de l'une et la bénignité habituelle de l'autre, à défaut d'autres caractères, ne permettraient pas de les confondre. Si M. Barth entre dans des détails sur les caractères différentiels, le choléra nostras, affection individuelle, due à des causes facilement appréciables, ne se montrant guère que dans les saisons chaudes et n'étant jamais communicable, tandis que le choléra épidémique se montre en toute saison, sans cause appréciable, atteint un grand nombre d'individus à la fois dans les conditions les plus diverses, et se transmet fréquemment.

M. J. Guérin ne nie pas cette transmissibilité, et cependant il considère le choléra épidémique comme une transformation du choléra sporadique parvenu à son summum de puissance sous l'influence de deux facteurs : l'un atmosphérique, qui recèle l'élément morbide; l'autre organique, consistant en une réceptivité plus ou moins grande pour cette semence morbide que l'organisme féconde et multiplie.

Dans cet ordre d'idées, M. Guérin considère les diarrhées qui souvent précèdent comme la première phase du mal, et les cas isolés seraient la première ébauche de la maladie.

Mais ces diarrhées, dit M. Barth, sont loin d'être constantes, elles peuvent être attribuées à la peur; elles se rencontrent plus fréquemment avant le choléra, quand celui-ci vient à la fin de l'été; elles sont plus rares quand le choléra vient au printemps, elles manquent souvent complétement. D'ailleurs, il y a fréquemment des diarrhées sans choléra, témoin les diarrhées de 1859. Enfin il y a tous les ans des cas isolés sans qu'il en résulte d'explosion épidémique. M. Guérin ne s'explique pas, d'ailleurs, sur les causes constituantes de ce facteur atmosphérique.

M. Joly fait une grande part à la présence de l'eau ; il signale la fréquence des explosions d'épidémies cholériques sur les bords des fleuves, sur le rivage de la mer. Si l'eau était la cause du choléra, on aurait dû voir sévir les épidémies surtout en Hollande, à Venise, plus souvent qu'ailleurs; ce qui n'est pas.

Mais ce n'est pas seulement l'eau qu'invoquent les partisans de l'éclosion spontanée, ils invoquent toutes les conditions atmosphériques, topographiques et hygiéniques. Or, quelles sont en France, par exemple, les conditions météorologiques ou telluriques qui n'aient existé de tout temps.

M. Barth examine successivement à ce point de vue la température, l'humidité ou la sécheresse, les variations de l'électricité, les altérations des principes constituants de l'air, l'ozone, etc., la constitution géologique du sol, et il montre l'insuffisance de chacun.

Si, ajoute-t-il, le choléra épidémique n'est pas une simple aggravation du choléra sporadique, s'il n'est pas un produit de conditions atmosphériques, telluriques ou hygiéniques; s'il est, comme nous le pensons, une maladie *sui generis*, qui ne naît point spontanément chez nous, d'où vient-il? et comment arrive-t-il jusqu'à nous?

D'après une opinion presque universelle, il est originaire de l'Asie méridionale; c'est de là qu'on l'a vu partir en 1817 pour arriver jusqu'à nous. Comment?

Ici, nous arrivons à une deuxième théorie, la théorie du miasme particulier transporté à travers les continents et les mers par de grands courants atmosphériques qui le déversent çà et là sur leur passage.

Cette théorie est sujette à de nombreuses objections. M. Barth montre qu'elle est une supposition gratuite, qui ne supporte pas l'examen ni la discussion.

D'après une troisième théorie, le choléra, originaire de l'Inde, où il a son berceau et ses conditions de genèse, est emporté par l'homme lui-même au delà des limites de son empire, et se propage au loin en se régénérant dans les victimes qu'il a atteintes sur son passage.

Les partisans de cette manière de voir nous montrent le choléra partant du delta du Gange, pour envahir d'abord les contrées voisines en relation de commerce avec l'Inde par la voie de terre ou de mer, et marcher ensuite en différents sens, dans la direction des courants humains.

Il n'existe pas, ajoutent-ils, un exemple de l'arrivée du choléra d'un pays continental dans un autre plus vite que les voyageurs, et d'un continent à travers les mers dans un autre plus rapide que les navires à vapeur.

C'est à cette théorie que M. Barth s'est rallié, et c'est par l'examen des arguments invoqués de part ou d'autre pour ou contre elle, qu'il termine son allocution, à laquelle le temps ne lui a pas permis de donner tous les développements qu'il eût désirés.

A cinq heures, l'Académie se forme en comité secret pour entendre le rapport de M. Charcot, au nom de la section d'anatomie pathologique, sur les candidats à la place vacante dans cette section.

ADDITION A LA SÉANCE DU 18 NOVEMBRE 1873.

Conclusions du mémoire sur les sables intestinaux lu par M. Laboulbène.

1° On peut quelquefois trouver dans les garde-robes une matière sableuse qu'on peut appeler *sable intestinal*.

2° Cette matière ressemble beaucoup à du sable jaune ou brunâtre, dont les grains les plus gros auraient les trois quarts d'un millimètre, et même 1 millimètre de diamètre, et les plus petits 2 à 3 dixièmes de millimètre. La surface en est inégale et revêtue de prolongements en forme de cristaux irréguliers.

3° L'examen anatomo-pathologique fait constamment reconnaître dans le sable intestinal des particules siliceuses encroûtées de matière organique et de phosphate ammoniaco-magnésien.

4° Dans un grand nombre de cas, en même temps que la silice, on trouve des cellules végétales inattaquées par les liquides actifs de l'estomac et de l'intestin.

5° Le sable intestinal provient du dehors, et paraît se former à la suite d'une alimentation trop exclusivement végétale et par l'ingestion inaperçue (ou peut-être volontaire, premier fait) de particules siliceuses.

6° Les moyens qui paraissent les plus utiles à employer sont les purgatifs modérés et l'alimentation azotée prédominante.

ÉTAT SANITAIRE.

Paris. — Pendant la semaine finissant le 21 novembre, on a constaté 824 décès, savoir :

Rougeole, 41; scarlatine, 2; fièvre typhoïde, 22; érysipèle, 4; bronchite aiguë, 32; pneumonie, 50; dysentérie, 5; choléra, 4; angine couenneuse, 7; croup, 17; affections puerpérales, 3; autres affections aiguës, 245; affections chroniques, 356, dont 157 dues à la phthisie pulmonaire; affections chirurgicales, 53; causes accidentelles, 13.

Lyon. — Décès du 3 au 17 novembre 1873 : 272.

Scarlatine, 1; — fièvre typhoïde, 13; — Fièvre catarrhale, 1 ; — bronchite aiguë, 9; — pneumonie, 8; — dysentérie, 1 ; — diarrhée, 4 ; — angine couenneuse, 2 ; — croup, 3 ; — affections puerpérales, 2 ; — affections cérébrales, 32 ; — maladies du cœur, 23 ; — phthisie, 65 ; — catarrhe pulmonaire, 11 ; — autres maladies,

aiguës, 21; — autres maladies chroniques, 49; — affections chirurgicales, 24; — Causes accidentelles, 3.

Mort-nés, 33.

Lille. — Décès du 16 au 31 octobre 1873 : 152.

Fièvre typhoïde, 3; — érysipèle, 1; — bronchite, 9; — pneumonie, 10; — diphthérie et croup, 2.

Londres. — Décès du 9 au 15 novembre 1873, 1,636.

Rougeole, 105; — scarlatine, 32; — fièvre typhoïde, 40; — érysipèle, 12; — bronchite, 295; — pneumonie, 152; — dysentérie, 1; — diarrhée, 13; — diphthérie, 4; — croup, 26; — coqueluche, 35.

New-York. — Décès du 12 au 18 octobre 1873 : 543.

Variole, 1; — rougeole, 6; — scarlatine, 15; — fièvre typhoïde, 8; — bronchite, 14; — pneumonie, 46; — diarrhée, 99; — croup, 20.

Rome. — Décès du 3 au 9 novembre 1873 : 141.

Fièvre typhoïde, 4; — érysipèle, 2; bronchite, 3; pneumonie, 11; — diphthérie et croup, 5; — choléra, 12.

Bruxelles. — Décès du 2 au 8 novembre 1873 : 99.

Fièvre typhoïde, 5; — bronchite et pneumonie, 9; — diarrhée des jeunes enfants, 11.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

École de médecine de Bordeaux. — Les concours pour les prix annuels ont donné les résultats suivants :

Étudiants en médecine de 1re année. — 1er prix : M. Ferrand; — 2e prix : M. Rubens; — Mention honorable : M. Chavoix.

Étudiants en médecine de 2e année. — 1er prix *ex æquo.* : MM. Bitot et Lalesque; — 2e prix : M. Pousson; — 1re mention honorable : MM. Hirigoyen, Philippeau et Rabère; — 2e mention honorable : MM. Faure-Lacaussade, Maderay et Portier.

Etudiants en médecine de 3e année. — 1er prix : M. Arnozan; — 2e prix : M. Dubourg; — Mention honorable : M. Troquart.

Étudiants en pharmacie. — 1er prix : M. Lescure; — 2e prix *ex æquo* : MM. Mathet et Tourrou; — Mentions honorables : MM. Rocher, Poumeau-Delille et Dubalen.

Prix Barbet (Manipulations), *ex æquo* : MM. Rocher et Tourrou; — Mention honorable : M. Huchart.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Manuel de prothèse ou mécanique dentaire, par O. COLES, chirurgien à l'hôpital spécial de Londres; traduit de l'anglais, annoté, par le docteur G. DARIN. — 1 vol. in-8° avec 150 figures dans le texte. Prix : 6 francs. — Paris, Adrien Delahaye.

Du massage, des frictions et manipulations appliquées à la guérison de quelques maladies, par M. LAISNÉ, professeur de gymnastique. — 1 vol. gr. in-8° de VIII-176 pages avec figures dans le texte. Prix : 4 fr. 50. — Paris, J.-B. Baillière et fils.

Les gourmes, par le docteur CAZENAVE, ancien médecin de l'hôpital Saint-Louis, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris. — In-8°. Prix : 2 francs. — Paris, Adrien Delahaye.

Pronostic et traitement de l'épilepsie. Mode d'emploi des bromures alcalins, par le docteur LEGRAND DU SAULLE. — — In-8°. 2e édition. Prix : 1 fr. 50. — Paris, Adrien Delahaye.

L'art de conserver la vue. Traité d'hygiène oculaire, par le docteur ARTHUR CHEVALIER. 1 vol. in-12 avec 95 figures dans le texte. Prix : 1 franc. — Paris, Adrien Delahaye.

Organisation de l'éducation physique des enfants du premier âge, par le docteur A. BERTRAND, médecin inspecteur de la Société protectrice de l'enfance de Paris. — In-8°. Prix : 50 centimes. — Paris, Adrien Delahaye.

Le Directeur : Dr E. LE SOURD.

Paris. — Typographie A. POUGIN, quai Voltaire, 13.

No 138. — SAMEDI 29 NOVEMBRE 1873. 46e ANNÉE. SAMEDI 29 NOVEMBRE 1873. — No 138.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Bureaux : 57, rue des Saints-Pères, 57
PRÈS L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix d'abonnement doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

On s'abonne hors de Paris dans les bureaux des Messageries et chez les Libraires. Les lettres non affranchies sont refusées.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui n'en peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS : Trois mois. . 8 fr. 50 c. — Six mois. . . 16 — — Un an. . . . 30 —

POUR L'ÉTRANGER le port en sus suivant les derniers tarifs des Postes.

REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE

Empoisonnement par l'acide sulfurique.

Un cas d'empoisonnement par l'acide sulfurique dans le service de la clinique de la Charité, a fourni à M. le professeur Sée l'occasion de soulever plusieurs questions qui se rattachent à l'histoire générale des empoisonnements. Il s'agit d'une femme qui, par mégarde, a avalé un mélange dans lequel l'acide sulfurique entrait pour un quart. Elle avait ingurgité environ 40 grammes de ce mélange. Soit par suite de cette dilution de l'acide ou de la rapidité de son passage, la bouche ni la langue n'en ont conservé aucune trace. Les seuls symptômes qui en sont résultés sont des vomissements bilieux, verdâtres, répétés, des selles et quelques filets de sang entraînés par les vomissements et qui sembleraient indiquer que l'œsophage aurait été plus vivement atteint par le passage de l'acide que ne l'ont été la bouche et le pharynx. Les selles ont cessé, mais les vomissements ont persisté.

C'est sur cette persistance des vomissements, alors que la petite quantité d'acide ingérée a dû être depuis longtemps expulsée, et que les lésions locales produites par son passage et son court séjour dans les organes paraissent presque insignifiantes, que M. Sée a plus particulièrement insisté, comme étant l'indice d'une action autre et différente de celle qui a été généralement attribuée jusqu'à ces derniers temps à l'acide en question. Loin que le vomissement puisse être considéré ici comme le résultat d'une action locale inflammatoire ou ulcérative sur la membrane muqueuse de l'estomac, il n'y a aucun rapport d'intensité entre ces deux phénomènes. Rien n'est plus variable dans ses degrés que l'ulcération stomacale dans ces circonstances, tandis que le vomissement est constant. Il faut donc en chercher la cause ailleurs. M. Sée croit qu'elle réside dans une action analogue à celle de l'acide phosphorique. On croyait aussi, autrefois, que l'acide phosphorique n'agissait que par ses propriétés irritantes et qu'il ne faisait mourir que par son action corrosive et par les perforations qui en étaient le résultat. On sait aujourd'hui qu'indépendamment de cette action locale, les parties de phosphore absorbées, si minimes qu'elles soient, portent leur influence sur le système nerveux et consécutivement sur la plupart des tissus, notamment le tissu musculaire, le tissu hépatique et le tissu rénal, sur lesquels il produit la dégénérescence stéatosique. M. Sée considère l'acide sulfurique comme un poison stéatogène au même titre que l'acide phosphorique, bien qu'à des degrés différents probablement.

Il pourra être intéressant de suivre, à ce point de vue, la malade dont il s'agit.

Il y a aussi d'autres déductions à tirer de cette nouvelle manière d'envisager l'action toxique de l'acide sulfurique, au double point de vue du traitement d'abord, qui ne devra plus se borner à combattre les phénomènes inflammatoires et de l'étude de l'action thérapeutique des acides minéraux, dont il y aura lieu de chercher à déterminer l'action spéciale sur le système nerveux.

Des grossesses intra-utérines et de leur traitement.

Le fait de grossesse extra-utérine dont nous avons entretenu nos lecteurs dans la dernière Revue, nous a fait remettre la main sur un travail récent sur ce sujet, qui n'avait fait que passer sous nos yeux sans arrêter suffisamment notre attention. C'est un travail de M. le docteur Th. Keller, ancien aide d'anatomie de la Faculté de médecine française de Strasbourg, intitulé : *Des grossesses extra-utérines et plus spécialement de leur traitement par la gastrotomie* (1).

Nous passerons sur les considérations très-intéressantes touchant à l'étiologie et à l'anatomie pathologique des grossesses extra-utérines, pour ne nous arrêter ici que sur les parties exclusivement pratiques, savoir celles qui ont trait au diagnostic et au traitement.

Dans les quatre premiers mois de la grossesse, les symptômes qui peuvent la faire présumer, sinon la faire reconnaître d'une manière certaine, sont la violence et la ténacité des phénomènes du début, la persistance des règles ou un écoulement muco-sanguin périodique à courts intervalles, l'existence de douleurs particulières, siégeant dans l'hypogastre et les flancs, sortes de coliques utérines qui se manifestent souvent dès la troisième semaine et s'accompagnent de rétention d'urine et de constipation opiniâtre. A cette période, le toucher vaginal peut quelquefois fournir des données assez précises, lorsque, par exemple, le col est dévié d'un côté ou d'autre ou refoulé en avant, en même temps que le palper abdominal fait constater la présence d'une tumeur distincte de l'utérus lui-même, occupant plus particulièrement l'une des régions inguinales, plus élevée au-dessus

(1) Brochure in-8o. Paris, 1872.

du détroit supérieur que le serait à cette époque celle d'une grossesse utérine et ordinairement douloureuse à la pression.

M. Keller cite dans son travail plusieurs observations ne remontant pas au delà de ces vingt dernières années, où à l'aide de quelques-uns de ces signes une grossesse extra-utérine a pu être reconnue dès le premier ou le deuxième mois.

Dans la deuxième partie de l'évolution, les mouvements de l'enfant et la perception des pulsations fœtales à l'auscultation mettant hors de doute, d'une part, le fait d'une grossesse, tandis que les signes qui indiquent une anomalie dans cette grossesse, les douleurs péritonitiques notamment, s'accusent de plus en plus, le diagnostic devient aussi de plus en plus facile.

A cette époque, c'est-à-dire à partir du quatrième mois, l'examen abdominal, indépendamment de la forme de plus en plus irrégulière du ventre, de la situation anormale de la tumeur, de la rétraction de l'ombilic, qu'il permet de constater, fait percevoir souvent d'une manière très-vive les mouvements du fœtus à travers les parois amincies, et parfois comme s'il était placé immédiatement derrière ces parois. A la palpation, souvent très-douloureuse, on peut quelquefois sentir distinctement la tumeur kystique renfermant le fœtus et la tumeur moins volumineuse, formée par l'utérus vide, mais toujours un peu plus développée qu'à l'état physiologique.

L'auscultation ne fait que très-rarement entendre le bruit de souffle placentaire. D'après les recherches que M. Keller a faites à ce sujet, le placenta est presque toujours situé dans les parties profondes; il n'a été trouvé sous la paroi abdominale qu'une seule fois dans l'un des cas opérés par M. Kœberlé. On comprend toute l'importance qu'il peut y avoir à s'assurer de cette disposition au point de vue opératoire.

Le toucher vaginal et le toucher rectal, indépendamment des diverses dispositions anormales du col qu'ils font reconnaître, joints au palper abdominal, peuvent très-utilement concourir à déterminer d'une manière précise l'indépendance de la matrice et de la tumeur fœtale par les mouvements communiqués.

Le cathétérisme utérin, que ses dangers en cas de grossesse utérine ont dû interdire jusque-là, peut devenir, à cette période, d'un très-grand secours et même tout à fait décisif, en permettant de reconnaître la vacuité de la matrice. C'est à l'aide du cathétérisme que M. Stoltz, qui l'a le premier mis en pratique dans ces circonstances, en 1857, a pu reconnaître, d'une manière certaine, une grossesse extra-utérine sur une femme dont M. Hirtz a publié l'observation, à cette époque, dans la *Gazette médicale de Strasbourg*.

Est-il possible de diagnostiquer les diverses variétés de la grossesse extra-utérine (grossesse ovarique, tubaire, interstitielle, abdominale)? Certes, si le diagnostic de la grossesse extra-utérine est si souvent difficile, du moins au début, on comprendra combien on doit avoir de peine à diagnostiquer la variété de grossesse extra-utérine à laquelle on a eu affaire. Cependant, il n'est pas impossible de faire cette distinction. Voici quelques-uns des signes qui peuvent y conduire. Dans la grossesse tubaire, la tumeur se développe plus spécialement dans une des deux régions inguinales. Elle est plus souvent douloureuse; elle fait le plus souvent corps avec la matrice, qui est plus développée que dans la grossesse abdominale.

Dans la grossesse abdominale, la tumeur occupe le plus ordinairement le cul-de-sac postérieur, repoussant la matrice en haut et en avant contre le pubis; quand elle se développe au-dessus du détroit supérieur, elle refoule, au contraire, la matrice en bas et la place soit en rétroversion ou en antéversion plus ou moins prononcée. Le diagnostic, à cet égard, est éclairé d'ailleurs par la marche même et la durée de la grossesse. La grossesse tubaire dépasse rarement le troisième ou le quatrième mois; au delà de ce terme, on peut être presque certain qu'on a affaire à une grossesse abdominale, soit qu'ellle ait été abdominale primitivement ou qu'elle le soit devenue secondairement par suite de la rupture de la trompe.

Le fait de la mort du fœtus augmente considérablement les difficultés du diagnostic, surtout si cette mort est survenue avant l'époque où il a pu donner les signes de sa présence. C'est dans ces cas qu'il est extrêmement difficile, en dehors des commémoratifs, de reconnaître un kyste fœtal de toute autre tumeur intra-abdominale. Lorsque la palpation, le toucher n'ont donné aucun renseignement suffisant, on peut recourir alors à une ponction exploratrice. Encore même les résultats de ce mode d'exploration ne seront-ils pas toujours certains.

Quels sont les moyens de traitement applicables aux diverses époques de la grossesse extra-utérine? C'est ce que nous examinerons avec l'auteur de cet intéressant travail dans la Revue prochaine.

Exomphale du foie par arrêt de développement.

A l'occasion du fait d'éventration fœtale que nous avons rapporté dans notre Revue de samedi dernier, M. le docteur Fieuzal, médecin de l'hospice des Quinze-Vingts, nous adresse la communication suivante, relative à un exomphale du foie par arrêt de développement, qu'il a observé il y a quelques mois, et dont il a lu dernièrement la relation à la Société médicale du VIIIe arrondissement. Voici la partie de cette observation qui a trait à l'arrêt de développement.

Il s'agit d'un enfant né au septième mois, après une chute que la mère avait faite une douzaine de jours auparavant, chute qui détermina la rupture de la poche amniotique.

Cet enfant présentait les caractères suivants : longueur, 38 centimètres; poids, 1,800 grammes environ; formes grêles, peau ridée, ongles solides, cheveux un peu colorés, scrotum sans testicules, verge petite, cornées un peu louches, paupières ouvertes, aspect général présentant peu de vitalité. En outre, au niveau de l'ombilic, existait une tumeur du ventre, d'une apparence vert foncé, de la dimension d'un œuf d'autruche, mesurant 20 centimètres de circonférence.

Cette tumeur, enveloppée par la membrane externe du cordon, présentait à sa base une rainure indiquant la continuation avec la peau; c'était comme un orifice ombilical, très-large, et s'étendant surtout du côté droit et en haut; le cordon lui-même, avec ses artères et sa veine, occupait la base du côté gauche et en bas; c'était donc un renflement du cordon qui formait l'enveloppe de cette tumeur, dure, irréductible, sans battements autres que des mouvements de soulèvement d'ensemble coïncidant avec les mouvements respiratoires.

Aussitôt après la naissance, l'enfant fut enveloppé d'ouate et sa tumeur isolée avec de la toile; on lui donna à la cuillère de l'eau sucrée et du lait, qu'il ne voulait pas avaler le premier ni le second jour, mais qu'il prenait fort bien après.

Il a uriné et rendu son méconium pendant onze jours, durant lesquels sa vie végétative a continué au milieu de cris persistants, qui étaient un véritable supplice pour les parents.

Enfin, il est mort le onzième jour; sa tumeur n'était pas détachée, pas plus que l'ombilic, dont le cordon était dans un état de putréfaction avancé. La base de la tumeur, au niveau de la

rainure qui continuait la peau du ventre, commençait aussi à se putréfier.

Aussitôt après la mort de cet enfant, M. Fieuzal a détaché 1 centimètre de peau autour de la base de la tumeur, et il a pu, selon ses prévisions, s'assurer que la tumeur renfermait dans sa totalité le foie, qui se reliait ainsi aux intestins par un cordon de vaisseaux ; la section de ce pédicule vasculaire a donné lieu à un écoulement de sang assez abondant, provenant de la veine cave inférieure et des vaisseaux hépatiques.

L'arrêt de développement est ici parfaitement visible et paraît devoir s'expliquer par l'état de la mère pendant les premiers temps de sa grossesse. On sait, en effet, que le foie et l'intestin rentrent dans le ventre de la quatrième à la sixième semaine par le fait même du rétrécissement graduel de l'ombilic qui refoule ces viscères dans la cavité abdominale ; or, le début de sa grossesse ayant été marqué chez la mère par des *coliques hépatiques* d'une durée et d'une intensité tout à fait exceptionnelles, il paraît naturel de rapporter aux douleurs excessives des six premières semaines de la conception cet arrêt de développement. C'est du moins l'opinion de notre confrère. — Qu'il y ait, du reste, coïncidence ou relation entre ces deux faits : coliques hépatiques chez la mère, ectopie du foie chez l'enfant, il nous a paru intéressant de porter le fait à la connaissance du public médical.

Dr E...

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 22 octobre (1). — Présidence de M. Trélat.

PRÉSENTATION DE PIÈCES

Lipome. — M. Léon Le Fort. La tumeur que j'ai l'honneur de présenter à la Société provient d'une femme âgée de soixante-treize ans, couchée dans mon service à l'hôpital Beaujon, salle Sainte-Agathe, n° 6.

Cette femme raconte qu'elle porte à la fesse une tumeur volumineuse qui date de trente-trois ans. Lorsqu'elle s'en aperçut pour la première fois, en 1848, elle était ronde, mobile, très-dure, ne roulant pas sous le doigt. D'ailleurs, il n'y avait pas de douleurs, et nuls symptômes généraux. Pendant trente-trois ans, cette tumeur a grossi lentement, restant indolente, et gênant très-peu la malade. Il y a six mois, il y a eu comme une véritable poussée, et elle paraît avoir grossi du double. Cependant, ses forces n'ont pas diminué, ni son appétit ; mais des modifications remarquables se sont passées dans la tumeur, qui s'est ulcérée, tandis que, par les ulcérations suintait un liquide incolore et sans odeur, qui tachait tous ses linges.

État de la tumeur sur la malade. — Cette tumeur est très-volumineuse, plus grosse qu'une tête d'adulte ; elle est pédiculée, mais on ne sent que la peau dans le pédicule. Il n'y a ni artères qu'on sent battre, ni prolongement de la tumeur adhérant à l'os iliaque, ou à la tête du fémur, ou au trochanter. Elle est bosselée, irrégulière, extrêmement dure en certains points, en sorte que sa consistance paraît presque osseuse. La peau n'est pas adhérente ; en certains points même, des parties de la tumeur semblent détachées de la masse totale et roulent sous le doigt. A la partie inférieure, la peau est un peu adhérente. Par suite de frottement et de l'inflammation survenue depuis un mois, il y a un véritable phlegmon de la périphérie, avec des points ulcérés, et, en d'autres, des granulations. Lorsqu'on la soulève avec la main, on se rend compte de son poids, qui est très-considérable.

Opération. — L'opération n'a pas présenté de complications ni d'incidents remarquables. J'ai incisé la peau de la tumeur circulairement, à 4 centimètres à peu près en dehors de la peau de la fesse. — Peu d'artères, sinon à la partie inférieure et postérieure. — Un assez grand nombre de veines.

État et poids de la tumeur. — Le poids de cette tumeur est de 6 kilogrammes (un peu moins). Elle est composée en majeure partie de graisse. Au centre, elle est formée par une substance calcifiée, très-dure, et ayant absolument l'apparence du mastic.

Absence d'anus. — Communication de l'intestin et de l'urèthre. — Fissure de la paroi antérieure de l'œsophage et postérieure de la trachée ; communication anormale de ces canaux. — M. Tarnier. T... naquit à la Maternité le 2 septembre 1873, à cinq heures du matin. Cet enfant, bien développé en apparence, car il pesait 3590 grammes, respirait avec la plus grande difficulté, et l'on entendait à distance un sifflement, ou plutôt un ronflement trachéal très-prononcé. A l'examen des orifices naturels, on remarque l'absence de l'orifice anal.

On essaya de le faire teter. Il prit très-bien le sein ; mais, après quelques succions, il eut un accès de suffocation, et rejeta le lait ingéré.

Il y eut une miction à six heures, et on constata alors dans l'urine la présence de méconium presque pur.

A neuf heures du matin, lorsqu'on présenta l'enfant à M. Tarnier, voici dans quel état il se trouvait.

La face était violacée, ainsi que les extrémités qui étaient bleuâtres et froides ; la respiration pénible et embarrassée ; du méconium s'écoulait pur par le méat urinaire.

Chaque fois que l'enfant buvait, la déglutition semblait s'accomplir ; mais après quelques secondes, la respiration était interrompue ; la face se congestionnait, et le liquide était rejeté dans un effort de toux. En présence de ces signes, M. Tarnier diagnostiqua 1° un rétrécissement de l'œsophage, 2° une communication entre la partie terminale de l'intestin et la vessie.

On pratiqua le cathétérisme œsophagien : la sonde pénétra facilement, et on abandonna l'idée de rétrécissement de ce conduit ; puis M. Tarnier se mit en devoir d'établir un anus artificiel.

L'enfant étant en position, une incision fut pratiquée sur la ligne médiane, dans une étendue de 25 millimètres, et venait aboutir à la pointe du coccyx ; on incisa, couche par couche, jusqu'à une profondeur de 15 millimètres à peu près. L'exploration faite avec le doigt ne dénotait nullement la présence de l'intestin, et cependant l'enfant criait beaucoup. Alors, M. Tarnier résolut d'employer la méthode de M. Verneuil, c'est-à-dire de pratiquer la résection du coccyx.

5 millimètres de cet os furent reséqués, et bientôt le doigt, porté en arrière en déprimant les tissus, constata qu'en un point la résistance était moindre, et qu'à ce même niveau on percevait une petite tumeur lorsque l'enfant criait. Une légère incision, qui sectionna une mince couche de tissu cellulaire, fut pratiquée, et l'ampoule intestinale apparut. Deux fils furent posés de manière à maintenir d'abord l'intestin et à l'attirer ensuite ; puis, l'ampoule fut sectionnée à l'aide d'un coup de ciseaux. On sutura ensuite, et l'intestin arriva sans grand tiraillement en contact avec la peau. La perte de sang fut insignifiante. L'écoulement du méconium avait lieu librement.

Les symptômes d'asphyxie s'aggravèrent bientôt ; mais, le soir, neuf heures après l'opération, l'urine était claire, et resta ainsi jusqu'à la mort de l'enfant, qui arriva le surlendemain, à quatre heures du soir. Il avait donc vécu trente-six heures.

Autopsie. — L'ouverture de la cavité abdominale démontra qu'il n'y avait pas trace de péritonite ; l'intestin ne contenait presque plus de méconium.

Le tube digestif présentait des malformations à ces deux extrémités.

1° En haut, une fissure, longue de 2 centimètres 1/2, qui partait de l'orifice sous-épiglottique et qui siégeait au niveau de la paroi postérieure de la trachée antérieure de l'œsophage, et qui faisait communiquer ces deux conduits ;

(1) Fin. — Voir le numéro du 22 novembre 1873.

2° La partie inférieure du rectum se terminait en pointe et venait s'aboucher avec l'urèthre, très-près du col de la vessie. Un stylet très-fin fut introduit dans le rectum, et de là dirigé vers l'urèthre, mais il fut arrêté. On remplit alors l'intestin avec de l'eau, et celle-ci ne pénétra pas davantage.

La vessie fut ouverte, et ne contenait que de l'urine très-claire. Nulle trace d'orifice. L'urèthre fut incisé dans sa longueur, et on trouva, au niveau de la portion membraneuse, là où s'insérait l'extrémité pointue de l'intestin, un tissu rougeâtre, qui tranchait sur le reste des parois autant par sa couleur que par sa consistance. Cette tache, à peu près ronde, avait 3 millimètres de diamètre. Évidemment, le tissu était de nouvelle formation.

L'intestin avait été ouvert à 12 millimètres de sa terminaison et dans sa portion la plus déclive, car sa pointe se recourbait, pour se diriger de bas en haut vers l'urèthre.

M. GUÉNIOT demande à M. Tarnier s'il ne pense pas que l'oblitération si rapide du petit canal recto-uréthral a été le résultat des tractions opérées sur les parois rectales pour les suturer à la peau.

M. TRÉLAT pense qu'il y a eu clôture de ce petit canal et non cicatrisation proprement dite. Il s'est produit là un phénomène du même ordre que l'oblitération du trou de Botal et des artères ombilicales. Pour peu qu'on vienne à leur secours, ces sortes de trajets anormaux se ferment rapidement. M. Trélat a vu se produire, en vingt-quatre heures, l'occlusion d'un trajet recto-vulvaire.

M. GUÉNIOT ne saurait accepter le rapprochement fait par M. Trélat, car le trou de Botal, par exemple, loin de se fermer en vingt-quatre heures, y met plusieurs semaines et plus. L'occlusion des orifices et des canaux transitoires du fœtus se produit sous l'influence des profondes modifications de la respiration et de la circulation.

M. DEPAUL ne voit non plus aucune comparaison à établir entre l'oblitération du petit canal recto-uréthral décrite par M. Tarnier et l'occlusion physiologique du trou de Botal et les vaisseaux ombilicaux. Il ne veut faire qu'une simple réflexion ; c'est à propos de la résection du coccyx pratiquée par M. Tarnier. Il a jadis formulé son opinion à ce sujet devant la Société, lorsque M. Verneuil proposa ce moyen de faciliter l'opération de l'anus contre nature périnéal. Il ne voudrait pas que l'on fît du coccyx une méthode générale. L'ampoule rectale se trouvait, dans le cas actuel, à 2 centimètres 1/2 environ au-dessus de la peau ; eh bien, à cette distance, la résection du coccyx n'est pas nécessaire. On dit qu'elle simplifie l'opération ; cela n'est pas douteux, mais en sacrifiant une portion du squelette qui a son utilité. M. Depaul a guéri deux enfants atteints d'imperforation de l'anus, sans avoir eu recours à la résection du coccyx. Le cas observé par M. Tarnier a encore ceci de particulier que la communication anormale a lieu sur un enfant du sexe masculin, ces vices de conformation se rencontrant beaucoup plus souvent dans l'autre sexe.

M. TARNIER. La comparaison faite par M. Trélat ne me paraît pas juste, et je ne puis accepter non plus l'hypothèse de M. Guéniot, parce qu'il n'y a aucune espèce de tiraillement ; le trajet n'est pas fermé par aplatissement de ses parois ; il y a bien adhérence de celles-ci. Je ne saurais dire sous quelle influence s'est faite cette rapide cicatrisation.

Quant à la résection du coccyx, j'affirme qu'elle m'a été d'une très-grande utilité ; que si je n'eusse pas connu cette méthode, je serais probablement resté en route sans pouvoir achever l'opération. Et d'ailleurs, quels inconvénients peut avoir pour l'enfant la résection de ce petit appendice ? Je n'en vois aucun.

M. BLOT, entre autres inconvénients, dit qu'en enlevant le coccyx, on prive le sphincter externe de ses insertions postérieures.

La séance est levée à cinq heures.

Le secrétaire : TILLAUX.

Séance du 29 octobre 1873. — Présidence de M. TRÉLAT.

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

CORRESPONDANCE

La correspondance comprend :

La *Gazette des Hôpitaux* ; — l'*Union médicale* ; — la *Gazette hebdomadaire* ; — le *Progrès médical* ; — la *France médicale* ; — la *Tribune médicale* ; — le *Mouvement médical* ; — la *Gazette médicale de Paris* ; — le *Bordeaux médical* ; — le *Lyon médical* ; — la *Revue médicale de Toulouse*.

M. Lucien Pénard (de Rochefort), candidat au titre de membre correspondant national, offre la quatrième édition de son *Guide pratique de l'accoucheur et de la sage-femme*.

M. VERNEUIL offre, de la part du docteur Edmond Bassereau, sa thèse inaugurale : *Origine de la syphilis*.

M. DESPRÉS offre, de la part de M. Dransart, un mémoire imprimé : *Contribution à l'anatomie pathologique des tumeurs urineuses et des abcès urineux*.

M. DOLBEAU offre, de la part de M. Houzé de l'Aulnoit, membre correspondant à Lille, un mémoire imprimé : *Étude historique et clinique sur les amputations sous-périostées et de leur traitement par l'immobilisation du membre et du moignon*.

M. PAULET présente un travail manuscrit de M. le docteur Maurice Claudot, médecin-major à l'hôpital de Fort-National : *Essai sur les corps étrangers du conduit de Warthon, et leurs rapports avec la grenouillette* (Commission : MM. Horteloup, Dolbeau, Forget).

PRIX LABORIE. — La Société reçoit dans les formes et les délais prescrits, deux mémoires intitulés : 1° *De l'origine septicémique des complications viscérales dans l'ostéite aiguë de l'enfance* ; — 2° *Étude clinique et expérimentale sur l'étranglement herniaire et en particulier sur l'action des gaz dans la production de cet accident*.

Au propos du procès verbal, M. Depaul fait remarquer que sur la pièce présentée par M. Tarnier, le bout de l'intestin n'était pas à 2 centimètres et demi, ainsi qu'on l'a dit, mais seulement à 1 centimètre.

M. SÉE, revenant sur la cicatrisation très-rapide du petit trajet recto-uréthral, ne pense pas qu'on puisse conclure de l'issue du méconium par l'urèthre, que l'oblitération ne s'était pas effectuée avant la naissance, car, en définitive, le méconium pouvait être contenu dans le canal depuis un certain temps, et l'on ne sait rien sur la fréquence des mictions du fœtus.

M. BLOT. Dans l'hypothèse de M. Sée, le méconium eût été dissous dans l'urine, ce qui n'avait pas lieu.

RAPPORT

M. GUÉNIOT lit le rapport suivant :

En juillet 1873, M. le docteur A. Faucon a lu devant vous un mémoire dont votre commission m'a chargé de vous rendre compte, et qui a pour titre : *D'une variété d'étranglement interne qui reconnaît pour cause la compression de l'intestin par les hystéromes.*

Ce travail comprend trois parties : 1° un aperçu bibliographique ; 2° des observations cliniques ; 3° des réflexions sur le mécanisme, le diagnostic et le traitement de ce genre d'obstruction.

A propos du titre, il convient de remarquer avec l'auteur qu'il ne s'agit point ici des difficultés plus ou moins grandes que l'intestin peut trouver à s'exonérer, mais bien d'une *occlusion complète*, d'un *étranglement réel* déterminé par la pression des tumeurs.

Dans la *première partie*, M. Faucon avance que la complication dont il traite n'a pas encore été étudiée. Diverses citations (— empruntées soit aux traités généraux de Vidal (de Cassis), de Nélaton, de Grisolle, soit aux mémoires de MM. Ern. Besnier et Duchaussoy sur l'étranglement interne, soit aux travaux de MM. F. Guyon, Courty, Bernutz et Goupil sur les fibromes utérins, soit enfin à une correspondance particulière avec MM. Holtz, Herrgott et Kœberlé, —) viennent à l'appui de son assertion. Il est exact, en effet, que jus-

qu'ici les particularités propres à l'étranglement par les fibroïdes utérins n'avaient pas encore été décrites; mais le fait même de cette occlusion de l'intestin était bien connu. Les exemples que M. Faucon emprunte à divers auteurs suffiraient, au besoin, à mettre cette vérité hors de doute. L'accident dont il s'agit est d'ailleurs d'une rareté telle, que M. Holtz déclare ne l'avoir jamais rencontré, et que l'auteur, malgré des recherches étendues, n'a pu en réunir que cinq cas. Permettez-moi d'analyser très-brièvement ces observations; toutes offrent un véritable intérêt.

La *première*, due à M. Duchaussoy, est relative à une femme chez laquelle l'étranglement du rectum était produit par un fibrome qu'il suffit de déplacer pour faire disparaître les accidents. La tumeur, semble-t-il, agissait ici simplement par son poids. Il est regrettable que ce fait soit relaté sous une forme trop laconique, qui lui enlève une partie de son importance.

Dans la *seconde*, empruntée à Nélaton, le fibroïde remplissait l'excavation pelvienne et comprimait à la fois le col de la vessie et l'intestin. Vainement, pour remédier aux accidents d'étranglement, on tenta d'introduire des sondes dans le rectum, celles-ci ne purent pénétrer au delà de l'obstacle; des vomissements fécaloïdes apparurent, et l'on fut conduit à pratiquer, dans la fosse iliaque gauche, un anus artificiel. La malade, d'abord soulagée, succomba le huitième jour.

Le *troisième fait*, observé par M. Hergott, concerne une femme qu'on tenta d'opérer, par la gastrotomie, d'un fibroïde qui provoquait des accidents d'occlusion intestinale. L'opération ne put être achevée, et la femme mourut le lendemain. L'autopsie révéla que la tumeur remplissait étroitement le petit bassin et qu'elle avait pour siége le fond de la matrice. Celui-ci avait été infléchi en arrière et en bas; mais on pouvait aisément le redresser en glissant la main de bas en haut, entre la tumeur et la face antérieure du sacrum. Cette manœuvre ayant été négligée dans le cours de l'opération, tous les efforts d'extraction étaient restés infructueux.

La *quatrième observation*, empruntée à Holdouse, renferme, comme la précédente, d'importants détails. La malade qui en fait le sujet présentait, depuis deux ans, des symptômes de dysentérie lorsque se manifestèrent les accidents de l'étranglement. Pendant douze jours on chercha en vain à provoquer des évacuations à l'aide des purgatifs, des lavements, des sondes, etc. Enfin, on se décida à ouvrir, par la région lombaire, le côlon descendant. Un grand soulagement succéda à l'opération; mais la malade n'en mourut pas moins au bout de dix jours. A l'autopsie on reconnut que quatre tumeurs adhéraient à l'utérus: trois d'entre elles étaient des fibroïdes, et la quatrième un kyste de l'ovaire gauche. Les deux plus volumineuses reposaient sur le rectum, auquel elles adhéraient intimement; elles avaient même, en divers points, détruit ses parois et faisaient une légère saillie dans sa cavité. On trouva, en outre, une adhérence étendue de l'iléon au côlon; ces deux intestins avaient été ouverts, ainsi que le péritoine, par le bistouri de l'opérateur.

Enfin, le *cinquième fait* a été recueilli par M. Faucon dans le service de M. Broca, à l'hôpital de la Pitié; c'est cette observation qui a suggéré à l'auteur l'idée de son travail. La malade offrait des accidents graves d'occlusion intestinale, accidents dont on reconnut aisément la cause dans la présence d'un fibroïde utérin qui comprimait le rectum. Au quatrième jour, survinrent des vomissements fécaloïdes, et tous les moyens tentés pour provoquer une évacuation restèrent infructueux. Dès lors, M. Broca se décida à pratiquer un anus artificiel dans la région lombaire. Malgré l'état de maigreur du sujet, qui rendait les points de repère plus apparents, l'opération fut laborieuse et la cavité du péritoine ouverte avant celle de l'intestin. La malade, quoique devenue plus calme, mourut cinquante et une heures après.

L'autopsie, très-incomplétement faite, permit néanmoins de constater que les anses intestinales étaient reliées entre elles par des adhérences anciennes et formaient une masse assez compacte. D'une autre part, le fibroïde qui comprimait le rectum fut trouvé inclus dans la paroi postérieure de l'utérus, et d'un volume qui n'était nullement en rapport avec l'intensité des accidents.

Tels sont les faits qui servent de base au mémoire de M. Faucon. On voit que le nombre en est très-restreint; aussi, l'auteur a-t-il soin de nous avertir que son but est « de préparer la voie, plutôt que de préparer une histoire complète. » Si pauvres que soient ces éléments, je me hâte de le dire, l'auteur a su les mettre très-judicieusement à profit. Voyons ce qui ressort de leur étude.

D'abord, il est à noter que ce ne sont point les tumeurs les plus volumineuses qui prédisposent le plus à l'étranglement. Quand les fibroïdes atteignent des proportions insolites, ils s'élèvent d'ordinaire avec la matrice au-dessus de l'excavation pelvienne; et, grâce à l'irrégularité de leurs contours, l'intestin échappe à une compression excessive. En fait, aucun exemple d'occlusion, due à cette cause, n'a été jusqu'ici publié. Les tumeurs les plus redoutables sous ce rapport offrent, au contraire, un volume relativement restreint, qui leur permet de séjourner dans la cavité du petit bassin. Elles agissent alors sur le rectum, soit par leur propre poids (obs. 1re), soit par leur expansion, en remplissant d'une manière étroite l'excavation pelvienne (obs. 2 et 3). Dans les cinq cas cités, il s'agissait de fibroïdes sous-péritonéaux ou interstitiels.

L'aplatissement que détermine la tumeur dans les parois du rectum est loin de suffire toujours pour mettre un obstacle absolu à l'excrétion des matières; néanmoins, l'étranglement peut survenir si, à cette cause, s'en ajoutent d'autres, telles que la dureté et l'accumulation des *fèces*, les adhérences anciennes ou les perforations ulcéreuses qui paralysent les mouvements de l'intestin.

Le diagnostic de cette forme d'occlusion est en général facile. On se rappellera que les accidents, en pareil cas, offrent communément une marche plus lente que dans les autres variétés. Les divers modes d'exploration du rectum, de l'utérus et de l'abdomen, devront être mis en pratique. Enfin, la pénétration d'une sonde au-dessous de l'obstacle et la rétention du liquide d'une ou de plusieurs injections dans l'intestin pourront faire présumer qu'il existe, en même temps que la tumeur, une cause adjuvante de l'étranglement.

Avant de recourir à des méthodes plus ou moins radicales de traitement, M. Faucon recommande d'insister sur les moyens de douceur. Le conseil est assurément bon; mais les circonstances ne portent guère le médecin à s'en écarter; elles le conduisent plutôt vers une trop grande temporisation. Sur ce point donc, nulle difficulté. Il n'en est plus ainsi, quand ces divers moyens (purgatifs, lavements, sondages, essais de refoulement de la tumeur) restent absolument infructueux et qu'on se voit forcé de pratiquer une opération sanglante. Doit-on alors tenter l'extirpation de la tumeur, ou bien faut-il seulement ouvrir aux matières intestinales une issue artificielle?

M. Faucon, dans ces conditions, n'hésite pas à se prononcer contre l'hystérotomie, et nous approuvons entièrement sa manière de voir. Dans le seul cas où cette opération a été tentée, la malade succomba rapidement, sans que l'extirpation ait pu être effectuée. D'ailleurs, M. Kœberlé lui-même reconnaît que la gastrotomie n'est point applicable aux fibroïdes dans de telles circonstances; l'opération, dit-il, est alors toujours suivie d'insuccès. Nous rejetons, en conséquence avec l'auteur, ce mode d'intervention qui ne paraît propre qu'à précipiter le dénoûment fatal.

Quant à l'entérotomie, nous pensons, au contraire que, malgré ses dangers, elle offre au chirurgien une ressource ultime qui peut être mise à profit. Sans être aussi absolu que l'auteur sur le choix de la méthode, nous dirons avec lui que celle de Littre nous paraît préférable à celle de Collisen; et nous ajouterons que le rectum étant le siége de l'occlusion, c'est l'S iliaque du côlon que l'on devra ouvrir, plutôt que l'intestin grêle d'après le procédé de Nélaton. Sans doute l'opération de l'anus artificiel ne peut fournir que des chances bien minimes de succès définitif; mais dans ces cas extrêmes, elle devient la seule ressource utilisable.

Si la femme guérit des accidents de l'occlusion, il n'est pas impossible que le fibroïde à son tour disparaisse, et qu'ensuite le cours

des matières se rétablisse par la voie naturelle. Dans un travail antérieur (1), je crois avoir mis hors de doute que les myomes utérins sont susceptibles d'une résorption totale. Depuis lors, les injections médicamenteuses ont montré leur puissance atrophique, et des exemples nouveaux de résorption, soit spontanée, soit artificielle, sont venus à ma connaissance. Ce n'est donc pas forcer l'induction la plus légitime que de concevoir la possibilité d'une guérison complète, avec le rétablissement intégral du cours des matières intestinales. Si je ne me trompe, c'est là du moins que doivent tendre les efforts d'une chirurgie à la fois prudente et novatrice.

Messieurs, le mémoire dont je viens de vous entretenir traite d'un sujet qui jusqu'ici n'avait pas été étudié. M. Faucon a su mettre à profit les rares éléments qui permettaient de l'aborder. Son travail, clairement rédigé, a été conçu avec sagesse et ne renferme aucune assertion qui m'ait paru contestable. Je vous propose, en conséquence :

1° D'adresser des remerciments à l'auteur ;

2° De publier son travail dans nos mémoires ;

3° Enfin, — (après avoir rappelé que nous devons au même auteur trois autres travaux encore inédits et dont il vous sera rendu compte ultérieurement (2)), — d'inscrire le nom de M. A. Faucon sur la liste des candidats au titre de membre correspondant de notre Société.

La Société adopte les conclusions proposées par le rapporteur.

DISCUSSION

M. DOLBEAU. M. Guéniot n'a trouvé que cinq observations d'obstruction intestinale due à la compression par des fibromes utérins. J'en suis surpris, car il me semble que nous avons à peu près tous observé des cas analogues. Pour ma part, j'en ai vu plusieurs, et entre autres, une femme que je soignai, avec mon ami, le docteur Voisin, médecin de la Salpêtrière. Un corps fibreux obstruait le rectum au point d'arrêter le cours des matières fécales. Ce que je tiens surtout à faire remarquer, c'est que ces fibromes déterminent presque toujours de la péritonite, et notre malade mourut autant de la péritonite que de l'occlusion intestinale.

Cette circonstance de la péritonite probable doit donc engager le chirurgien à n'agir qu'à bon escient, et, dans tous les cas, ce serait à l'entérotomie et non à la gastrotomie qu'il faudrait avoir recours.

M. DEPAUL. Je suis également surpris que M. Guéniot n'ait trouvé que cinq observations. J'en ai, pour mon compte, observé un cas remarquable que M. Guéniot doit certainement connaître. Il y a quinze ans, je fus appelé à Laon pour une jeune femme parente de MM. Dangeau et Bucquoy, qui présentait les phénomènes de l'étranglement interne. Je reconnus l'existence d'un corps fibreux utérin et d'une grossesse. Le cas me parut si grave que je proposai l'avortement. Ma proposition, d'abord repoussée, fut acceptée le lendemain. L'expulsion du fœtus eut lieu rapidement, et avec elle le rétablissement des selles et la guérison. Le fœtus était aplati et avait été comparé à un bonhomme de pain d'épice. L'avortement était d'autant plus indiqué, dans ce cas, que la grossesse détermine une suractivité dans le développement des fibromes utérins.

M. GUYON. Lorsque je traitai des corps fibreux de l'utérus pour ma thèse d'agrégation, j'avais d'avance la persuasion que je trouverais bon nombre d'observations analogues à celles qui font l'objet du travail de M. Faucon. Cet *à priori* ne se réalisa pas. Malgré les recherches les plus minutieuses, je ne trouvai que les trois cas qui sont dans ma thèse. J'avais pensé surtout que les corps fibreux et la paroi postérieure comprimeraient le rectum ; que les anses intestinales pourraient s'enrouler autour du pédicule de certains de ces polypes, mais je n'en trouvai aucun exemple.

M. GUÉNIOT. M. Guyon a, en grande partie, répondu pour moi. Je ne parle, dans mon rapport, que des obstructions complètes, de celles qui ne guérissent pas sans intervention chirurgicale, et non de celles qui déterminent seulement une grande difficulté dans la défécation, dont on finit par triompher.

M. DOLBEAU fait observer qu'il n'a nullement confondu les cas de constipation opiniâtre avec la véritable occlusion, et qu'il maintient ses précédentes réflexions.

M. DEMARQUAY rappelle qu'il a présenté à la Société des pièces anatomiques relatives au point en discussion. Il y avait en suppression des garde-robes, et une compression telle de la vessie, que celle-ci était perforée.

(*A suivre.*)

(1) Guéniot. *De la guérison par résorption des tumeurs dites fibreuses de l'utérus.* 1872.

(2) 1° *Sur l'opération de la cataracte par la kératotomie linéaire;* 2° *Note sur un cas de difformité congéniale de la mâchoire et de la lèvre inférieure, du cou et du sternum.* Séance du 15 octobre 1873. 3° *Note pour servir à l'histoire des phlegmons de voisinage dans les cas d'orchite blennorrhagique.* Séance du 22 octobre 1873.

SOUSCRIPTION

en faveur de la veuve et des quatre enfants d'un confrère.

J. Y., étudiant en médecine	2 francs.
Dr Ch. Potel	5 —
Dr Morelot	10 —
Dr C. M. Paris	20 —
Dr de Sinéty	20 —
Dr Legrand du Saulle	20 —
Dr Fort	20 —
Dr Édouard Fournié	40 —
Mme la baronne de R***	60 —
Liste précédente	100
Total	297 francs.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Par décret en date du 26 novembre 1873, M. de Fourtou, membre de l'Assemblée nationale, a été nommé ministre de l'instruction publique, des cultes et des beaux-arts, en remplacement de M. Batbie, dont la démission a été acceptée.

— Par décret en date du 27 novembre, MM. Desjardins, membre de l'Assemblée nationale, est nommé sous-secrétaire d'État au ministère de l'instruction publique, des cultes et des beaux-arts.

— *Hôtel-dieu de Caen.* — Les internes de cet hôpital ont reçu de la commission administrative des hospices de cette ville, une lettre de félicitations pour leur belle conduite pendant la durée de l'épidémie.

— Nous avons le regret d'annoncer la mort de M. le docteur Sabin Papillon, ancien médecin principal de première classe des armées.

— A céder, dans un quartier populeux de Paris, une clientèle médicale rapportant 10,000 fr. — S'adresser au bureau du Journal.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Leçons de clinique médicale, par M. le docteur Michel PETER, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris, médecin de l'hôpital Saint-Antoine. 1 fort vol. in-8°, avec figures, cartonné à l'anglaise. — Prix : 15 francs. — Paris, 1873. Asselin.

Traité d'anatomie descriptive, par MM. CRUVEILHIER et Marc SÉE, 5e édition, revue, corrigée et augmentée, tome II, 1re partie, contenant la *Splanchnologie*. 536 pages avec 369 fig. tirées en noir et en couleur et intercalées dans le texte. — Prix : 9 francs. — Paris, 1873. Asselin.

NOTA. L'ouvrage complet se compose de 3 forts vol. grand in-8°, avec 1,300 fig. tirées en noir et en couleur et intercalées dans le texte. — Prix : 45 francs, broché ; 48 francs cartonné à l'anglaise.

Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales, publié sous la direction de M. le docteur DECHAMBRE. La première partie du tome XIV de la première série commençant par la lettre A, la deuxième partie du tome VII de la deuxième série commençant par la lettre L. — Prix de chaque partie ou demi-volume : 6 francs. — Paris, 1873. Asselin.

Traité théorique et pratique de la science et de l'art des accouchements, par M. le docteur V. SABOIA, professeur à la Faculté de médecine de Rio-Janeiro (Brésil). 1 fort volume grand in-8°, avec des figures intercalées dans le texte. — Prix, cartonné à l'anglaise : 13 francs. — Paris, 1873. Asselin.

Annuaire de l'internat en médecine et en chirurgie des hôpitaux et hospices civils de Paris, depuis son origine, an IX, jusqu'en 1872 inclusivement. 1 joli volume in-18, cartonné à l'anglaise. — Prix : 2 francs. — Paris, 1873. Asselin.

Essai de clinique sociale, à l'usage des médecins, des politiques et des gens du monde, par le docteur L'HUILLIER, membre de plusieurs sociétés savantes, nationales et étrangères. Paris, 1873. 1 vol. in-8° de XII-200 pages. — Prix : 2 fr. 50. — J.-B. Baillière et fils.

Le Directeur : Dr E. LE SOURD.

Paris. — Typographie A. POUGIN, quai Voltaire, 13.

PRODUITS HYGIÉNIQUES DE PENNÈS

PHARMACIEN-CHIMISTE, A PARIS, RUE DE LATRAN, 1.

	Prix :
BAIN STIMULANT DE PENNÈS, électrique, fortifiant et résolutif, le rouleau.	1 fr. 25
CRÈME VIRGINALE, pour adoucir, blanchir et lubrifier la peau, le flacon......	1 50
DERMATOSINE (savon fluide), pr détruire les aspérités et les taches de l'épiderme, le fl.	1 50
EAU AROMATIQUE, pour les ablutions, frictions et lotions sanitaires, le flacon....	1 50
EAU DENTIFRICE, pour assainir la bouche et raffermir les gencives, le flacon....	1 50
LIQUEUR DIGESTIVE, pour régulariser les fonctions de l'estomac et des intestins, le fl.	3 »
POUDRE DENTIFRICE, pour blanchir et conserver les dents, la boite........	1 50
VINAIGRE HYGIÉNIQUE, pour les soins de toilette et pour détruire les *miasmes*, le fl.	1 50



Dépôt à la PHARMACIE DE PENNÈS et PELISSE, rue des Écoles, 49, Paris, ainsi que dans les pharmacies, les établissements de bains ou d'eaux minérales et les maisons de droguerie de toutes les villes. Exiger les cachets ci-contre et adresser les lettres *franco*, rue de Latran, nº 1.



Ces 8 Produits réunis forment le Nécessaire d'hygiène.

PASTILLES DE DETHAN

AU SEL DE BERTHOLLET (CHLORATE DE POTASSE)

Contre les maladies de la gorge, de la voix et de la bouche

PHARMACIE **DETHAN**, Faubourg-Saint-Denis, 90, à Paris, et dans toutes les principales pharmacies de France et de l'étranger.

VÉSICATOIRE ET PAPIER D'ALBESPEYRES

Admis dans les Hôpitaux et Ambulances de l'Armée sur l'avis du *Conseil de santé*.

A PARIS, 78 et 80, faubourg Saint-Denis et dans toutes les pharmacies, où l'on trouve également

LES CAPSULES DE RAQUIN AU BAUME DE COPAHU.

VIN ET SIROP AROUD AU QUINA

ET A TOUS LES PRINCIPES NUTRITIFS SOLUBLES DE LA VIANDE

Médicament aliment d'une supériorité incontestable sur tous les vins de quina et sur tous les toniques et nutritifs connus, renfermant tous les principes solubles des plus riches écorces de quina et de la viande, représentant, par 30 gr., 3 gr. de quina et 27 gr. de viande. — *A même base et même dose :* VIN ET SIROP FERRUGINEUX AROUD. SIROP CONCENTRÉ AROUD. VIN AROUD au Malaga. BONBONS, PATES, PASTILLES AROUD.— Lyon, ph. AROUD, 4, rue Lanterne.— Paris, 3, rue du Chaume.

CAPSULES ET SACCHARURE A L'EXTRAIT ALCOOLIQUE ÉTHÉRÉ DE CUBÈBE

PRÉPARÉS PAR **DELPECH**, PHARMACIEN, RUE DU BAC, 23, PARIS.

Cet extrait représente 10 fois son poids de Cubèbe. Il s'administre avec succès en *CAPSULES* de 75 centigrammes, contre les **Angines diphthéritiques**, la **Blennorrhagie**, la **Blennorrhée**, le **Catarrhe vésical**, et en *SACCHARURE* contre le **Croup**.

SIROP ANTISCORBUTIQUE DE RIVIÈRE IODO-FERRE

Combinaison intime et naturelle de l'iode et du fer avec les plantes antiscorbutiques, très-efficace dans les *affections chlorotiques, lymphatiques, scrofuleuses :* Chlorose, Anémie, Pertes blanches, Menstruation irrégulière, etc. 3 fr. le flacon. — Dépôt à la pharmacie J. RIVIÈRE, 68, Chaussée-d'Antin, Paris.

VIN FERRUGINEUX A LA RHUBARBE

De Ad. CARPENTIER, pharmacien à Paris.

Ce vin ne produit jamais de constipation par un long usage. Agréable au goût, il convient dans tous les cas où le fer est indiqué. LE FLACON, 3 francs. 61, BOULEVARD MALESHERBES ET DANS TOUTES LES PHARMACIES. — DÉPOT A SAINT-QUENTIN, *pharm. Lebon.*

PILULES DE HOGG

1º *Pilules nutrimentives à la pepsine acidifiée*, dyspepsie, digestion difficile, diarrhée, vomissements, etc.

2º *Pilules à la pepsine unie au fer réduit par l'hydrogène*, en vue des maladies chroniques et des affections qui en dépendent (pertes blanches, pâles couleurs, menstruation difficile), et de fortifier les tempéraments débilités.

3º *Pilules à la pepsine unie au proto-iodure ferreux inaltérable*, en vue des maladies scrofuleuses, lymphatiques et syphilitiques, la phthisie, la cachexie chlorotique et les affections atoniques générales de l'économie.

On emploie la pepsine Boudault dans ces trois préparations.

Ces pilules ne se vendent qu'en flacons triangulaires chez HOGG, pharmacien-chimiste, rue Castiglione, 2, à Paris, et dans toutes les pharmacies — Envoi *franco* par la poste.

EXPOSITION DE 1867

La seule et unique Médaille pour la Pepsine, en récompense de la supériorité de fabrication constatée après expériences faites par les membres du Jury de l'Exposition 1867, MM. FELHING (de Stuttgart), FRITSCHE (de Saint-Pétersbourg), a été accordée exclusivement à la

Pepsine de Boudault; seul fabricant et fournisseur de la Pepsine dans les hôpitaux de Paris depuis 1854.

Quinze années de fabrication supérieure.

Elle est employée dans les *dyspepsies légères et rebelles, gastrites, gastralgies, dans les vomissements incoercibles de la grossesse, la lienterie des enfants, et autres affections des organes digestifs*, sous forme de vin, Élixir, Prises, Pastilles et Dragées. *Se méfier des contrefaçons.*

Pharmacie HOTTOT, 24, rue des Lombards, Paris.

EPILEPSIE

HYSTERIE — NEVROSES

Le SIROP DE HENRY MURE, **au bromure de potassium** (exempt d'iodure), dont l'usage est aujourd'hui universellement répandu, a déterminé un nombre considérable de guérisons publiées dans les recueils scientifiques.

Chaque cuillerée de SIROP DE HENRY MURE contient 2 grammes de **bromure de potassium** d'une pureté chimique irréprochable.

PRIX DU FLACON : 5 francs.

Vente au détail. — A Paris, 16, rue de Richelieu, pharmacie LEBROU.

Vente en gros. — S'adresser à M. HENRY MURE, pharmacien, à Pont-Saint-Esprit (Gard).

CHLOROSE, ANÉMIE

PILULES ET SIROP

FAVROT

AU PYROPHOSPHATE DE FER

ET DE MANGANÈSE CITRO-AMMONIACAL

CE SEL NE CONSTIPE PAS

Il fournit les éléments principaux du sang et des os. Son action est héroïque chez les enfants débiles, les convalescents, dans le traitement de l'anémie, de la chlorose, de l'aménorrhée et de la leucorrhée. Solubilité complète. Assimilation facile, saveur agréable.

Prix : 3 fr. Pharmacie FAVROT, 102, rue de Richelieu, à Paris, et dans toutes les pharmacies.

HYPOPHOSPHITES

Du Docteur **CHURCHILL**

(*Auteur de la découverte*)

On prescrit : l'**Hypophosphite de Soude** ou celui de **Chaux**, sous forme de **Sirop**, à la dose de deux ou trois cuillerées par jour dans la **Phthisie** ;

L'**Hypophosphite de Quinine** sous forme de **Pilules**, à la dose de deux, trois ou quatre par jour, comme **tonique** ou **fébrifuge** ;

L'**Hypophosphite de Fer** sous forme de **Sirop**, à la dose de deux à trois cuillerées par jour, contre la **Chlorose**, l'**Anémie**, etc. ;

L'**Hypophosphite de Manganèse** sous forme de **Pilules**, à la dose de deux ou trois par jour, dans les cas de **Chlorose** ou **Anémie** *où le fer n'est pas supporté* ;

L'**Hypophosphite d'Ammoniaque** sous forme de **Tablettes**, contre la **Toux**, à la dose de six ou huit par jour.

Prix : **Sirops** et **Pilules** : **4** fr. le flacon.

Tablettes pectorales : **2** fr. la boîte.

Exiger, *comme garantie de pureté*, sur toutes les préparations *la signature du Dr Churchill* et l'étiquette marque de fabrique de la Pharmacie SWANN, 12, rue Castiglione, Paris.

AFFECTIONS DE LA POITRINE ET DES BRONCHES

MALADIES DE LA PEAU

SULFUREUX POUILLET

(POUDRE SULFUREUSE)

SEUL PRODUIT APPROUVÉ PAR L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

Admis dans les Hôpitaux Civils, adopté par les Hôpitaux Militaires

Pour la préparation instantanée des **Eaux minérales sulfureuses** pour boisson et **Bains sulfureux** *dits* **de Barèges.**

Pharmacie CASSAN, 86, rue du Bac, Paris.

DRAGÉES CARBONEL

AU PERCHLORURE DE FER

Préparation dosée, inaltérable, très-efficace contre les *hémorrhagies* (épistaxis, hémoptysies, métrorrhagies, hématurie, dysentérie, *purpura hemorrhagica*, etc.); *la leucorrhée, l'anémie et la chlorose, la diarrhée chronique, l'albuminurie*, etc. — Médicament tonique, analeptique, antilymphatique. CARBONEL, Avignon, et rue Richelieu, 31, Paris.

N° 139. — MARDI 2 DÉCEMBRE 1873. 46e ANNÉE. MARDI 2 DÉCEMBRE 1873. — N° 139.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

GAZETTE DES HOPITAUX
CIVILS ET MILITAIRES

Bureaux : 57, rue des Saints-Pères, 57
PRÈS L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

Le prix d'abonnement
doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois

On s'abonne hors de Paris
dans les bureaux des Messageries et chez les Libraires
Les lettres non affranchies sont refusées.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS		POUR L'ÉTRANGER
Trois mois	8 fr. 50 c.	le port en sus suivant les derniers tarifs des Postes.
Six mois	16 —	
Un an	30 —	

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui n'en peuvent payer le prix entier.

Paris, le 1er décembre 1873.

SÉANCE DE L'ACADÉMIE DES SCIENCES

La zoologie, la physique, la chimie, la météorologie ont eu les honneurs de la séance. C'est à peine si nous avons pu enregistrer un fait concernant la physiologie.

Nous dirons un simple mot sur ces communications diverses.

M. de Lacaze-Duthiers, chargé par l'Académie d'une mission scientifique, rend compte de ses recherches accomplies sur la côte d'Afrique, étant embarqué sur le *Narval*. Là où M. Carpenter n'avait trouvé absolument rien, M. Lacaze-Duthiers a trouvé des genres nouveaux et des types très-intéressants qu'il fera connaître plus tard. Pour le moment, il se borne à communiquer ce qu'il a observé sur *le développement du polype et du polypier.* Persuadé que jusqu'à présent « on a induit des lois, non de l'étude de la charpente pendant la formation dans l'embryon, mais bien de l'observation des polypiérytes tout formés ayant différentes grandeurs », M. Lacaze-Duthiers a étudié ces mêmes lois sur des embryons ou sur de très-jeunes polypiers, et il a constaté que les nodules calcaires primitifs se montrent dans l'épaisseur de la couche interne du derme et non dans la couche externe, comme on l'avait cru jusqu'ici. Ces nodules, véritables origines des *septa*, se soudent aux corps étrangers sous-jacents aux embryons, et constituent les premiers rudiments du polypier.

— Sous le titre de *Remarques sur la faune sud-américaine*, M. P. Gervais s'efforce de prouver que les animaux sud-américains diffèrent par leurs espèces de ceux des régions méridionales de l'ancien continent, cette différence portant tout aussi bien sur la faune actuelle que sur la faune fossile jusqu'à la fin de la période tertiaire. M. P. Gervais développe d'une façon magistrale, et avec preuves à l'appui, cette idée, qui fut aussi celle de Buffon, et il arrive à cette conclusion : « que les savants les plus favorables aux théories transformistes, doivent reconnaître qu'il a existé et qu'il existe encore, parmi les animaux américains, des formes qu'il est impossible de faire dériver de celles qui habitent les différentes régions de l'ancien continent ou qui les ont habitées depuis la fin de la période tertiaire. »

Cette simple conclusion d'un vrai savant tel que M. Gervais, a plus de poids à nos yeux que toutes les *darwinades* de l'univers.

— Depuis quelque temps, la section de météorologie est en plein dans les mouvements tournants, et c'est M. Faye qui nous a valu cette tempête d'un nouveau genre, en comparant les taches solaires aux cyclones de notre atmosphère. Rien n'est plus simple que d'établir des comparaisons ; mais encore faut-il que la nature essentielle des objets comparés soit bien connue. Or, sait-on bien en quoi consiste un cyclone ? La question qui s'agite en ce moment à l'Académie prouve, hélas ! qu'on ne sait guère même ce qui se passe dans le soleil.

M. Faye prétend que le mouvement de l'air, dans les cyclones, est descendant. M. le docteur Reye prétend qu'il est ascendant.

M. Marié-Davy arrive à la rescousse en faveur de M. Faye. Se présente enfin M. Henri de Parville, qui trouve que ces deux opinions contraires sont trop absolues. Nous nous garderons bien de nous mêler aux agitations violentes de ce débat difficile et nous profiterons de l'accalmie de la fin pour en faire connaître le résultat.

— M. Wurtz présente, au nom de M. Dujardin-Beaumetz, une note *sur l'action physiologique et thérapeutique du chlorhydrate d'amylamine.* Le chlorhydrate d'amylamine est un corps parfaitement défini ($C^5 H^{14} AZCL$) et qui cristallise en écailles incolores. M. Dujardin-Beaumetz a expérimenté en introduisant une quantité variable de chlorhydrate d'amylamine sous la peau des lapins, des cobayes et des chiens. Dans ces expériences, il a obtenu deux ordres de phénomènes : 1° un abaissement considérable de la température avec une diminution très-marquée du pouls ; 2° des troubles nerveux caractérisés essentiellement par des convulsions toniques et cloniques.

5 centigrammes de chlorhydrate d'amylamine, sous la peau d'un lapin, ont fait tomber le pouls de 204 pulsations à 156 dans l'espace d'une heure, et la température a baissé de 2 degrés.

En dépassant la dose de 5 centigrammes, on obtient les convulsions, et la mort arrive si on emploie la dose de 30 centigrammes. Chez le chien, les mêmes résultats ont été obtenus en employant des doses plus élevées (20 centigrammes à 1 gramme).

M. Dujardin-Beaumetz a administré le même sel à des hommes atteints de fièvre typhoïde, à la dose de 50 centigrammes à 1 gramme, et il a obtenu une diminution du pouls (10 à 20 pulsations dans l'espace d'une heure), ainsi qu'un abaissement

notable de la température. Ce résultat a été de toute façon avantageux pour les malades.

HOPITAL DES ENFANTS-MALADES. — M. J. SIMON.

De l'abus des bains chauds chez les nouveau-nés.

Il n'y a pas de pratique, à juste titre, plus répandue que celle des bains chauds dans l'hygiène des nouveau-nés, mais il n'y en a pas non plus dont on fasse un plus étrange abus. J'ai été frappé de ce fait dans ma clientèle de la ville et à la consultation de l'hôpital. C'est une erreur qui s'étend à toutes les classes de la société. Les mères et les nourrices ne se contentent pas des lavages indispensables à un bébé fréquemment sali par les excrétions, elles lui imposent encore, et chaque jour, une macération plus ou moins prolongée dans de l'eau chaude, sans autre but que celui de suivre la routine. Les inconvénients qui en résultent ne sont pas apparents dès les premiers jours. Souvent, au contraire, l'enfant dort plus longtemps, tette à des intervalles plus éloignés, et l'entourage comme la mère se félicite de la docilité et de la bonne santé du nourrisson. Plus tard, l'enfant devient pâle, ses membres plus mous, en un mot il s'affaiblit. Comment pourrait-il en être autrement? Vous soumettez ce nouveau-né à une hygiène qu'un adulte ne pourrait supporter dans nos climats et dans notre ville de Paris. Eu égard à la délicatesse d'un nouveau-né, un bain de cinq à dix minutes de durée n'équivaut-il pas à un bain de trois quarts d'heure à une heure, pris par un adulte? Eh bien, pensez-vous qu'un adulte puisse prendre à Paris un bain de la sorte sans le moindre empêchement ni inconvénient? A mes objections, on peut répondre qu'il est démontré par expérience que la peau n'absorbe pas d'eau dans le bain, et que d'ailleurs bien des familles se sont admirablement trouvées de cette pratique journalière.

Relativement au premier point, je dirai que, si l'expérience n'a pas sanctionné cette croyance de l'absorption des liquides au moment du bain, elle n'a pas non plus détruit cette vérité que les cellules épithéliales, gorgées de liquide par les bains prolongés et répétés, fournissent aux capillaires du derme une source d'absorption postérieure à la prise du bain. Mais, laissant même de côté cette question, ne savons-nous pas tous combien les bains chauds successifs donnent de fatigues physiques?

Dans le bain en lui-même (je ne parle pas des simples lotions, qu'on veuille bien le noter), dans le bain en lui-même, dis-je, il faut tenir compte non-seulement de l'absorption d'eau postérieure à la prise du bain, mais encore de la chaleur, et de l'humidité dont l'enveloppe cutanée se trouve imprégnée.

D'abord, la chaleur du bain n'est pas identique; elle rend l'enfant frileux, sujet à être atteint de coryzas, qui l'empêchent de prendre aussi facilement le sein. Je pourrais en dire autant de l'humidité que conserve la peau chez un petit être qu'on découvre à tout propos, et parfois avec certains partis pris fort peu logiques. Je fais allusion à une autre coutume, d'origine anglaise, qui veut qu'on découvre les enfants du haut et du bas sans tenir compte ni de leur souffrance ni de l'état de l'atmosphère. C'est ainsi qu'on peut voir un bébé baigné tous les matins dans de l'eau chaude, et le reste du temps à demi nu dans les appartements et quelquefois dans les promenades publiques, si rigoureux que soient le climat et la saison du moment.

Je ne trouve rien pour justifier un pareil système. On fait supporter à de petits êtres sans résistances des causes de fatigues et d'épuisement qu'on ne tolérerait pas soi-même. Il n'est pas un adulte qui, dans nos pays du Nord, subirait impunément une semblable hygiène. Les cas qu'on cite toujours à l'appui de cette thèse insoutenable ne sont jamais mis en parallèle avec les victimes de ces idées arrêtées. Qu'on veuille bien aussi jeter un regard sur les œuvres de la nature, et qu'on observe les pratiques des animaux, dont les portées et les couvées se font pourtant dans la belle saison, et qui n'abandonnent jamais néanmoins leurs petits, ne les laissent point sans abri, sans chaleur, avant le développement de leur surtout naturel. Je n'insiste pas et je ne veux pas invoquer, comme argument, la susceptibilité des nouveau-nés à prendre des bronchites, des diarrhées, des embarras gastriques, de l'œdème.

Je ne pousse pas les choses à l'excès, et quand je m'élève contre l'abus des bains chauds chez les nouveau-nés, je n'en blâme pas l'usage raisonné et modéré dans la thérapeutique. Chez certains enfants nerveux, chez ceux qui sont constipés, atteints de fortes coliques, il est clair que les bains chauds leur rendront service. Il y a des indications à remplir; on prescrit aussi la médication qu'il convient. C'est précisément là tout le fond du débat. Le bain, dans nos climats, constituera une base de médication, et on ne peut, comme dans les pays chauds, en faire un usage immodéré sans inconvénient pour les nouveau-nés. Les bains sont, non-seulement une cause d'affaiblissement, mais encore ils déterminent fréquemment des inflammations cutanées qu'on voulait prévenir, par la raison que l'enfant, loin de recevoir des reconstituants dont il a le plus grand besoin, se trouve placé dans les conditions des scrofuleux atteints d'eczéma, que les bains émollients ne font qu'aggraver.

J'ai souvent observé le fait suivant: des enfants jouissant d'une bonne santé, soumis chaque jour à l'usage des bains de cinq à dix minutes, sont atteints précisément, en dépit de ces bains émollients, de l'intertrigo à la racine des cuisses. Dès lors, on augmente la durée des bains, — le mal empire, l'eczéma s'étend au bas-ventre, au haut des cuisses. — On persiste dans les mêmes errements, et cela pendant des semaines et des mois entiers. Dès qu'on supprime, au contraire, les bains chauds pour les remplacer par des lotions astringentes, l'inflammation s'éteint dans un laps de temps relativement très-court. Je possède plus de dix observations prises à la ville et sur cette matière, et le nombre de cas semblables que j'ai vus à la consultation de l'hôpital est aujourd'hui fort important. Je vais me borner à citer un de ceux qui me semblent le plus démonstratif.

En avril 1868, je fus appelé à donner des soins à un bébé du sexe masculin âgé de six semaines, né à terme, de belle apparence, qui était atteint d'intertrigo depuis plus de vingt-cinq jours sans que le développement de l'enfant en parût être altéré. On le baignait régulièrement tous les jours, le matin pendant dix minutes. Vers le quinzième jour de la naissance, il fut pris de rougeur à la racine de la cuisse. On continua les bains, dont on prolongea la durée. En peu de temps, du pli inguinal l'eczéma s'étendit au bas-ventre, à la cuisse. On composa le bain avec du son, de la fécule, de la guimauve. Rien n'y fit, le mal grandissait de jour en jour, et des érythèmes, des papules rouges se montraient sur des points éloignés du point de départ de l'inflammation, derrière les oreilles, sur le tronc et les deux bras. Je dois ajouter que l'enfant était tenu très-proprement, souvent changé, et couvert de poudre de lycopode après chaque bain.

Au moment où je le vis pour la première fois, son bas-ventre, ses organes génitaux externes, le haut de ses cuisses, étaient couverts d'un vaste eczéma, chaud, suintant et très-rouge. L'enfant tetait bien, ne vomissait point, avait des garde-robes normales, et conservait de l'embonpoint; mais il dormait peu et

criait beaucoup. La médication par les bains prolongés et quotidiens me paraissant jugée, je les suspendis et ne conseillai que des lavages avec de l'eau de noyer, très-légère au début, plus forte après les premiers jours. Ces lavages furent effectués quatre à cinq fois par jour, et je fis recouvrir les parties malades de poudre de riz et de taffetas gommé. Sur les organes génitaux de l'enfant, on déposa une petite éponge, et le tout fut emprisonné dans une petite bourse en toile gommée. De cette façon, je réalisai ce qu'on tentait d'obtenir avec les bains. J'évitai la stagnation des urines par les lavages, j'évitai l'imprégnation par l'isolement des parties, sans affaiblir l'enfant par le séjour dans de l'eau chaude.

La nourrice était brune, me paraissait avoir un lait un peu trop riche. Je la baignai, lui fis prendre des délayants.

Sous l'influence de cette médication, l'inflammation céda en huit jours. Ces soins, prolongés pendant deux semaines consécutives, enlevèrent toute trace d'irritation.

Plus tard, je prescrivis à l'enfant des bains simples de quatre à cinq minutes quand les indications se présentèrent à l'époque de la dentition, ou quand il était irrité, nerveux ou constipé; mais jamais je ne les conseillai à cet enfant comme une mesure d'hygiène.

Je possède des faits qui semblent infirmer les règles que je viens de tracer. Ce sont des enfants robustes, gais, bien portants, à qui les bains quotidiens n'ont point causé le moindre dommage, mais je n'hésite pas à affirmer que pour notre population parisienne, c'est là l'exception. Depuis le nourrisson jusqu'à l'adulte, les habitants de notre ville sont pâles et anémiques pour la plupart, aussi sommes-nous obligés d'avoir bien plus souvent recours aux reconstituants qu'aux antiphlogistiques. A la campagne, en province, les conditions d'hygiène sont tout autres; la population grande et petite offre bien plus de ressources. Les forces sont meilleures, et les enfants à la mamelle présentent d'ordinaire une mine excellente. Les bains chauds auront moins d'inconvénient. Je fais cependant des réserves au point de vue de la saison et de la constitution de l'enfant, et je persiste à considérer le bain comme une médication, c'est-à-dire un agent actif débilitant et non pas comme un simple moyen de propreté. Je ne crois donc pas qu'il soit indifférent, même à la campagne, de donner un bain chaud de dix minutes tous les jours à un enfant à la mamelle sans y être amené par quelques indications spéciales. J'excepte de ma proscription la saison très-chaude et les régions intertropicales où, non plus les bains chauds, mais les bains froids, font partie de l'hygiène du pays.

Je vais plus loin encore, et je renonce à la plupart des bains chargés de sels médicamenteux pour les nouveau-nés. Dans le traitement de la syphilis infantile, par exemple, ce serait se tromper étrangement que de comparer l'efficacité des bains de sublimé aux frictions mercurielles et à la prise de la liqueur de Van Swiéten. Les petits syphilitiques sont très-accessibles aux refroidissements. Ils se plaignent de tout ce qui diminue leur caloricité naturelle. Les bains exagèrent cette sensibilité exquise et les font souffrir. De là des causes d'affaiblissement rapide. D'ordinaire, le bain mercuriel n'est pas donné dans une baignoire en bois, et le sel se fixe sur le zinc sans profit pour l'enfant. En outre, le médicament n'étant pas absorbé au moment du bain, et ne pouvant l'être, comme l'expérience l'a prouvé, que par son introduction laborieuse et lente dans les cellules épithéliales du derme, en un mot l'agent thérapeutique étant obligé de traverser les corps gras qui recouvrent l'épiderme, ne pénètre qu'à la longue dans l'économie, et ne parvient à être utile que bien longtemps après que l'eau chaude a déjà diminué les forces du bébé. Il y a, dans le jugement à porter ici, bien des chances d'erreurs. L'une des principales dépend plus spécialement de la diminution et même de la disparition des accidents locaux, peu de temps quelquefois après la mise en œuvre des bains mercuriels. On en conclut que la syphilis s'arrête parce que les manifestations cutanées s'effacent. Ce raisonnement porte souvent à faux si on ne tient pas compte de l'état général et du poids de l'enfant. En ne s'appuyant que sur une donnée, on ne s'aperçoit pas que la syphilis marche, au contraire, avec une grande rapidité, et que des lésions profondes succèdent aux lésions externes et apparentes.

En médecine, en thérapeutique surtout, il n'y a rien d'absolu. Je ne veux pas dire que les bains de sublimé sont toujours infructueux, mais je veux faire remarquer qu'il ne faut guère compter sur leur prompte action, que la peau est une mauvaise voie d'introduction pour tous les agents thérapeutiques qui ne sont pas unis à des corps gras, que les frictions mercurielles et la liqueur de Van Swiéten sont de beaucoup préférables; qu'enfin, dans l'immense majorité des cas, le bain de sublimé, au lieu de tonifier l'enfant syphilitique, le débilitera et favorisera la marche de la maladie.

En résumé, je considère comme une fort mauvaise pratique l'usage quotidien des bains chauds pour les nouveau-nés. Je les interdis dans le traitement des inflammations cutanées. Dans l'un et l'autre cas, au point de vue hygiénique comme au point de vue pratique, les lotions, les lavages leur sont de beaucoup préférables. Bien plus, les bains de sublimé, tant vantés dans le traitement de la syphilis infantile, rendent de moins grands services que les frictions avec l'onguent napolitain et la prise de gouttes de liqueur de Van Swiéten.

Les bains chauds ne doivent être ordonnés, dans nos climats, qu'à titre de médication calmante, et l'abus qu'on en fait, à Paris surtout doit en faire proscrire l'usage sans indication formelle. Je n'ai pas eu, en vue d'étudier ici les indications, soit pour les bains simples, soit pour les bains médicamenteux. Mon but a été plus restreint; je n'ai voulu qu'en démontrer les inconvénients et les dangers par leur usage répété et prolongé.

DES INJECTIONS

QUI SE PRATIQUENT DANS LES VEINES DES CHOLÉRIQUES, ET DE LA CAUSE DES VARIATIONS DE RÉSULTATS OBTENUS JUSQU'ICI AVEC CE MOYEN THÉRAPEUTIQUE,

Par A. NETTER.

Résumons d'abord l'état de la question telle que celle-ci vient d'être exposée par M. Dujardin-Beaumetz devant la Société médicale des hôpitaux.

Les injections se pratiquent en Europe depuis 1830. Le liquide injecté a été tantôt tout simplement de l'eau, tantôt une solution saline (avec ou sans albumine), tantôt du sang, du lait...

Les résultats jusqu'ici obtenus avec n'importe lequel de ces liquides se distinguent en : 1° *Effets immédiats à peu près constants*; — 2° *Effets ultérieurs variables*.

1° *Effets immédiats à peu près constants.*—« Dans tous les cas d'injection, dit M. Beaumetz, nous voyons une amélioration très-notable se produire. Le malade agonisant renaît à la vie; il reprend connaissance; il parle; il voit et reconnaît les siens. Sa circulation reparaît, sa température se relève, les sécrétions se rétablissent..... Rien de plus étonnant que cette résurrection. » (Notons en passant que cette instantanéité d'effets a été obtenue par M. Lorain avec une simple injection d'eau.)

2° *Effets ultérieurs variables.* — On sait ce dont il s'agit. Tandis

que, chez un petit nombre d'individus, l'amélioration immédiate progresse rapidement en guérison, voici que la grande majorité retombe, au bout de quelques heures, dans son précédent état de cyanose et succombe. A la vérité, la mort peut alors être retardée par une deuxième et une troisième injection, mais elle est seulement retardée, et l'espoir d'avoir sauvé le malade est trop souvent déçu. Bref, succès final dans un petit nombre de cas, catastrophe le plus ordinairement. Pourquoi cette différence dans les résultats définitifs? Quelle est la cause de ces variations? Tel est le problème dont je crois avoir trouvé la solution.

Tout d'abord, je dis que les succès ne peuvent point s'expliquer par la bénignité relative des cas; car, dans la célèbre expérience de M. Lorain, la guérison avait été obtenue chez un moribond qui, dit l'observation, « avait présenté les apparences d'un cadavre. Il n'avait pas la force de ramener vers le milieu du lit sa tête, qui était pendante en dehors de l'oreiller, etc. » Donc le cas avait été d'une gravité extrême.

Doit-on chercher la cause des variations dans les différences de nature des liquides injectés? C'est la tendance du jour, et parmi les expérimentateurs, c'est à qui proposera quelque nouveau sérum artificiel ou liquide approchant. Cependant, dirai-je, puisque, dans l'expérience de M. Lorain, le succès a été obtenu tout simplement avec de l'eau, pourquoi chercher autre chose? Avec l'eau, dit-on, on échoue souvent; d'accord. Mais, répliquerai-je, est-ce qu'avec les solutions salines, est-ce qu'avec le sang, avec le lait..., les injections donnent une plus grande proportion de succès? Non, certes, et les récentes expériences faites à Paris avec des liquides complexes ont, en définitive, abouti à la mort. Pourquoi donc compliquer le problème si précipitamment? La chose se justifie d'autant moins que, dans les rares succès obtenus jusqu'ici avec les sérums artificiels, le sang, le lait, il se pourrait que ces injections eussent seulement agi en tant qu'injections aqueuses. Qu'est-ce qu'une solution saline? C'est de l'eau dans laquelle on a fait dissoudre quelques sels. Qu'est-ce que le sang? Ne l'oublions pas, c'est de l'eau qui renferme de la fibrine et des globules? Qui pourrait dès lors affirmer que les injections faites avec des liquides de cette nature auront agi autrement que comme injections aqueuses? Le problème expérimental demeure donc comme suit: Pourquoi les injections pratiquées avec l'eau réussissent-elles quelquefois seulement, et pourquoi, le plus ordinairement, après une résurrection passagère, y a-t-il rechute mortelle de cyanose? La question étant amenée ainsi à ses vrais termes, j'en aborde la solution.

Si, dans cette manière d'envisager les choses, je me trouve en opposition radicale avec M. Beaumetz, je suis heureux de pouvoir transcrire le passage suivant de son mémoire :

« La quantité de liquide injecté, dit M. Beaumetz est aussi un point fort important, et l'on peut voir, par les observations, quelles quantités énormes de liquide les médecins anglais ont injectées dans les veines des cholériques. L'une des observations, la plus curieuse, à coup sûr, est l'observation XIV, où la guérison a été obtenue en injectant, en treize heures, 13 kilog. 190 grammes de solution saline. (13 litres en treize heures!) D'ailleurs, dans le plus grand nombre de guérisons observées, on voit qu'elles ont été obtenues par des injections souvent répétées de 1,000 à 1,300 grammes de liquide. Je pense, vu ces résultats, ajoute M. Beaumetz, qu'il ne faut pas hésiter à répéter et à prolonger ces injections. »

Nous y voilà, c'est l'administration, coup sur coup, d'énormes quantités d'eau ; c'est la méthode ancienne avec un procédé nouveau. Tandis que nos prédécesseurs, mettant à profit la soif inextinguible des malades, leur versaient des *torrents* (je prends l'expression dans Tissot, chapitre du *Choléra*) d'eau dans le tube digestif pendant la période des vomissements, nos expérimentateurs modernes attendent que les malades soient à l'agonie pour leur appliquer la méthode par les veines. En vérité, la chose serait plaisante si, à tant d'égards, elle n'était pas si profondément affligeante. Oui, oui, mais il y a une objection, et c'est encore l'expérience faite par M. Lorain qui nous la présente. M. Lorain n'a injecté que 400 grammes, une seule fois, et il a réussi. Oui, mais, dans la relation de M. Lorain, il y a une lacune qu'il suffira de remplir pour que la plus vive lumière vienne éclairer la question.

On sait que l'observation de M. Lorain se trouve relatée dans son livre intitulé : *Études de médecine clinique*... (Le choléra observé à l'hôpital Saint-Antoine). Ce fut pendant l'épidémie de 1866 que ce praticien reçut dans ses salles quatre-vingts cholériques. Il s'abstint à leur égard de toute médication, expectation absolue que justifient les incertitudes de l'art dans cette maladie et qui a permis à l'auteur d'étudier d'une manière précise les divers états de la circulation, de la température, des urines, etc. Cependant ces malades étant tourmentés par la soif, fallait-il leur interdire les boissons, ou tout au contraire les encourager à boire? M. Lorain, pratiquant l'expectation, les a, sous ce rapport, abandonnés à eux-mêmes, et voici comment il s'exprime sur ce point :

« Nous n'avons pas pu déterminer exactement la quantité de liquide absorbée par les malades. Outre qu'ils n'étaient pas rationnés, ils buvaient avec une telle rapidité, avec une telle négligence, qu'ils répandaient une partie du contenu des vases qu'ils approchaient de leur bouche. Le désordre de leurs mouvements, l'agitation, le délire (dans la période de réaction), rendaient toute évaluation de cette nature impossible.

« Pour obtenir un pareil résultat, il aurait fallu tenir compte des vomissements, des vases renversés ; soumettre les servants eux-mêmes à une discipline rigoureuse et presque inexécutable.... Pendant la période algide, la soif était immense et les malades insatiables. Nous leur donnions de la glace presque à volonté ; ils buvaient de la limonade, du thé, de l'eau vineuse en grande quantité. Le chiffre de six litres (6 litres) en douze heures se rencontre souvent dans nos notes. »

Ici, il convient de faire une remarque qui me ramènera directement à mon sujet. Cette manière de donner les boissons, ou plutôt de les permettre, n'est nullement la méthode ancienne, administration coup sur coup. C'est en deux ou trois heures que Sydenham faisait prendre de douze à seize verres ; Rougnon de Magny un *baquet plein* dans les vingt-quatre heures ; Tissot, des *torrents*.... C'est pour me conformer à ces recommandations anciennes que je place, en permanence devant le cholérique, un infirmier qui lui fait ingurgiter un gobelet après l'autre, comme dans le cas cité par moi d'un enfant de troupe âgé de treize ans qui, en moins de six heures, a bu dix litres. Et maintenant, pour en revenir au cholérique auquel M. Lorain a pratiqué une injection, je dis et je vais démontrer que ce malade, aussitôt après avoir reçu l'injection, se trouve avoir été, par exception, traité par la méthode ancienne ; je dis qu'aussitôt l'injection faite, les sœurs et les servants lui ont fait boire un verre après l'autre, et cela pendant toute une nuit. Cela n'avait pas été prescrit ainsi par le médecin traitant, mais cela s'est fait tout naturellement, ce dont voici la preuve positive.

Aussitôt l'injection reçue, dit l'observation, le moribond retrouve la voix qui était éteinte, et articule les deux mots : *J'ai soif*. Naturellement, on a dû lui donner à boire, et comme la soif était *immense, insatiable*, pour me servir des expressions de M. Lorain, on a dû lui faire boire un verre après l'autre, et comme l'injection avait été pratiquée vers six heures d'un soir de septembre, l'intéressant opéré ayant certes été veillé d'une manière particulière pendant la nuit, l'ingurgitation incessante n'a pas dû discontinuer. Vous reste-t-il quelque doute sur la réalité de la chose? Voici des preuves positives :

Dans la nuit qui a suivi l'opération, dit l'observation, la peau est devenue « moite »; la respiration est devenue ample, et de la rétablissement de l'hématose, constatée par une augmentation de plusieurs degrés dans la température, ce qui a dû amener une sécrétion abondante d'eau à la surface trachéo-bronchique. Il y a plus. Moins de six heures après l'injection faite, la malade a vomi abondamment, et dès le lendemain matin, il peut se lever seul et rester assis dans un fauteuil, ce qui implique le retour de la sérosité dans toutes les articulations, dans les interstices des muscles, etc. Y a-t-il

en même temps sécrétion rénale? on n'en sait rien; le détail signalé dans l'observation que le malade n'a pas uriné, prouve seulement qu'il n'y a pas encore eu excrétion par la vessie, mais ne signifie nullement absence de sécrétion rénale. Peu importe, du reste, ce point. Ce qui est démontré par le rétablissement des nombreuses autres sécrétions, c'est que, pendant cette nuit, le malade a perdu une quantité considérable d'eau. Or, ce ne sont certes pas les 400 grammes de l'injection qui ont pu suffire et à cette consommation et en même temps au jeu de la circulation qui, à peine rétablie, devait se développer toujours davantage. Au surplus, trois lignes trop vagues de l'observation témoignent du fait :

Le poids du malade a augmenté, dit M. Lorain, de 450 grammes; fait ordinaire, et qui s'explique parce qu'il buvait plus qu'il n'excrétait. *Habemus ipsum affirmantem.* Et maintenant, tout s'explique :

1° Tandis que, chez les malades cités par M. Beaumetz, la première injection ayant produit l'effet immédiat de résurrection, les injections faites ultérieurement coup sur coup ont servi à la réparation des pertes d'eau déterminées par le rétablissement des sécrétions, il se trouve que, dans l'expérience de M. Lorain, la seconde partie de ces opérations a été remplacée par l'ingurgitation coup sur coup.

2° La cause des variations de résultats obtenus jusqu'ici dans la pratique des injections, tient uniquement à l'inattention des expérimentateurs qui, préoccupés des quantités de liquides injectés, ne songeaient nullement à ce qui était bu en même temps.

VARIÉTÉS

Leçons cliniques sur les principes et la pratique de la médecine, par Hughes Bennett, professeur à Edimbourg. Traduites par le docteur Lebrun (1).

Encore une traduction d'un livre médical étranger. Est-ce par humilité, est-ce par insuffisance que, renonçant aux productions nationales, nous croyons devoir chercher notre instruction dans les livres anglais et allemands? Il est difficile de le dire; mais nous faisons un véritable abus des traductions. Que nous fassions les honneurs de notre langue à des monographies, qui répandent parmi nous les recherches originales des savants de tous les pays, rien de mieux; mais que nous donnions cet avantage à des livres élémentaires, c'est une faute.

D'abord, ces publications se vendent au détriment des nôtres. Mais ce n'est qu'un petit côté de la question, sur lequel il ne faut pas insister. Le point important à signaler, c'est que nos confrères de l'étranger dans ces livres élémentaires où ils ne peuvent beaucoup s'étendre sur chaque sujet, donnent comme leur propriété ou attribuent à leurs compatriotes des idées et des découvertes qui nous appartiennent. De la sorte, nous nous dépossédons naïvement, et nous substituons dans l'esprit de notre jeunesse médicale, à la place des noms français qu'il faut honorer, des noms étrangers qui ont souvent peu de valeur.

Ainsi, le livre de M. Hughes Bennett renferme quelques omissions graves à ce point de vue français. Je les signalerai plus loin, et le fait est si considérable, que c'eût été pour moi un motif suffisant pour refuser la traduction de l'ouvrage dans notre langue. Cela étant dit, je puis dire que ce livre pourra satisfaire les médecins expérimentés qui aiment la méditation. C'est l'œuvre d'un esprit éminent et d'un observateur distingué.

Le premier volume renferme une introduction relative à la distinction de la médecine comme *science* et comme *art* et à la manière de faire un cours de clinique.

Hughes Bennett n'admet pas que la médecine soit plus que l'agriculture une *science exacte*, c'est-à-dire une science ayant comme base un fait ou une loi primitive qui s'applique à toute la série des phénomènes dont la science se compose. Il a mille fois raison, et tous les médecins qui étudient non dans un cabinet de travail ou dans un laboratoire en face des grenouilles, des cochons d'Inde et des chiens, mais sur leurs semblables, dans la ville ou à l'hôpital, le seul laboratoire du véritable médecin, savent très-bien que la médecine est un art, difficile entre tous, ayant pour auxiliaire les sciences exactes, physiques, chimiques et anatomiques.

Cette introduction se termine par quelques considérations sur l'état de *la science* et de *l'art* de la médecine, où l'on voit paraître une opinion thérapeutique qui sera développée plus loin et que je ne crois pas fondée. Ainsi Hughes Bennett est convaincu qu'il n'y a guère rien à attendre que des ressources de la nature, du régime, et des autres influences hygiéniques, en laissant de côté les émissions sanguines et les antipyrétiques qui permettent de juguler ou d'amoindrir une maladie à ses débuts. C'est un scepticisme non justifié par l'empirisme de ceux qui ont *l'art* d'employer les antiphlogistiques.

On trouve ensuite un long chapitre sur le mode d'examen des malades le plus utile à employer. C'est une *petite séméiologie*, ornée de figures explicatives intéressantes, et consacrée à l'inspection, à la palpation, à la percussion, à la mensuration, à l'auscultation, au microscope, à l'histologie, à la sphygmographie, à la thermométrie et à l'ophthalmoscopie.

Que mon savant confrère me permette ici une observation. Dans cette séméiologie trop succincte pour un commençant et inutile pour un homme expérimenté, je trouve chaque méthode d'examen attribuée à son inventeur, et lorsqu'il s'agit de *l'Auscultation*, je ne trouve pas le nom de Laennec. Toute sa découverte est racontée comme étant du domaine commun, sous la particule *on*. C'est peu rendre justice au plus grand nom et à la plus grande découverte de la médecine du dix-neuvième siècle. Que dirait M. Hughes Bennett, si dans nos traités de pathologie, à propos de *leucocythémie*, nous ne citions pas sa personne comme étant l'auteur de la découverte, ou même si nous placions un nom allemand à la place du sien. Il serait sans doute froissé comme je le suis un peu moi-même dans ma fierté nationale.

J'ai une autre observation à faire relativement à l'ophthalmoscopie. Celle-ci incombe au traducteur M. P. Lebrun, du Brabant, qui a intercalé dans le livre de M. Hughes Bennett un chapitre relatif aux symptômes ophthalmoscopiques des maladies du système nerveux.

Ici, encore, c'est *on*, sujet de la phrase, qui préside à la description de M. Lebrun, et ainsi sont racontés tous les nouveaux signes de la méningite aiguë et des maladies de la moelle épinière, que j'ai fait connaître en 1862 dans la *Gazette des Hôpitaux*, et en 1866 dans un *livre spécial avec atlas*, — dans mon *Dictionnaire de médecine et de thérapeutique*; — dans les *Mémoires de la Société de biologie*; dans mes *Leçons cliniques*, etc. On dirait, à la lecture de ce chapitre, que M. Lebrun est l'auteur de ces travaux, comme si, depuis onze ans, ailleurs qu'à Paris, et *publiquement* à l'hôpital des Enfants, par mon initiative, il ne s'était jamais produit de recherches ophthalmoscopiques, sur la méningite aiguë, sur l'hémorrhagie cérébrale récente, sur l'hydrocéphalie, sur la mort, sur les maladies aiguës de la moelle, etc. Soyons libres échangistes, je le veux bien; que notre langue serve de passe aux travaux étrangers, je ne demande pas mieux, mais soyons de loyaux échangistes et que les idées qu'on vient de ramasser chez nous ne nous soient pas renvoyées des pays voisins comme des nouveautés dignes d'importation.

La Seconde Partie de l'ouvrage de Hughes Bennett, qui a pour titre : *Principe de médecine*, n'est autre qu'une courte pathologie générale. Elle comprend une théorie moléculaire pathogénique opposée à la théorie cellulaire de Virchow et semblable à celle que j'ai publiée dans mon *Histoire des doctrines médicales*, à propos du *cellulisme*. C'est la même idée avec des développements différents. On y trouve aussi l'exposé général de l'*inflammation* et de ses phénomènes consécutifs, de la *tuberculose* et des tissus de *formation pathologique nouvelle*, des dégénérescences et des *concrétions* des tissus.

(1) 2 vol. in-8°. Paris, 1873, chez Victor Masson.

La troisième partie, relative à la thérapeutique générale, débute par un remarquable chapitre sur l'influence du moral sur le physique ; sur la marche naturelle des maladies, prélude qui est de nature à faire comprendre le scepticisme de l'auteur ; sur le danger et l'inutilité des émissions sanguines dans les maladies aiguës ; enfin sur nos moyens actuels de traitement. Il y a là, pour le médecin déjà un peu vieilli dans la pratique, des pages intéressantes à lire et qui révèlent un observateur très-distingué, parfois un peu partial, mais convaincu. La condamnation des antiphlogistiques et des émissions sanguines, prononcée par M. Hughes Bennett au profit du scepticisme et de la médecine expectante systématique, ne sera pas acceptée de tous les praticiens, mais c'est l'opinion que l'on peut soutenir lorsque, n'appliquant pas la méthode en temps utile et selon certaines règles, on ne peut en voir que le mauvais côté.

Tout le reste de l'ouvrage est vraiment un livre de clinique et résume la vie entière d'un grand praticien. Enrichi d'un grand nombre d'observations particulières, choisies avec soin pour leur rareté ou pour leur importance. Il sera lu avec intérêt par tous les médecins. Les théories et les doctrines disparaissent sous le côté pratique, et ce n'est pas un mal. On y trouve un long chapitre sur les maladies du *système nerveux*; sur les maladies des *voies digestives*, du foie et du péritoine ; sur les maladies des *systèmes circulatoire et respiratoire*; sur les *maladies génito-urinaires*; sur les *maladies de la peau*, y compris les affections parasitaires, où la part d'invention de notre compatriote Bazin n'est pas celle qu'il devrait avoir ; enfin sur les *maladies du sang*.

Dans cette partie se trouvent les recherches originales de M. Hughes Bennett sur la *leucocythémie* et sur la *phthisie pulmonaire*. Ce chapitre est orné de planches extrêmement remarquables par leur exactitude, et je les ai reproduites dans mon *Dictionnaire de médecine et de thérapeutique* en indiquant leur origine anglaise par le nom de l'auteur.

En résumé, si je ne partage pas l'opinion de l'éditeur sur l'utilité de cette traduction, l'œuvre se recommande par le bon esprit, l'immense expérience et le talent d'exposition de l'auteur.

E. Bouchut.

CORRESPONDANCE

A M. le Dr Le Sourd, directeur de la Gazette des Hôpitaux.

Monsieur et très-honoré confrère,

A propos de la dernière discussion de la Société de chirurgie au sujet de l'ablation des loupes, permettez-moi de vous parler d'un procédé fort simple et très-expéditif dont je me suis servi plusieurs fois chez une femme de Mézières, en 1869. Elle avait la tête littéralement couverte de loupes.

Je lui enlevai les huit plus grosses (1) en incisant la peau au moyen d'un couteau en os grossièrement aiguisé. J'avais soin de le tenir toujours imbibé d'acide azotique, de façon qu'il ne divisât, en sciant, que des tissus mortifiés au fur et à mesure.

Pour abréger le début de l'opération, j'incisais très-superficiellement la peau avec un bistouri, et je continuais ensuite en passant et repassant dans le même sillon avec mon couteau d'os, jusqu'à ce que la poche se montrât au fond de la plaie dans toute sa longueur.

Quand la loupe était petite, je l'énucléais séance tenante, sinon j'attendais au lendemain. Alors la poche flétrie et durcie s'enlevait plus facilement. J'ai pratiqué quelquefois une deuxième incision, qui partageait la première perpendiculairement.

L'opération n'a jamais duré plus d'un quart d'heure chaque fois, et la patiente, qui n'était pas endormie, ne ressentait que des démangeaisons très-supportables (2).

(1) La première avait la grosseur d'une noix, les autres étaient plus petites.

(2) Il n'en est pas de même si l'on divise des parties plus sensibles, comme celles de la face, des extrémités, etc., ou des tissus enflammés.

Je rapprochais ensuite les lèvres de la plaie, en liant au-dessus et deux par deux quatre touffes de cheveux prises sur les côtés. Elles servaient encore à fixer un linge à pansement.

L'opérée, qui était jardinière, n'a jamais cessé de vaquer à ses occupations.

Les loupes n'étaient pas rares dans sa famille, surtout chez les femmes : sa sœur est morte après en avoir fait enlever une avec le bistouri.

La manière d'inciser les tissus dont je me suis servi peut rendre de grands services, surtout en temps de guerre, lorsqu'on craint la pourriture d'hôpital.

M. le professeur Depaul n'aurait-il pas employé un procédé semblable dans le cas de gastrotomie que je viens de voir cité dans le premier article du dernier numéro de la *Gazette?*

Je serais heureux d'avoir eu la même idée que lui, et probablement plus tôt.

Veuillez agréer, etc.

Dr A. Martres,

Médecin-major de 1re classe au 52e de ligne.

Grenoble, le 25 novembre 1873.

SOUSCRIPTION

en faveur de la veuve et des quatre enfants d'un confrère.

(3e liste.)

Dr F. C., à Châlon	3 francs.
Dr Dumas, à Ledignan	3 —
Un étudiant en médecine	5 —
Dr Musson, à Orléans	5 —
Dr Pady, à Mamers	5 —
Dr Hervier, à Rive-de-Gier	5 —
Dr Alfred Guillon	5 —
Un étudiant	5 —
Dr Piéchaud	10 —
Dr Porez, à Nouvion-en-Th.	10 —
Dr Émile Delpeuch	10 —
Dr H***	10 —
Un confrère de l'Yonne	10 —
Dr Machelard	10 —
Dr Loewemberg	20 —
Dr B*** de B***	20 —
Dr P. Rey, à Lille	20 —
Dr Cyr	20 —
Dr Delvaille, à Bayonne	25 —
Listes précédentes	297 —
Total	498 francs.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Par décret du 15 novembre 1873, ont été promus dans le corps de santé militaire :

Au grade de médecin principal de 1re classe : M. Lecomte.

Au grade de médecin principal de 2e classe : MM. Jeaux et Leroux.

Au grade de médecin-major de 1re classe : MM. Julia, Nublat, Krauss, Couquet, Hennequin, Virlet, Casteran, Huguet, Ladoire, Halbron, Cazeneuve, Dujardin-Beaumetz.

Au grade de médecin-major de 2e classe : MM. Boppe, Dumoutier, Rouget, Delamare, Sorel, Delmas, Boncour, Lux, Blaise, Loeryel, Guilhem et Crussard.

Au grade de pharmacien-major de 1re classe : M. Marty.

Au grade de pharmacien-major de 2e classe : M. Dubois.

— Par décret du 19 novembre 1873, sont nommés médecins aides-majors de 2e classe : MM. Viguier et Gross.

— *Collège de France.* — M. Chantran, grand prix de physiologie à

l'Académie des sciences, est nommé chevalier de la Légion d'honneur.

— *École de pharmacie de Paris.* — La chaire de chimie est déclarée vacante. Les candidats doivent faire parvenir leurs demandes, titres et justifications à ladite École et au conseil académique.

— *Muséum.* — M. Verneau (René), bachelier ès lettres et ès sciences, est nommé préparateur de la chaire d'anthropologie, en remplacement de M. Deramond, décédé.

— *Bibliothèque de l'Arsenal.* — Le docteur L. Giraud, chevalier de la Légion d'honneur, médecin du bureau de bienfaisance, est nommé médecin de la Bibliothèque de l'Arsenal (fonctions gratuites).

— *École de médecine de Caen.* — M. Rouland, professeur de pathologie et de médecine opératoire est nommé directeur de ladite École, en remplacement de M. Vastel, décédé.

—*École de médecine de Nantes.*—M. Pihan-Dufeillay, professeur de chimie appliquée, est nommé professeur de pharmacie à ladite École, en remplacement de M. Audouard.

M. Audouard, professeur de pharmacie à ladite École, est nommé professeur de chimie appliquée, en remplacement de M. Pihan-Dufeillay.

M. Kirchberg, docteur en médecine, est nommé suppléant pour les chaires de pathologie et de clinique interne.

— *Hôpitaux de Paris.* — Le concours pour la médaille d'or de l'internat ayant donné lieu à un classement *ex æquo*, il a fallu faire l'application du règlement, qui décide qu'en pareil cas, la médaille d'or est décernée au concurrent qui a déjà été lauréat. En conséquence, le concours donne le résultat suivant :

Médaille d'or : M. Rendu. — Médaille d'argent : M. J. Renaut. — 1re mention : M. Campenon ; 2e mention : M. Coyne.

— *Hôpital de la Charité.* — M. Bernutz a commencé, le 19 novembre, une série de leçons sur les maladies des femmes, qu'il continue tous les mardis à neuf heures, dans le petit amphithéâtre de chirurgie de la Charité. Les premières leçons sont consacrées aux maladies des organes de la génération, les suivantes comprendront les maladies nerveuses, et, en particulier, l'hystérie. Nous commencerons incessamment les publications de ces leçons.

— Le docteur Verrier a recommencé son cours particulier d'accouchements le 1er décembre, à son amphithéâtre, 20, rue Monsieur-le-Prince, à trois heures.

Leçons tous les jours ; le mercredi, toucher et examen des femmes enceintes.

Ce cours, essentiellement pratique, est le complément des cours de la Faculté et de l'École pratique.

Durée : deux mois. — On s'inscrit de trois à cinq heures, 29, rue Monsieur-le-Prince.

Le Directeur : Dr E. Le Soued.

Paris. — Typographie A. Pougin, quai Voltaire, 13.

N° 140. — JEUDI 4 DÉCEMBRE 1873. 46e ANNÉE. JEUDI 4 DÉCEMBRE 1873. — N° 140.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Bureaux : 57, rue des Saints-Pères, 57
PRÈS L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

Le prix d'abonnement
doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne hors de Paris
dans les bureaux des Messageries et chez les Libraires
Les lettres non affranchies sont refusées.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 19 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui n'en peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS { Trois mois. . . 8 fr. 50 c. Six mois. . . . 15 — Un an. . . . . 30 —

POUR L'ÉTRANGER le port en sus suivant les derniers tarifs des Postes.

Paris, le 3 décembre 1873.

SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

Encore une séance de scrutin. Les majorités sont décidément difficiles à constituer ; il faut que les élus sachent se contenter de l'avantage de quelques voix sur leurs compétiteurs. Le succès n'en est, du reste, que plus appréciable, l'Académie montrant, par le partage même des voix, le cas égal qu'elle fait des candidats. On a vu que, dans la précédente élection, il n'avait pas fallu moins de trois scrutins pour arriver à ne donner à l'élu que la majorité stricte d'une voix. Dans le scrutin ouvert hier pour l'élection d'un membre dans la section d'anatomie pathologique, les deux candidats les premiers en ligne sont arrivés, M. Laboulbène premier avec 41 voix, à une voix près de la majorité, qui était de 42 ; M. Empis second avec 35 voix. Il a fallu recourir à un second tour, qui est devenu par le fait un tour de ballottage, les autres candidats ayant été abandonnés. A ce second tour, la majorité étant cette fois de 41, M. Laboulbène a obtenu 49 voix et M. Empis 30. En conséquence, M. Laboulbène, bien que porté le second sur la liste, a été proclamé élu. Ce n'est pas la première fois que le scrutin dérange le classement des commissions. On se souvient que le même fait a eu lieu précisément lors de la précédente élection dans la même section.

Après le scrutin, M. Devergie, vice-président de l'Académie, est descendu du bureau à la tribune pour lire le rapport sur le prix d'Ourches. *Cent deux* mémoires ont été envoyés pour ce concours. On voit d'ici le travail de dépouillement et d'élimination auquel a dû se livrer la commission. Soixante-dix prétendants appartenant aux rangs les plus divers de la société et un peu à toutes les professions, hors la profession médicale, plus pourvus sans doute de bonnes intentions que de compétence, ont été éliminés d'un coup. Restait encore trente-deux mémoires qui ont paru à la commission dignes d'être examinés. C'est l'analyse de ces trente-deux mémoires qui a fait le sujet du rapport de M. Devergie. La lecture de cet important travail, que l'Académie a écoutée et suivie avec un grand intérêt, n'a pu être terminée dans cette séance, qui ayant commencé par une élection, a dû finir par un comité secret. La suite a été remise à la séance prochaine.

Dr BROCHIN.

HOPITAL DE LA PITIÉ. — M. LORAIN.

Injection vaginale suivie de mort

(Observation recueillie par M. QUENU, externe du service.)

La malade dont il est question dans cette observation est une jeune fille âgée de seize ans et trois mois, petite, d'une constitution délicate, à peine nubile, presque une enfant.

Ses fonctions menstruelles se font d'une façon irrégulière depuis trois mois, néanmoins la jeune fille n'accuse aucune maladie de l'appareil génital antérieure à la vaginite pour laquelle elle entre à la salle Notre-Dame. C'est à la suite de rapports sexuels subis pour la première fois, il y a trois semaines, qu'elle ressent des douleurs dans le bas-ventre et qu'elle perd en blanc.

Cette vaginite est-elle une vaginite simple ou une blennorrhagie ? Les organes génitaux sont peu développés et les lambeaux de la membrane hymen ne sont pas encore cicatrisés, de sorte qu'on pourrait voir là un simple traumatisme vénérien.

D'un autre côté, la malade affirme n'avoir ressenti des douleurs dans le vagin que quatre à cinq jours après le coït (le coït aurait été librement consenti et n'aurait eu lieu qu'une fois, d'après ses assertions), et il nous semble que dans la première hypothèse, l'inflammation et la douleur auraient suivi immédiatement le traumatisme; en outre, la tuméfaction considérable de tout l'appareil génital, l'intensité de la douleur, la nature de l'écoulement et l'uréthrite purulente concomitante, nous font pencher vers la vaginite spécifique ; nous pensons que peu de médecins hésiteront à reconnaître là les signes positifs de la blennorrhagie spécifique; nous laissons néanmoins au lecteur le soin de discuter ce point délicat.

Quoi qu'il en soit, la muqueuse du vagin est rouge, tuméfiée, douloureuse, et sécrète un liquide verdâtre, muco-purulent, dont le contact avec les téguments des cuisses et des fesses en a produit l'érythème. En pressant sur l'urèthre, on en fait sourdre une goutte de pus : cette expérience a été renouvelée à plusieurs reprises et à des jours différents; la miction est douloureuse.

Il n'y a pas de gros ganglions engorgés dans les aînes, mais seulement quelques petits ganglions légèrement douloureux des deux côtés. La malade accuse en outre, dans le bas-ventre, des douleurs que la pression exagère; elle se laisse examiner avec une répugnance telle, qu'il faut renoncer à une exploration du col avec le spéculum; le toucher lui-même, pratiqué dans ces conditions, ne donne que peu de renseignements, il semble seulement que la surface du col ne soit pas aussi lisse que normalement.

On la soumet à un traitement émollient : bains et injections de guimauve.

Au bout de quelques jours, les parties malades sont moins rouges, l'érythème des téguments a disparu, mais l'écoulement continue à être très-abondant et conserve le même aspect. On essaye à plusieurs reprises, mais sans succès, de cautériser la muqueuse vaginale avec un pinceau légèrement imbibé d'une solution faible d'azotate d'argent et introduit directement sans spéculum. Après chaque tentative, la malade fait des contorsions et se plaint de coliques violentes. On ne réussit pas davantage en se servant du crayon lui-même. Alors M. Lorain ordonne l'injection d'une solution faible de nitrate d'argent : cette injection vaginale est faite le 20, à dix heures et demie, au moyen d'une petite seringue en verre contenant à peine 5 centigrammes de liquide; la solution employée étant au cinquantième, la seringue renferme 1 décigramme de nitrate, elle est enfoncée très-peu, et l'injection poussée avec lenteur, une portion s'échappe même du vagin. Après l'injection, la malade se plaint comme les autres fois de douleurs dans le ventre; mais comme la même scène se renouvelait toutes les fois qu'elle était examinée, on n'y attache qu'une médiocre importance.

Cependant les douleurs deviennent beaucoup plus vives, l'anxiété devient très-grande. La malade s'agite, se tord sur son lit, les yeux s'excavent; à deux heures, la peau et la langue sont froids, le pouls est très-petit, le faciès est tout à fait abdominal. A chaque instant, elle est prise de douleurs très-vives dans le bas-ventre et de crampes dans les cuisses, les mollets et quelquefois dans les bras et les doigts; *le ventre n'est pas ballonné.*

On pouvait penser à deux choses : ou à une péritonite commençante, ou à de simples troubles nerveux produits par l'excitation violente des organes génitaux; l'absence complète de fièvre et de ballonnement du ventre autorisaient ce doute dans le diagnostic.

Traitement : grand bain prolongé, application de glace sur le ventre et dans le vagin, lavements laudanisés, thé au rhum.

A cinq heures, l'état de la malade s'est un peu amélioré, la température dans le vagin est de 37°,8. Vers dix heures, elle a un premier vomissement de couleur verte. A minuit, le pouls s'est relevé, il est plus ample, la peau est réchauffée.

Le 21 matin, les douleurs dans le ventre persistent, mais le mieux est très-sensible : le pouls n'est pas fréquent, le ventre est plat, température 37°,2; la malade a des besoins incessants d'aller à la selle, mais pas de diarrhée; elle vomit tout ce qu'elle prend, excepté l'eau de Seltz avec de la glace.

Le 22, température, 37°; nuit meilleure, agitation toujours grande, les vomissements verts porracés continuent, le ventre est plat.

Le 23, état satisfaisant, pas de fièvre. Maux de dents, qu'on attribue à l'excitation nerveuse hystériforme à laquelle la malade est en proie.

Le 24, la malade exhale par la bouche une odeur fade, dont on reconnaît de suite les caractères; toute la face est gonflée; la muqueuse de la face interne des joues et des lèvres est rouge, tuméfiée, ulcérée par places; la salivation est très-abondante; en un mot, on a tous les signes d'une stomatite mercurielle. Une enquête faite sur ce sujet nous démontre que la malade n'a absolument rien pris à l'hôpital, mais qu'elle a pris chez elle divers médicaments distribués par la main ignorante de l'auteur de l'attentat dans le but de combattre un mal vénérien supposé : l'analyse de ces médicaments n'y décèle pas de mercure, mais la malade nous avoue avoir avalé des pilules : ces pilules contenaient probablement du mercure. Du reste, l'état général est satisfaisant, pas de fièvre, ventre plat, les vomissements diminuent.

Traitement : chlorate de potasse en pastilles et en gargarismes.

Nous pourrions nous demander pourquoi cette stomatite est venue si tard? pourquoi les effets du mercure ne se sont-ils manifestés que plusieurs semaines après l'ingestion? Est-ce l'influence d'une maladie grave qui a enlevé à l'organisme sa force de résistance à l'intoxication? Est-ce en provoquant dans l'économie une perturbation considérable que la maladie a avancé d'une manière violente et d'un seul coup une élimination qui se serait faite lentement et serait peut-être passée inaperçue ? C'est une proposition litigieuse que nous posons sans la résoudre.

Le 25, la stomatite va un peu mieux : le ventre n'est pas ballonné, peu douloureux, mais l'agitation est toujours très-grande.

A sept heures du soir, la malade venait de causer avec une voisine, quand elle poussa un petit cri; on accourut à son lit, et on la trouva morte.

M. Lorain pense qu'on doit attribuer ces accidents à la pénétration dans le péritoine de quelques gouttes de pus provenant des trompes, pénétration qui se serait faite par suite d'actions réflexes déterminées par la douleur.

La confirmation anatomique ne put être faite à l'hôpital par suite d'une déposition judiciaire antérieure. M. Tardieu fit l'autopsie à la Morgue; il constata une métrite de la muqueuse avec suppuration; les trompes étaient remplies de pus, dont une partie s'était écoulée dans le péritoine et y avait causé une péritonite diffuse.

En présence d'un fait dont les conséquences ont été si graves et si inattendues, nous avons consulté les ouvrages des auteurs spéciaux, et nous n'avons trouvé nulle part aucun cas identique; il n'en est fait mention ni dans le traité si estimé de M. Bernutz sur les maladies des femmes, ni dans le *Traité des attentats à la pudeur* de M. Tardieu, ni dans l'article BLENNORRHAGIE de M. Fournier, dans le *Dictionnaire de médecine et de chirurgie pratiques*. M. Fournier lui-même nous confirme dans cette opinion que des faits semblables sont extrêmement rares. Cependant, il nous paraît utile d'en rapprocher quelques faits, dans lesquels la mort semble être arrivée par le même mécanisme, l'autopsie révélant les mêmes altérations.

1° Cas de MM. Brouardel et Martin chez M. Gosselin, à la Pitié : le simple toucher à la visite du soir chez une femme de quarante-deux ans est suivi de mort au bout de trente-six heures. (Communication verbale faite à M. Lorain.) A l'autopsie, on trouva de la suppuration dans les d ux trompes dilatées.

2° Aran cite un cas de mort après cautérisation à la pierre.

3° Cas cité par M. Dolbeau dans son cours : M. Nélaton fait l'extraction d'un polype fibreux inséré au voisinage de l'entrée dans la trompe. A l'autopsie, on constate une tubite purulente et passage du pus dans le péritoine.

4° Dolbeau cite un cas de mort en quelques heures par tubite purulente, observé à Lourcine.

5° M. Béhier fait une cautérisation du col avec le nitrate acide : péritonite et mort. M. Béhier croit qu'il y a eu phlébite, etc.

6° M. Leteinturier, dans une thèse soutenue à Paris le 15 mars 1872, a réuni plusieurs observations dans lesquelles des injections vaginales ou intra-utérines ont été suivies d'accidents péritonéaux; mais il n'en signale aucune dont la mort ait été la terminaison. Il cite à ce sujet un passage d'Aran, dans lequel cet auteur dit que sur plusieurs centaines d'injections faites dans la cavité utérine, il en est encore à voir une péritonite partielle.

En résumé, chez notre malade, l'autopsie a démontré que les accidents péritonéaux et la mort étaient dus à la pénétration dans le péritoine de pus provenant des trompes : cette pénétration, nous l'avons expliquée par le pouvoir contractile des trompes et l'excitabilité nerveuse de l'appareil tubo-ovarien; or, il est bien évident que toute autre cause que l'injection, un effort, par exemple, aurait pu amener une terminaison aussi funeste; par conséquent, une femme affectée de vaginite, avec quelques symptômes du côté des ovaires ou des trompes, est exposée à un danger continuel et sous le coup d'une menace de mort.

Quelle devra être la conduite du praticien? Elle se réduira à éviter tout effort et toute cause d'excitation; ordonner le repos physiologique de l'organe, calmer la douleur et les accidents nerveux au moyen de préparations opiacées et d'injections hypo-

dermiques, entretenir la liberté du ventre au moyen de lavements émollients, prescrire les injections émollientes dans le vagin et des bains de siége tièdes et prolongés, soutenir et immobiliser les parois abdominales au moyen d'un corset au collodion élastique, et enfin ne faire que les explorations strictement nécessaires à l'exactitude du diagnostic.

EMPOISONNEMENT PAR DES CHAMPIGNONS

Par M. Carayon, médecin-major du 76e de ligne.

Le vendredi 19 septembre, prévenu, vers neuf heures du matin, qu'il y avait des hommes empoisonnés, je me rendis immédiatement à la citadelle de Laon, où je trouvai cinq soldats présentant des phénomènes analogues à ceux du choléra. Chez tous, selles et vomissements liquides et continuels; chez trois, les plus gravement atteints, commencement d'algidité et cyanose assez prononcée.

Ils me déclarèrent avoir vomi à peu près tout ce qu'ils avaient pris. Néanmoins, je leur donnai immédiatement des vomitifs (opération rendue difficile par la fréquence des vomissements), et, plus tard, de fortes infusions de café (c'était le seul stimulant que j'eusse sous la main). En même temps, je faisais demander d'urgence à l'artillerie une prolonge pour les emporter à l'hôpital, situé à près de deux kilomètres de là.

En attendant l'arrivée de ce moyen de transport, et les premiers soins ayant été donnés, je pus m'instruire dans tous leurs détails des circonstances qui avaient amené cet accident.

Les champignons avaient été cueillis la veille, dans les environs de Laon, par deux tambours. Sur les observations et l'ordre du major commandant le dépôt, qui les rencontra au moment où ils les apportaient, ils les jetèrent, mais ce fut pour les reprendre après le départ de cet officier. Ils furent de ce pas les faire préparer à la cantine, où on les mangea entre huit et neuf heures du soir.

Cinq militaires avaient participé à ce repas : le caporal Malois, les soldats Péan, Lebon, Deyglin et le tambour Arnaud, tous de la 3e compagnie du 1er bataillon. Quant au tambour Francin, qui les avait cueillis avec son camarade Arnaud, il a eu le bon esprit de suivre le conseil qu'on leur donnait de ne pas y goûter.

En outre, la mère de la cantinière, qui n'avait mangé, dit-elle, que deux pommes de terre cuites avec les champignons, sans être aussi gravement atteinte que les militaires, a été sérieusement malade. Aujourd'hui, elle est guérie.

Après le repas, ils furent se coucher et dormirent profondément jusqu'au lendemain. Le matin, ils se levèrent comme d'habitude, et deux d'entre eux, Péan et Deyglin, se rendirent chez les officiers dont ils étaient les ordonnances.

C'est vers sept heures seulement que Péan et Malois éprouvèrent quelques nausées, bientôt suivies de vomissements. Croyant à une indigestion largement motivée par la quantité énorme de champignons qu'ils avaient ingérés, on n'en tint tout d'abord pas compte. Mais plus tard, vers huit heures et demie, voyant leurs camarades pris à leur tour, on se décida à me faire prévenir.

A onze heures, deux prolonges d'artillerie emportaient ces cinq malades à l'hôpital, où ils arrivèrent vers onze heures et demie, dans l'état suivant : selles et vomissements liquides incessants, anxiété extrême, cyanose, algidité et petitesse du pouls plus ou moins prononcées, sueurs froides, crampes, douleur épigastrique intolérable. Le plus gravement atteint était Péan, puis Lebon, puis Malois ; Arnaud et Deyglin, atteints les derniers, paraissaient bien moins malades.

On prescrit : tilleul, potion antispasmodique avec acétate d'ammoniaque et teinture d'arnica, café, boules d'eau chaude, frictions, sinapismes.

C'est alors seulement que je les quittai pour aller déjeuner.

Le soir, la réaction ne paraissait pas ; loin de là. Tous, y compris Arnaud et Deyglin, étaient fort mal. Le pouls à peine perceptible. Chez Péan, selles sanguinolentes, phénomène qui, dans la suite, s'est montré chez tous les autres.

Samedi, 20. — Péan est mort à quatre heures du matin. Lebon, Arnaud et Deyglin sont très-mal ; ce dernier décline de plus en plus dans la journée et s'éteint dans l'après-midi. Seul, Malois paraît vouloir réagir ; la chaleur est un peu revenue ; le pouls assez plein. Ce mieux se maintient dans la journée. Le soir, chez Lebon et Arnaud, les vomissements sont plus incessants et plus intolérables que jamais : injection sous-cutanée de chlorhydrate de morphine.

Le dimanche 21, Malois a rechuté. Son état, ainsi que celui d'Arnaud, empire de plus en plus, et ils meurent tous deux à quelques minutes d'intervalle, vers cinq heures du soir. Par contre, Lebon, qui, lors de l'entrée à l'hôpital, était le plus malade après Péan, paraît se réveiller ; la chaleur reparaît, le pouls redevient perceptible, les crampes et les vomissements sont un peu moins fréquents.

Le lundi 22, il demande à manger, et se trouve relativement bien toute la journée.

Le mieux se maintient le mardi 23, et, si l'exemple de Malois n'avait rendu le pronostic très-réservé, on aurait pu espérer le sauver. Mais ce faible espoir ne devait pas se prolonger longtemps. Vers quatre heures de l'après-midi survenait une hémoptysie, d'abord peu abondante, mais se reproduisant très-fréquemment. Malgré tout, cet accident se renouvelait souvent dans la nuit jusqu'au lendemain.

Aussi le mercredi 24, l'état de ce dernier malade était-il désespéré : l'algidité était presque complète ; le pouls avait de nouveau disparu à la radiale. Il s'éteignait à cinq heures du soir.

Autopsie. — Le corps de Malois ayant été réclamé par sa famille, on n'a pu faire l'autopsie que des quatre autres.

Chez tous, on a vu une vive inflammation de l'estomac, de l'intestin grêle et du cœcum. Dans l'estomac et la moitié supérieure de l'intestin grêle, la muqueuse, comme corrodée, s'enlevait très-facilement par un simple frottement du doigt. Vers la fin de l'intestin grêle, se montrait un engorgement notable des follicules clos et agminés.

Ces lésions étaient encore plus prononcées chez Lebon. Ici, en effet, non plus seulement la muqueuse, mais toute la paroi intestinale, du duodénum surtout, était ramollie et se déchirait à la moindre traction. Au niveau du pylore, la muqueuse était tellement boursouflée qu'elle obstruait l'ouverture, au point de rendre difficile l'introduction de la branche de l'entérotome. Cet état s'étendait à la muqueuse stomacale, complétement réduite en bouillie, et à celle de l'œsophage.

L'inflammation sur ces points avait été si vive qu'elle semblait s'être propagée aux organes adjacents. Ainsi, la congestion pulmonaire, qu'on avait déjà notée chez tous, était bien plus accusée chez Lebon, à la base du poumon gauche ; elle y constituait un véritable engouement, et c'est probablement en ce point que s'était produite l'hémorrhagie observée *ante mortem*.

Le péritoine, le foie, la rate et les reins n'offraient rien de particulier et de constant à noter, sauf peut-être une très-légère congestion du foie et des reins.

La vessie, toujours rétractée, renfermait chez le dernier un demi-verre d'urine.

Le cœur et les gros vaisseaux étaient remplis de sang noir et liquide.

Rien de bien constant aussi dans les centres nerveux. Chez Deyglin, la pulpe cérébrale nous avait paru légèrement pâle ; chez Lebon, les méninges étaient manifestement congestionnées. Mais ce qu'on a remarqué chez tous, c'est la distension par du sang liquide des vaisseaux cérébraux et des sinus de la dure-mère.

On voit que la marche de cet empoisonnement n'est pas toujours également rapide. Ainsi, deux malades sont morts dans le deuxième jour qui a suivi l'apparition des premiers accidents ; deux autres dans le troisième jour ; le cinquième enfin, quoique d'abord fort gravement pris, a survécu cinq jours.

Le champignon dont ces malheureux avaient fait usage est l'Amanite bulbeuse. J'en ai fait chercher de semblables et au

même endroit, par un de ceux qui les avaient cueillis, le tambour Francin, et j'ai pu facilement la reconnaître.

Ce poison est considéré comme narcotico-âcre. Le principe âcre ne fait pas de doute après les lésions profondes que j'ai notées dans le tube digestif. Il n'en est peut-être pas de même, dans le cas qui nous occupe, du principe narcotique, quoique chez tous ces malades on ait observé des crampes. Ce poison s'est distingué, en effet, des autres stupéfiants par l'absence de symptômes cérébraux. Arnaud seul a présenté une forte agitation, qui cependant n'était pas le délire ; tous ont conservé leur profonde intelligence jusqu'à la fin ; ils n'ont eu ni vertiges, ni troubles de la vue, etc. Avec les troubles gastro-intestinaux, les phénomènes les plus apparents ont été l'algidité et la petitesse, puis la disparition du pouls. Ce poison me paraît donc agir plutôt sur le cœur que sur le cerveau. Sa symptomatologie est absolument identique à celle du choléra grave. Rien n'y manque : selles et vomissements liquides et continuels, anxiété extrême, cyanose, algidité, sueurs froides, soif inextinguible, suppression de l'urine, douleur épigastrique, crampes, petitesse, puis disparition du pouls ; comme dans les cas les plus graves du choléra, selles sanguinolentes vers la fin, et, au milieu de tout ce cortége, conservation parfaite de l'intelligence. On voit qu'on s'y tromperait à moins si on n'était prévenu.

Le fait qui m'a le plus frappé dans cet empoisonnement, après sa ressemblance complète, en tant que symptômes, avec le choléra, c'est que cinq hommes aient pu ingérer des quantités énormes de champignons de l'espèce la plus dangereuse sans que l'un deux ait eu la moindre indigestion. Ils en avaient mangé, suivant leur expression, « des assiettées », qu'ils ont pu digérer pendant de longues heures, et, quand les premiers vomissements sont survenus, ils étaient le signe, non d'une indigestion, mais d'un empoisonnement déjà consommé.

ÉTUDE SUR LE GOITRE ÉPIDÉMIQUE

Par M. le docteur Nivet, médecin de l'hôtel dieu de Clermont-Ferrand.

Nous recevons, sous ce titre, un travail fort intéressant et très-étudié, dont les conclusions méritent d'attirer l'attention de nos lecteurs.

« Les causes du goître sont multiples, dit M. Nivet. Telle est la proposition que nous avons inscrite en tête du deuxième chapitre de nos *Études sur le goître épidémique*. Les faits importants contenus dans notre introduction, les observations nombreuses inscrites dans le reste de notre travail, ne peuvent laisser aucun doute sur l'exactitude de cette assertion.

En général, avons-nous dit, les étrangers qui sont atteints du goître aigu, ont résidé pendant un certain temps dans un pays où le goître est endémique. Il est probable que cette habitation modifie leur constitution et les rend plus sensibles à l'action des causes déterminantes de cette affection ; malheureusement cette modification n'est annoncée par aucun symptôme, par aucun caractère évident. Le nombre des personnes atteintes est très-limité. Les causes prédisposantes les plus actives sont, indépendamment de l'habitation dans un pays à goître, la marche ascendante qui congestionne la glande thyroïde et les sueurs répétées et abondantes qui succèdent aux longues promenades et aux exercices faits pendant les saisons les plus chaudes de l'année.

Les causes déterminantes sont : tantôt le refroidissement du cou occasionné par des courants d'air, tantôt l'ingestion de l'eau froide pendant que le corps est en sueur.

Peut-on attribuer le goître aigu à l'absence de l'iode dans les eaux et les aliments, telle est la question qu'il convient maintenant d'examiner. Les études cliniques ayant démontré que l'iode et ses préparations administrées à l'intérieur et à l'extérieur, guérissent généralement les goîtres sporadiques et épidémiques récents, on est autorisé à conclure que cette substance dissoute dans les eaux potables ou mêlée aux substances alimentaires, agit comme moyen préventif et s'oppose à la production des diverses espèces d'engorgements du corps thyroïde. Cette conclusion résulte de l'examen consciencieux des observations publiées par M. Chatin. Elle nous paraît très-naturelle.

Mais on n'est nullement autorisé pour cela à dire que l'absence de l'iode dans les eaux potables et les aliments soit une cause efficiente du goître.

A l'appui de cette thèse, nous avons cité, dans notre chapitre deuxième, un assez grand nombre de villages d'Auvergne ou de Savoie dans lequel le goître n'existe pas, quoique les eaux potables soient pauvres en iode ou n'en contiennent pas du tout.

Quoi qu'il en soit, on ne peut pas attribuer à l'absence de l'iode dans l'air, les eaux et les aliments, les goîtres épidémiques.

En effet, si cette absence était une cause déterminante de l'engorgement thyroïdien, on observerait cette maladie tous les ans, à toutes les époques de l'année.

Or, cette affection apparaît seulement : 1° pendant les années exceptionnellement chaudes, à la suite de promenades répétées qui provoquent des sueurs débilitantes ; 2° quand des fardeaux, la marche ascendante ou des exercices de force ajoutent aux transpirations exagérées une congestion plus ou moins forte de la glande thyroïde ; 3° enfin lorsqu'un étourdissement occasionné par un courant d'air ou par l'ingestion de l'eau froide agit sur le cou pendant la durée de la sueur.

Comment expliquer d'ailleurs par l'absence de l'iode ces goîtres qui se multiplient au collége de Clermont lorsque le robinet d'eau froide de la cour des récréations est ouvert, et qui diminuent sensiblement quand ce robinet est fermé (Lavort).

Comment expliquer encore, en s'appuyant uniquement sur les idées de M. Chatin, la diminution des goîtres qui a été remarquée à Guatemala lorsque les habitants de ce pays ont fait usage de la cravate (Bouillaud et Ratier).

Les opinions émises dans nos Études expliquent au contraire d'une manière très-naturelle les faits rapportés dans les mémoires des praticiens qui ont étudié de près le goître épidémique.

Ajoutons que le goître aigu, qu'il soit sporadique ou épidémique, est un accident passager qui ne doit point faire redouter que la descendance du malade soit condamnée aux engorgements thyroïdiens, à la condition que ce malade aura soin de se guérir complétement et d'éviter de s'établir dans un pays où le goître est endémique.

Les engorgements aigus du corps thyroïde, traités peu de temps après leur apparition, ne résistent jamais à un traitement bien dirigé et employé avec persévérance. Si l'on néglige de se soigner pendant plusieurs semaines ou plusieurs mois, cet engorgement peut passer à l'état chronique et devenir, chez quelques individus, difficilement curable.

Cette proposition s'applique aux militaires et aux collégiens, comme aux ouvriers et aux agriculteurs.

Il est difficile, dans les pays où le goître est fréquent, de séparer cette variété de goître chronique, des goîtres héréditaires ; aussi se trouvent-ils confondus dans les statistiques militaires.

Dans les régiments, le col de la tunique ; dans les pensions de jeunes gens, le col de la chemise, qui deviennent trop étroits quand la glande thyroïde augmente de volume, avertissent les soldats et les élèves que leur cou grossit. Chez les jeunes filles et les femmes, les goîtres sporadiques et épidémiques indolents qui marchent avec lenteur, augmentent sans qu'elles y prennent garde, et c'est seulement lorsque les tumeurs rendent le cou difforme que les soins du médecin sont réclamés. Ce sont surtout les engorgements mous des deux lobes latéraux qui trompent les personnes chez lesquelles ils se développent. Si l'on appelle l'attention des femmes sur la tuméfaction de la glande thyroïde, beaucoup répondent : j'ai le cou

large, mais je n'ai pas le *cou gros*, et l'on a bien de la peine à les convaincre qu'elles se trompent et à les décider à se soigner.

Enfin le médecin est parvenu à faire partager son inquiétude à sa cliente, le traitement est commencé ; mais comme il faut porter une cravate, renoncer aux grands verres d'eau froide, se frictionner pendant un grand nombre de semaines avec de la pommade iodurée et prendre quelquefois à l'intérieur des médicaments toniques ou iodurés, les malades se lassent vite, et aussitôt que les tumeurs ont un peu diminué, elles abandonnent les remèdes, et les engorgements passent à l'état chronique.

Qu'une grossesse survienne dans de semblables conditions, elle trouve le terrain tout préparé et le goître augmente sensiblement de volume. Lorsque l'accouchement arrive, chaque effort détermine une congestion de la glande vasculaire sanguine qui constitue le corps thyroïde, et donne lieu à un développement quelquefois considérable de cet organe.

M. Robin, de son côté, a remarqué que les vésicules closes dont est formé le corps thyroïde sont plus larges chez les femmes qui ont eu des enfants que chez les hommes et les sujets jeunes.

Nous avons vu quelquefois les efforts de l'accouchement occasionner, chez les femmes goîtreuses, des dilatations des veines thyroïdiennes qui persistent après le retour à la santé. Cette lésion donne lieu à des phénomènes remarquables : la partie inférieure du cou se gonfle instantanément quand les femmes rient ou font un effort ; elle diminue subitement lorsque le rire ou l'effort a cessé (1).

Si l'on étudie, sans idées préconçues, les conditions au milieu desquelles se développent les goîtres héréditaires et ceux qu'on nomme endémiques, on reconnaît que ces maladies acquièrent leur plus grand degré de fréquence et de développement au voisinage des hautes montagnes, dans les vallées profondes, humides et boisées, où l'air se renouvelle mal, où l'insolation est insuffisante, où les maisons sont malsaines, où les chaleurs étouffantes sont suivies de refroidissements brusques déterminés par des vents d'orage ou par la chute de la neige sur les sommets, où les eaux potables sont très-froides.

Moins les montagnes sont élevées, moins les vallées sont profondes, moins les goîtres sont nombreux. Quand on quitte les vallées profondes et qu'on arrive aux vallées plus superficielles et plus élevées, les goîtres qui étaient endémiques deviennent sporadiques. Enfin sur les plateaux montagneux, les goîtres disparaissent dans les villages où l'air pur des hauteurs, convenablement renouvelé, fortifie les habitants et leur permet de lutter contre les causes qui tendent à produire les maladies chroniques.

Il faut encore ajouter, aux causes de goître signalées plus haut, la marche ascendante, et, pour les femmes, l'influence de la grossesse et de l'accouchement, l'habitude d'aller cou nu et de placer de lourds paniers sur leur tête, lorsqu'elles se rendent au marché.

Les villageoises des montagnes portent rarement des fardeaux sur la tête, et le haut de leur corps est garanti, contre les intempéries atmosphériques, par des manteaux à capuchon, en étoffe de laine, qui descendent jusqu'aux genoux.

Les auteurs ont rangé parmi les causes qui prédisposent au goître endémique : la mauvaise nourriture et les eaux trop chargées de sels terreux. Nous ne partageons pas cette manière de voir. Les soldats et les collégiens, les habitants de Riom, de Clermont, de Royat et de Chamalières, ont une nourriture meilleure que celle des montagnards, et cependant les engorgements thyroïdiens sont assez nombreux parmi les premiers, et très-rares parmi les derniers.

Mais nous admettons parfaitement que les eaux tenant en dissolution de trop grandes quantités de sels de chaux et de magnésie, troublent la digestion ; que les aliments indigestes ou altérés, introduisent dans le sang des matières nutritives insuffisantes ou nuisibles, et qu'ils puissent ainsi altérer la constitution, la rendre moins propre à réagir contre les causes qui tendent à donner naissance à des maladies chroniques.

L'ingestion de l'eau froide agissant sur des individus affaiblis par des transpirations répétées, peut-elle, en refroidissant le cou pendant qu'il est en sueur, déterminer le goître chez des individus établis, depuis longtemps, dans des localités où cette affection est endémique ? Cela ne peut faire un doute pour nous.

Rullier, dans son article Goitre du *Dictionnaire des sciences médicales*, s'exprime ainsi : « Au nombre des causes hygiéniques, on avait placé les eaux potables, auxquelles on attribua longtemps le goître endémique, soit à cause de la température froide qu'elles devaient à la fonte des neiges ou des glaces qui en sont la source, soit en raison de leurs sels et de leurs éléments chimiques. »

Nous avons démontré que les sels de chaux et de magnésie dissous dans l'eau, sont étrangers à la production des engorgements de la glande thyroïde ; mais l'observation clinique nous fait une obligation de restituer à l'eau froide la part d'action qui lui était attribuée par les auteurs anciens.

Cette action a été admise par Bartholin, Bruni et Borgella (1). Nous regrettons de n'avoir pu nous procurer les ouvrages dans lesquels ces auteurs ont exposé leur opinion ; peut-être nous auraient-ils fourni des observations en faveur de la thèse que nous soutenons.

Nous avons souvent observé, à Clermont, des goîtres aigus occasionnés par l'eau froide et les courants d'air agissant sur le cou pendant qu'il est en sueur ; nous y avons rencontré des goîtres héréditaires, et cela se comprend : cette ville renferme beaucoup de rues étroites et humides, elle est placée à l'extrémité de la vallée où l'on trouve Royat et Chamalières, et son côté ouest, où les goîtres sont plus nombreux, est exposé à l'action directe des vents pluvieux et humides qui viennent des Monts-Dômes.

Voici maintenant d'autres conditions hygiéniques au milieu desquelles se produisent des goîtres assez nombreux. Nous citerons un seul exemple.

Beauregard-l'Évêque, où les engorgements thyroïdiens sont assez fréquents, surtout chez les paysans les moins riches, est situé dans le bassin humide de la Limagne, sur la rive droite de l'Allier ; il est bâti sur le sommet d'une petite montagne qui est à l'est et à 26 kilomètres du Puy-de-Dôme ; il est battu par tous les vents. Les chemins qui conduisent à ce village offrent des pentes rapides ; les eaux de puits qui servent à l'alimentation des habitants sont très-froides ; les paysannes les plus pauvres ont le cou découvert et se livrent à des travaux fatigants. On voit, d'après ce que nous avons dit, que toutes les conditions favorables au développement du goître aigu sporadique se trouvent réunies.

Nous devons ajouter que les habitants sans fortune négligent de se traiter quand ils sont atteints de cette maladie ; disons encore que, comme à Clermont, le goître est héréditaire dans quelques familles.

Notre but en écrivant ce dernier chapitre a été de rectifier et de compléter l'étiologie des diverses espèces de goîtres observées par nous dans la Basse-Auvergne ; nous espérons que les nouveaux documents que nous recueillons chaque jour, nous permettront plus tard de traiter ce sujet d'une manière plus étendue et plus complète.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 2 décembre 1873. — Présidence de M. Depaul.

CORRESPONDANCE OFFICIELLE

M. le ministre de l'agriculture et du commerce transmet : 1° les comptes rendus des maladies épidémiques qui ont régné, en 1872, dans le département de la Charente-Inférieure ; — 2° Le compte rendu négatif des maladies épidémiques pour le département de Lot-et-Garonne.

(1) Nous avons rapporté deux observations de cette maladie à la suite de notre Notice sur le goître estival épidémique (1852).

(1) Bartholin (*De usu nivis medico*, cap. XXXIV ; Bruni (*Quæstiones quædam cardinales*, 1618, et Borgella (*Journal de santé de Capelle*, tome II).

CORRESPONDANCE NON OFFICIELLE

Elle comprend : 1° un pli cacheté déposé par M. Mathieu, fabricant d'instruments de chirurgie. (Accepté). — 2° Un mémoire sur la taille hypogastrique avec suture vésico-pariétale, par M. le docteur Baudon, médecin-major. (Commission du prix Barbier.) — 3° Une lettre de M. le docteur Jules Bouteillier (de Rouen) sur le choléra. (Commission du choléra.) — 4° Une étude microscopique sur le vaccin de génisse, par M. A. Commaille (de Marseille), docteur ès sciences, pharmacien en chef de l'hôpital de Marseille. (Commission de vaccine).

PRÉSENTATIONS

M. GUBLER présente, au nom de M. Regnier, médecin-major de deuxième classe, un travail manuscrit sur une *épidémie de fièvre typhoïde* qui a sévi sur le 102e de ligne, en garnison à Courbevoie.

M. LARREY, au nom de M. le docteur Costa, un volume intitulé : *La Corse et son recrutement.*

M. DEMARQUAY, au nom de M. le docteur Harzé, présente une brochure ayant pour titre : *L'assistance des blessés et les hôpitaux.*

M. LE PRÉSIDENT rend compte de la visite qu'il a faite, avec les membres du conseil, au nouveau ministre de l'instruction publique.

ÉLECTION

L'Académie procède à l'élection d'un membre titulaire dans la section d'anatomie pathologique.

La liste de présentation portait :

En 1re ligne : M. Empis.
En 2e ligne : M. Laboulbène.
En 3e ligne : M. Parrot.
En 4e ligne : M. Lancereaux.
En 5e ligne : M. Cornil.
En 6e ligne : M. Voisin.

Au premier tour de scrutin, le nombre des votants étant de 83, majorité 42 :

M. Laboulbène obtient	41	suffrages.
M. Empis	35	—
M. Parrot	4	—
M. Lancereaux	1	—
M. Cornil	1	—
Bulletin blanc	1	—

Aucun des candidats n'ayant obtenu la majorité, l'Académie procède à un second tour de scrutin.

Sur 81 votants, majorité 41.

M. Laboulbène obtient	49	suffrages.
M. Empis	30	—
Bulletins blancs	2	—

En conséquence, M. Laboulbène est élu membre de l'Académie.

RAPPORTS

M. DEVERGIE, au nom d'une commission composée de MM. Béclard, Bergeron, Alphonse Guérin, Gavarret, Tardieu, Woillez et Devergie, rapporteur, donne lecture du rapport sur le concours aux prix fondés par le marquis d'Ourches ; l'un de 20,000 francs pour la découverte d'un moyen simple et vulgaire de reconnaître d'une manière certaine et indubitable les signes de la mort réelle, moyen qui puisse être mis en pratique par de pauvres villageois sans instruction.

Et un prix de 5,000 francs, pour la découverte d'un moyen de reconnaître d'une manière certaine et indubitable les signes de la mort réelle, exigeant l'intervention d'un homme de l'art.

La lecture de ce rapport n'ayant pu être terminée dans cette séance, la suite est remise à la séance prochaine.

A cinq heures un quart, l'Académie se forme en comité secret pour entendre le rapport de M. Dolbeau sur le prix Barbier.

CORRESPONDANCE

De l'amputation des amygdales dans les angines couenneuses hypertrophiques.

A propos de la dernière leçon clinique de M. Bouchut sur ce sujet, et que le journal a publiée dans le n° 139, M. Domerc nous écrit pour nous dire que, bien qu'il n'ait rien publié sur ce sujet avant notre collaborateur, il avait fait l'excision des amygdales dans l'angine couenneuse. Nous en sommes très-heureux pour la méthode qui trouve dans cette communication un appui favorable, et nous nous empressons de publier la lettre de notre confrère.

Monsieur et très honoré confrère,

Je lis aujourd'hui dans l'avant-dernier numéro de la *Gazette des Hôpitaux*, une leçon clinique de M. Bouchut sur la guérison de certains cas d'angine couenneuse par l'amputation des amygdales. Le savant clinicien de l'hôpital des Enfants dit qu'il a proposé de faire cette amputation il y a quinze ans, qu'il l'a renouvelée plusieurs fois depuis, toujours avec succès, et que d'autres médecins, en tête desquels il veut bien me placer, ont fait comme lui.

La vérité est, qu'en ce qui me concerne, j'ai fait *comme moi*, car lorsque je pratiquai pour la première fois cette opération, le 26 septembre 1858, je ne fus guidé, pressé par les nécessités du moment, que par ma propre inspiration. J'avais affaire à une affection que je jugeais, comme à présent, d'abord locale, et sur ce point, je suis heureux de me trouver en conformité de vues avec l'auteur si fructueusement lu du *Traité des maladies de l'enfance*. L'enlever, produire en même temps une certaine déplétion sanguine et par suite une modification organique, susceptible d'agir sur la genèse du produit morbide, tels furent mes motifs d'opérer. Le succès couronna ma tentative. Le docteur Bouchut n'avait encore, à ce moment, rien fait connaître, et je ne connaissais rien, de qui que ce fût, sur ce sujet.

Depuis cette époque, toutes les fois que, dans l'angine couenneuse, je rencontre l'hypertrophie des amygdales à un degré où l'excision de l'une, et surtout des deux est possible, *à fortiori* lorsqu'elles sont très-volumineuses, je procède à cette opération. C'est le meilleur moyen d'arrêter les progrès de cette affection, car sur six opérations de ce genre que j'ai pratiquées depuis quinze ans, j'ai obtenu le même nombre de guérisons.

Voudriez-vous bien avoir l'extrême obligeance de publier ces quelques lignes ?

Dans cet espoir, je vous prie d'agréer, monsieur et très-honoré confrère, avec mes remerciments anticipés, l'expression de mes sentiments de la meilleure confraternité,

Dr DOMERC,
Rue des Écoles, 12.

Paris, 30 novembre 1873.

ÉTAT SANITAIRE.

Paris. — Pendant la semaine finissant le 28 novembre, on a constaté 818 décès, savoir :

Rougeole, 9 ; scarlatine, 1 ; fièvre typhoïde, 19 ; érysipèle, 3 ; bronchite aiguë, 31 ; pneumonie, 51 ; diarrhée cholériforme des jeunes enfants, 1 ; choléra, 1 ; angine couenneuse, 11 ; croup, 17 ; affections puerpérales, 3 ; autres affections aiguës, 224 ; affections chroniques, 370, dont 169 dues à la phthisie pulmonaire ; affections chirurgicales, 45 ; causes accidentelles, 22.

Londres. — Décès du 16 au 22 novembre 1873, 1,674.

Rougeole, 130 ; — scarlatine, 27 ; — fièvre typhoïde, 28 ; — érysipèle, 18 ; — bronchite, 262 ; — pneumonie, 128 ; — dysentérie, 2 ; — diarrhée, 12 ; — diphthérie, 13 ; — croup, 22 ; — coqueluche, 46.

New-York. — Décès du 19 au 25 octobre 1873 : 514.

Rougeole, 5; — scarlatine, 16; — fièvre typhoïde, 7; — bronchite, 13; — pneumonie, 38; — diphthérie, 32; — diarrhée, 80; — croup, 21.

Rome. — Décès du 10 au 16 novembre 1873 : 141.

Fièvre typhoïde, 4; — bronchite, 1; — pneumonie, 13; — diphthérie et croup, 7; — choléra, 8.

Bruxelles. — Décès du 9 au 15 novembre 1873 : 91.

Fièvre typhoïde, 3; — bronchite et pneumonie, 6; — diarrhée des jeunes enfants, 12; — croup et angine couenneuse, 4.

Nice. — Décès du 1er au 15 novembre 1873 : 63.

Fièvre typhoïde, 3; — pneumonie, 5; — bronchite, 2; — diphthérie et croup, 2.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

— *Lycée de Mâcon.* — M. le docteur Aubert, médecin adjoint du lycée, est nommé médecin, en remplacement de M. Perruchon, décédé.

M. le docteur Leriche est nommé médecin adjoint, en remplacement de M. Aubert.

— A céder, dans un quartier populeux de Paris, une clientèle médicale rapportant 10,000 fr. — S'adresser au bureau du Journal.

Le Directeur : Dr E. Le Sourd.

Paris. — Typographie A. Pougin, quai Voltaire, 13.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Bureaux : 57, rue des Saints-Pères, 57
PRÈS L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix d'abonnement
doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

On s'abonne hors de Paris
dans les Bureaux des Messageries et chez les Libraires
Les lettres non affranchies sont refusées.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 18.. a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui n'en peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS: Trois mois. . 8 fr. 50 c. Six mois. . . 16 — Un an. . . . 30 —

POUR L'ÉTRANGER le port en sus suivant les derniers tarifs des Postes.

REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE

Traitement de la fièvre typhoïde par la méthode de Brand.

Dans l'une de ses premières leçons cliniques, M. le professeur Béhier signalait à l'attention de ses élèves plusieurs cas de fièvre typhoïde graves, actuellement dans ses salles, et en prenait occasion de faire la dissertation que nous avons mentionnée sur le rôle important des relevés de la température au point de vue du diagnostic, du pronostic et de l'appréciation des effets du traitement. Dans une leçon suivante, à laquelle, malheureusement, nous n'assistions pas, M. Béhier a exposé sommairement les résultats très-satisfaisants, paraît-il, qu'il a obtenus de l'application chez ses malades de la méthode de traitement de Brand.

Qu'est-ce que la méthode de Brand ? — M. Béhier se réservant de faire connaître plus tard ses résultats avec tous les détails nécessaires, dans une publication spéciale, nous nous bornons, en ce moment, à répondre à cette question.

La méthode de Brand n'est pas absolument nouvelle (ce qui ne lui ôte rien de sa valeur à nos yeux) ; les premières publications du médecin de Stettin, à ce sujet, remontent à 1861 ; elle n'est que l'application à la fièvre typhoïde de la méthode hydrothérapique, laquelle a eu elle-même pour précurseurs Currie, en Angleterre, Récamier, en France..., et d'autres, si nous cherchions bien. La première mention qui ait été faite, croyons-nous, dans les ouvrages français, du traitement de Brand, se trouve dans le traité thérapeutique et clinique d'hydrothérapie de L. Fleury (3e édition, 1866). Dans le traité théorique et pratique d'hydrothérapie que vient de publier tout récemment M. le docteur Beni-Barde, et dont nous aurons prochainement à faire l'appréciation, les avantages des applications de l'eau froide en bains, en affusions, en topiques dans la fièvre typhoïde sont également exposés, mais sans désignation des recherches de Brand.

Un document très-important nous vient très à point pour nous mettre à même d'édifier nos lecteurs sur cette méthode. C'est un travail inséré dans le *Lyon médical* (livraison du 28 septembre dernier), sous ce titre : *Du traitement spécifique de la fièvre typhoïde par la méthode de Brand* (*de Stettin*), par M. Frantz Glénard, interne des hôpitaux de Lyon, qui, après avoir assisté pendant cinq mois de captivité qu'il a passés à Stettin, au traitement par l'eau froide de 93 typhiques, dirigé par M. Brand, a traité ensuite lui-même, avec l'autorisation de ses chefs de service, 13 malades à l'hôpital de la Croix-Rousse.

Nous négligerons, pour l'instant, tout ce qui a trait à la théorie de la méthode et à son histoire, pour nous borner à résumer l'exposé des résultats qu'elle a donnés entre les mains de M. Brand et de M. Glénard.

Groupant tous les faits dont il a été témoin en une observation type imaginaire, de manière à avoir en quelque sorte tous les symptômes dans la main, tout en simplifiant sa description, M. F. Glénard suppose un malade qui, il y a huit jours, après quelques prodromes qu'il ne peut rattacher à aucune cause appréciable, a été saisi de frissons et a dû se mettre au lit; il se plaint d'une fatigue générale, d'une céphalalgie intense, persistante, de vertiges ; il a perdu l'appétit, a eu de la diarrhée dès les premiers jours ; d'abondantes épistaxis se sont renouvelées chaque matin ; enfin, depuis deux jours, il est plongé dans une somnolence dont on a la plus grande peine à le tirer. A l'examen, on lui trouve le facies hébété, profondément typhique, les narines pulvérulentes, les lèvres sèches, fissurées, les gencives et les dents fuligineuses, la langue sèche, tremblotante, le ventre météorisé, la rate hypertrophiée, des signes d'engouement pulmonaire, etc. ; en un mot, tous les symptômes de la forme adynamique de la fièvre typhoïde, à un degré grave et au commencement du deuxième septenaire.

Le malade est porté au bain, il est plongé jusqu'au cou dans l'eau, dont la température est de 20° c., et, aussitôt, la tête est arrosée d'eau froide à 6 ou 8°. Les jours suivants, lorsque le système nerveux sera apaisé, l'eau à la température du bain suffira. — A la salle Saint-Pothin, M. Glénard leur fait tout simplement mettre la tête sous le robinet. — Cette aspersion ayant duré d'une à deux minutes, l'infirmier frictionne, masse dans l'eau les membres du typhique pendant trois à quatre minutes. Enfin, le malade est laissé en repos. « A ce moment, dit M. Glénard, on observe une transformation : le patient, qui paraissait inconscient, commence à se plaindre ; la langue s'humecte, le visage prend un ton plus uniforme, un aspect plus normal et l'hébétude fait place à l'anxiété ou plutôt à l'étonnement. » Il y a à peine huit minutes que le malade est au bain, que l'on voit éclater un frisson intense avec claquements des dents et chair de poule ; la respiration devient haletante, avec quelques efforts de toux suivis d'expectoration ; il y a fréquemment une selle involontaire ; le malade manifeste la plus grande anxiété. — Au moment de la sortie du bain, dont la durée ne

doit pas être de moins de quinze minutes, on renouvelle l'aspersion sur la tête.

Sorti du bain, grelottant et violacé, le malade est reporté dans son lit ; on lui enveloppe les pieds dans une couverture de laine et on lui couvre le corps d'un drap seulement, en été, en y ajoutant une légère couverture de laine en hiver. On lui fait prendre un léger potage tiède et par-dessus une gorgée de vin vieux ; puis on l'abandonne à son frisson, qui peut durer quinze à vingt minutes, quelquefois même une heure.

La température du malade, prise à ce moment, marque un abaissement de 1°,1.

La prescription suivante est faite : « L'infirmier prendra toutes les trois heures la température rectale du malade et lui donnera chaque fois un bain à 20° de quinze minutes, jour et nuit, jusqu'à ce que le thermomètre, placé dans le rectum pendant cinq minutes, ne monte pas au-dessus de 38,5. »

Comme régime : « Après chaque bain, alimentation liquide et toujours tiède (lait, café ou thé au lait, bouillon de veau ou de mouton, soupes de gruau ou de pâtes). Faire boire tous les quarts d'heure une gorgée d'eau glacée. Enfin, dans le cas de très-grande adynamie, faire prendre une petite cuillerée de vin vieux immédiatement avant chaque bain. »

Le lendemain matin (le malade ayant pris huit bains), ordinairement la céphalalgie a cessé, quelle qu'ait été son intensité; la langue est humide, rose, sans fuliginosités ; le pouls est moins dicrote. Les phénomènes thoraciques restent à peu près les mêmes que la veille. Si le malade tousse et expectore après chaque bain, pour favoriser la diminution de ce symptôme, on prescrit des compresses froides, embrassant largement toute la poitrine et renouvelées tous les trois quarts d'heure. Le météorisme, le gargouillement étant les mêmes et le malade ayant eu une selle involontaire presque dans chaque bain, on fait appliquer des compresses d'eau froide sur le bas-ventre, changées tous les trois quarts d'heure.

Le surlendemain, troisième jour du traitement (24e bain), on trouve : peau fraîche, céphalalgie nulle, pouls plus serré, langue parfaite, selles dures, abdomen souple, sans gargouillement ; la rate est encore tuméfiée, la poitrine est moins encombrée, la respiration calme ; le sommeil tranquille ; les urines, qui étaient rares, foncées et albumineuses, sont plus abondantes, claires et ne renferment plus d'albumine.

Enfin, et c'est là ce qui doit appeler le plus sérieusement l'attention et la surveillance du médecin, l'appétit est revenu, mais un appétit vorace, insatiable. L'appétit s'établit presque constamment avec ce caractère dès le troisième ou le quatrième jour au plus tard, pour persister jusqu'à la fin.

Dès ce moment, le thermomètre seul indique la persistance de la maladie ; les bains seuls en empêchent la manifestation. L'écueil à éviter désormais est l'alimentation exagérée qui se traduit tout d'abord par l'élévation de la température. Ce n'est que lorsque la température met plus de trois heures après le bain à atteindre un chiffre supérieur à 38°5, qu'on peut commencer à permettre quelques aliments solides. La viande ne doit être accordée que lorsque le malade sera resté apyrétique pendant douze heures.

On a supposé jusqu'ici l'adynamie comme type ; dans la forme ataxique, les premiers bains et quelques compresses glacées sur le front, dans l'intervalle, ont promptement raison du délire et de l'appareil fébrile intense qui l'accompagne.

Quant aux complications, il n'y en a jamais, affirme M. Glénard, si le traitement est appliqué régulièrement dès le début, c'est-à-dire dans le cours de la première semaine qui suit le frisson initial.

Telle est, en substance, la méthode de traitement de Brand, appliquée aux deux types principaux de la fièvre typhoïde.

Le travail de M. Glénard peut se résumer dans cette proposition formulée par Brand en manière d'aphorisme :

« Toute fièvre typhoïde traitée régulièrement dès le début par l'eau froide, sera exempte de complications et guérira. »

Voici, en somme, les résultats qui y sont énoncés :

« Nous trouvons, dit-il, sur 170 malades traités par Brand jusqu'en 1860, 170 guérisons ; sur 89 cas traités en 1870-71 à Stettin, 89 guérisons ; sur 12 malades traités à la salle Saint-Pothin, 12 guérisons ; sur 2 traités à la salle Sainte-Irénée par le docteur Soulier, 2 guérisons. »

Voilà qui demande attention et... confirmation.

Dr B...

MORT SUBITE DANS UN CAS D'OREILLONS

Par M. le docteur Gillet (de Beauzée).

Un jeune homme de Tours, conscrit de cette année, de forte constitution, est pris, le 2 novembre dernier, d'un gonflement peu douloureux dans la région parotidienne droite. Le lendemain 3 novembre, le gonflement augmente ; mais le malade, cependant, va et vient, sort, va même à l'auberge avec ses camarades, et, il y a plus, il va dans un village à deux lieues du sien.

A son retour, il se sent moins bien. Le mardi, il s'occupe à peine dans la maison. Le mercredi, il reste une partie de la journée au lit, sans entrain, avec peu d'appétit; soif. Le gonflement s'étend à la région sous-maxillaire droite. Il est blanc, un peu douloureux, mais pas énormément. C'est un type de cette sorte de fluxion parotido-maxillaire qu'on appelle ourlet ou oreillon. Dans la journée du mercredi, on remarque une sorte de changement dans son caractère. Il ne peut supporter le babil d'ouvrières qui causaient dans sa chambre.

Le soir, il s'endort, sans être, en somme, sérieusement malade ; mais vers onze heures de la nuit du mercredi 5 novembre, tout à coup, il se lève, fait quelques pas, ne sachant ce qu'il faisait, puis s'affaisse sur le plancher. Il a perdu connaissance. Il est pâle. On le relève, on le réchauffe. L'intelligence revient ; il se plaint d'un froid intense auquel les frictions et les applications chaudes ne remédient pas. Cependant, il se dit mieux ; mais, peu de temps après, étant couché sur le lit, un malaise analogue le reprend ; il perd connaissance de nouveau, et, assez rapidement, il meurt entre les bras de ses parents vers une heure du matin.

Dans la journée, il n'y avait eu ni gêne de la respiration ni gêne de la déglutition.

Et à l'examen du cadavre, on trouvait le gonflement, du côté droit parotido-maxillaire blanc, sans œdème ni rougeur, ni la moindre trace d'inflammation. Il n'y avait rien de semblable du côté gauche.

Cette mort subite ne peut être attribuée à une asphyxie par le fait d'un gonflement intra-guttural pharyngien; il avalait et respirait très-bien. On est obligé de reconnaître là ce que l'on a coutume d'appeler une métastase, et métastase qui, au lieu de se faire sur un testicule, comme cela arrive encore assez fréquemment, s'est faite sur l'encéphale et l'a tué rapidement. Sa mort est bien une mort par le cerveau. Ce délire passager qu'il a eu à onze heures, ces pertes de connaissance, la rémission qu'il y a eu un peu avant la mort, rémission pendant laquelle il respirait et parlait bien, ne peuvent laisser supposer une mort par vice de la respiration.

Donc le principe morbigène, inconnu dans son essence, qui amène journellement ces manifestations pathologiques appelées oreillons, peut non-seulement se jeter sur la glande mammaire, sur les grandes lèvres. Il peut se porter sur l'encéphale et proba-

blement sur le bulbe, et amener, dans ce dernier cas, une mort sinon absolument subite, du moins très-rapide et inattendue.

La lésion encéphalique probable doit être un gonflement, une fluxion analogue à celle de l'oreillon glandulaire.

Au point de vue étiologique, je ferai deux petites remarques :

1° Un peu avant que son oreillon ne parût, il lui était venu, à la tempe droite, un peu en avant de l'oreille, un petit bouton rouge, saillant, entre l'acné et le *petit* furoncle, et j'attribuerais volontiers l'oreillon droit au voisinage de ce bouton acnéique.

2° Pour la métastase encéphalique et probablement bulbaire qui s'est produite, si on ne peut la rapporter d'une façon certaine au refroidissement dont il s'est plaint dans son voyage du lundi, il y a du moins lieu d'en tenir grand compte, car c'est après lui que le malaise a augmenté. Il semblerait que le principe morbigène, troublé ainsi dans ses allures ordinaires, ne se jetant pas, comme il le fait habituellement, après deux ou trois jours, sur le côté opposé, ait cherché, à cause de cela même, à s'épuiser sur l'encéphale. D'ailleurs, quand une métastase testiculaire ou mammaire arrive chez un sujet atteint d'oreillons, généralement le malade avoue avoir été refroidi. Aussi, par analogie encore, on doit prendre en considération cette donnée étiologique pour le cas particulier.

Dans les oreillons, les métastases sur le cerveau sont très-rares, et le cas que signale notre confrère est extrêmement intéressant à enregistrer. Nous lui demanderons seulement la permission de faire une observation sur le mécanisme de la mort.

Au lieu de croire, comme le pense notre confrère, qu'un gonflement analogue à l'oreillon s'est produit dans le cerveau, nous émettrons cette idée qu'il s'est fait une *obturation embolique* des artères de la base du cerveau, soit que le sujet eût une maladie latente du cœur, soit qu'il y ait eu thrombose cardiaque récente par maladie aiguë — ayant produit de l'endocardite végétante, — ce cas se rapprocherait alors de ceux que notre collaborateur, M. Bouchut, a fait connaître relativement aux embolies qui résultent de la thrombose cardiaque et des endocardites végétantes que produisent les maladies aiguës chez les jeunes sujets. (*Note du rédacteur.*)

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 29 octobre (1). — Présidence de M. TRÉLAT.

RAPPORT

M. LEDENTU lit le rapport suivant sur un travail de M. Terrillon.

Messieurs, il y a trois mois, M. Terrillon lisait devant vous un travail intitulé : *Sur une variété rare d'ulcères du mollet, de forme névralgique.* Je viens aujourd'hui vous en rendre compte et le recommander de nouveau à votre attention.

Il s'agit, comme l'indique le titre de ce travail, de certains ulcères de la jambe auxquels l'auteur assigne deux caractères propres à les différencier des formes admises généralement jusqu'ici. Ce sont, d'une part, une hyperesthésie remarquable de l'ulcère lui-même et des parties voisines; de l'autre, une résistance opiniâtre au traitement par les moyens ordinaires.

On pourrait supposer, *à priori*, qu'il n'y a, entre ces deux particularités, aucun bien réel, qu'elles ne se rattachent nullement l'une à l'autre à titre de cause ou d'effet, et qu'elles ne sont que deux manifestations collatérales et non solidaires d'une maladie primordiale des tissus dont il resterait à déterminer la conséquence. Mais la deuxième observation de M. Terrillon met en relief un fait dont l'importance ne peut échapper à personne. Elle nous montre un de ces ulcères douloureux assez grave pour nécessiter l'amputation de la jambe, récidivant dans les lambeaux malgré l'amputation, et finalement guéri par la résection d'une partie du nerf sciatique. Elle donne ainsi la première place au système nerveux dans la série des phénomènes qui constitue l'histoire d'un de ces ulcères, et justifie la conclusion proposée par l'auteur, à savoir que le fait capital, que la cause première de la maladie est une altération des nerfs du membre affecté.

Il vous appartient de juger cette théorie et d'en apprécier les conséquences. Permettez-moi de vous faciliter cette tâche en vous rappelant brièvement les deux cas observés par M. Terrillon.

Dans le premier, il est question d'une femme de trente et un ans, présentant assez exactement le type d'une scrofuleuse, mais n'ayant jamais eu, comme manifestation de cette diathèse, que des engorgements ganglionnaires à l'âge de cinquante ans. Elle n'était atteinte ni de syphilis, ni de varices. Une ulcération de 12 centimètres sur 8, au fond de laquelle on apercevait les muscles, siégeait à la face interne de son mollet gauche. Dès le début, elle y avait éprouvé de vives douleurs. Cette ulcération avait eu quelque tendance à guérir. Alors, les douleurs diminuèrent beaucoup d'intensité ; elles réapparaissaient chaque fois que la maladie reprenait sa marche habituelle.

Après un premier séjour à l'hôpital, dans le service de M. Guérin, une guérison de sept semaines avait été obtenue par le camphre et les greffes, après essai d'un grand nombre de moyens; mais le 22 juillet 1872, la récidive s'annonce par un gonflement considérable de la jambe, accompagné de vives douleurs. L'ulcération ne se montre que le lendemain.

Une seconde guérison, obtenue le 15 octobre seulement, à grand'peine, permet à la malade de quitter l'hôpital; mais la cicatrice est violette et d'une minceur telle qu'il est probable qu'une nouvelle récidive a dû avoir lieu depuis cette époque.

La seconde malade est également scrofuleuse, mais à un point bien plus élevé que la précédente. Elle a eu des abcès froids, des adénites suppurées, une blépharite chronique rebelle. La maladie a débuté, chez elle, à l'âge de dix-sept ans, en 1870, par une vive douleur dans l'épaisseur du mollet gauche, s'irradiant en haut, du côté de la face interne et postérieure de la cuisse.

Au bout de quelques jours, une tuméfaction violacée apparaît sur le mollet. Il s'ensuit un petit ulcère qui donne issue à un peu de pus sanguinolent et dure environ six semaines. De petits abcès se montrent plus tard et raniment les douleurs. Enfin, vers la fin de 1871, nouveau retour de ces dernières et de l'ulcération, mais cette fois avec une intensité et des proportions plus considérables. Des élancements douloureux sillonnent la jambe; l'hyperesthésie devient telle que la marche et même les mouvements dans le lit sont désormais impossibles.

La malade entre à l'hôpital en mai 1872. MM. Duplay et Tessier épuisent la série des moyens consacrés et échouent. M. Verneuil a recours deux fois au fer rouge et échoue aussi. Les douleurs persistent au même degré.

L'amputation, pratiquée au lieu d'élection, débarrasse momentanément la malade; mais le mal, précédé de quelques élancements douloureux, récidive sur la cicatrice. C'est alors que M. Verneuil resèque 5 centimètres du nerf sciatique à la partie supérieure du creux poplité. Dès le lendemain, l'aspect du moignon et de l'ulcération se modifie sensiblement. La névralgie n'existe plus. Le 2 juillet 1872, quinze jours après l'opération, la guérison est complète.

Frappé de la corrélation très-intime qui semble exister dans ces deux cas entre les douleurs névralgiformes d'une part, l'apparition, le développement, les récidives de l'ulcération; d'autre part, frappé surtout du résultat très-évident de la résection du sciatique, M. Terrillon arrive à penser que les douleurs sont la manifestation symptomatique d'une altération des nerfs, qui a pu échapper jus-

---

(1) Fin. — Voir le numéro du 29 novembre 1873.

qu'ici à l'observation clinique et même microscopique, mais que de nouveaux faits ne manqueront pas de mettre en lumière. Il y aurait ainsi une sorte d'assimilation à admettre entre cette forme spéciale d'ulcères et le zona. L'influence pathogénique du système nerveux n'est pas, en réalité, moins compréhensible dans la première maladie que dans la seconde.

Je me permettrai néanmoins de faire à l'auteur deux observations. Il est à remarquer d'abord que les deux sujets dont il a rapporté l'histoire étaient scrofuleux. Bien que leurs ulcères fussent loin de présenter les caractères assignés aux ulcères de nature strumeuse, il me paraît nécessaire, jusqu'à nouvel ordre, de tenir compte de cette circonstance. On pourrait même se demander si les scrofuleux offrent à ce genre d'ulcères un terrain favorable à leur développement.

En second lieu, la résistance au traitement et les douleurs névralgiques sont-elles des particularités assez étroitement liées l'une à l'autre pour marcher toujours ensemble? En d'autres termes, peut-il exister des ulcères à forme névralgique qui guérissent malgré la persistance des douleurs? Le fait suivant tend à le prouver.

Une femme, de cinquante-cinq ans environ, entre à l'Hôtel-Dieu dans le service de M. Richet, que je supplée. Elle est atteinte de varices d'ailleurs peu développées à la jambe gauche. Elle porte à la partie inférieure et externe de cette jambe, un peu au-dessus de la malléole externe, un petit ulcère de dimensions un peu supérieures à celles d'une pièce de 2 francs, ulcère presque plat, à fond d'un rose grisâtre, mais adhérent au péroné. Les tissus voisins ne sont ni calleux, ni indurés, ni œdémateux, ni enflammés.

Cependant, tout alentour il y a des points névralgiques d'une sensibilité excessive. J'en constate en avant de la malléole externe, au-dessus de l'ulcère, le long du tendon du long péronien latéral et vers le bord postérieur de la malléole; c'est là qu'est le maximum de douleur. La malade a eu depuis trois mois des crampes fréquentes dans la jambe gauche seule; elles ont cessé à son entrée à l'hôpital. L'ulcère ne date que de six semaines; les douleurs névralgiques paraissent en avoir précédé l'apparition.

L'ulcère, pansé au vin aromatique, est réduit aux dimensions d'une pièce de 50 centimes. Les douleurs ont persisté longtemps, malgré l'emploi d'une pommade à l'extrait de belladone au cinquième, substituée au vin aromatique. Depuis quatre jours, j'ai essayé des injections hypodermiques, et aujourd'hui, 28 octobre, la pression ne réveille plus de sensibilité morbide que dans un point situé au-dessus de l'ulcère; et encore là même il y a eu une amélioration évidente.

Dira-t-on que, dans ce cas, la maladie dépend d'une altération nerveuse primitive? La conclusion serait peut-être risquée, puisque la malade porte des varices. Mais alors pourquoi des douleurs névralgiques compliquant un ulcère aussi simple? Quel lien les rattache au phénomène de l'ulcération? En sont-elles la cause ou l'effet? Ne dépendent-elles que de l'état variqueux des veines du membre?

Ici je m'arrête, de peur de formuler quelque hypothèse prématurée, mon but n'étant que de signaler après M. Terrillon un point de pathogénie à étudier. Oui, l'élément douleur dans les ulcères mérite de devenir l'objet de recherches suivies et sérieusement menées. Aussi devez-vous savoir gré à M. Terrillon de s'être engagé dans cette voie. Il n'est pas douteux qu'après avoir étendu le champ de ses observations, il n'arrive à des conclusions plus générales et peut-être un peu moins exclusives.

En ce qui concerne le traitement de ces formes rebelles, j'admets avec M. Terrillon que le camphre et les narcotiques locaux peuvent être employés avec succès. J'admets encore que la résection d'une partie du nerf sciatique devienne nécessaire parfois; mais il eût été bon que M. Terrillon discutât les indications de cette dernière opération.

Sans doute, lorsqu'il s'agit d'un ulcère ayant récidivé sur une cicatrice du moignon, il importe peu de priver celui-ci de toute innervation. La perte n'est pas bien grande pour le sujet. De même encore, lorsque l'indication de l'amputation se pose au chirurgien, par suite de la gravité et de l'incurabilité de l'ulcère, il peut, sans hésiter, isoler les muscles de toute influence nerveuse et substituer une paralysie fâcheuse à d'intolérables douleurs; mais, en présence de cas d'une gravité moyenne, dans lesquels la conservation des membres n'est pas en jeu, il ne sera autorisé à recourir à cette mesure extrême qu'après avoir épuisé les moyens plus inoffensifs, et en particulier les injections sous-cutanées faites avec une persistance suffisante tout autour du point de la région atteinte.

Une fois cette restriction établie, la résection du nerf sciatique se recommande par la rapidité remarquable avec laquelle elle a amené la guérison dans le cas rapporté plus haut.

En résumé, le travail de M. Terrillon constitue un titre de valeur, et l'intérêt qu'en offre la lecture m'engage à vous proposer :

1° De l'insérer parmi les ouvrages de la Société;

2° D'inscrire M. Terrillon sur la liste des candidats à la prochaine place vacante.

DISCUSSION

M. VERNEUIL. Pour compléter le rapport de M. Ledentu, je dirai que la guérison ne s'est pas maintenue. Une petite ulcération a reparu sur la cicatrice, ce qui n'infirme en rien la théorie émise par M. Terrillon. L'amputation n'avait été faite, bien entendu, qu'après épuisement de tous les moyens ordinaires de traitement. J'ajouterai que la malade n'était nullement scrofuleuse, l'ulcère revêtait plutôt l'aspect syphilitique.

M. DOLBEAU demande au rapporteur si les deux ulcères dont il est question présentaient des analogies cliniques suffisantes pour les confondre dans un même groupe. L'un des malades paraît à M. Dolbeau avoir été atteint de pourriture d'hôpital.

M. LEDENTU. L'un des ulcères avait été caractérisé de pourriture scrofuleuse. L'autre avait un aspect pultacé. Ces deux caractères m'ont paru assez analogues pour justifier les conclusions de M. Terrillon.

M. DUPLAY a vu, dès le début, la malade de M. Verneuil. Jamais l'ulcère ne présenta les caractères de la pourriture d'hôpital. Il ressemblait à une gomme ulcérée. Le traitement spécifique n'amena aucune amélioration. La cautérisation au fer rouge parut d'abord réussir, mais la maladie reprit le dessus.

M. MARJOLIN. On se servait autrefois des appareils à incubation de J. Guyot. Peut-être en fit-on un usage immodéré dans le service de Breschet en particulier; mais c'est à tort qu'on les a complétement abandonnés. Pourquoi ne les avoir pas employés dans les deux cas qui font le sujet du travail de M. Terrillon? J'eus à traiter un ulcère tellement sordide que le pansement me rendit malade. Vingt-quatre heures de séjour dans la boîte à incubation suffirent pour faire disparaître l'odeur et la douleur. Le résultat fut surprenant.

M. LARREY regrette aussi l'oubli dans lequel sont tombés les appareils à incubation. Ils rendaient de grands services dans les spasmes, les douleurs des moignons.

M. VERNEUIL. Le pansement ouaté de M. Guérin, qui remplit à peu près les mêmes indications que les appareils à incubation, fut employé sans résultat aucun. Ces ulcères ont quelque chose de spécial que nous ne saurions actuellement bien définir.

M. DESPRÉS. Je ne voudrais dire qu'un seul mot, c'est que nos livres classiques renferment des exemples d'ulcères phagédéniques scrofuleux, scorbutiques ou syphilitiques, creusant en profondeur, qui représentent trait pour trait les faits qui vous ont été soumis par M. Terrillon.

LECTURE

M. le docteur Ch. Périer lit un travail intitulé : *Etranglement interne simulant une hernie ombilicale étranglée. — Opération le huitième jour; guérison.*

(Renvoyé à une commission composée de MM. Després, Horteloup, Tillaux.)

PRÉSENTATION DE MALADES

Tumeurs érectiles chez un enfant de onze mois. — M. GUÉNIOT. Ce petit malade, apporté récemment dans mon service, est

affecté de deux tumeurs. L'une siége exactement sur la ligne médiane, entre les sourcils, et l'autre occupe le cuir chevelu au niveau du pariétal gauche. Celle-ci, grosse comme un pois aplati, ne laisse aucun doute sur sa nature : c'est manifestement une tumeur érectile.

Quant à la première (de beaucoup la plus importante), elle a la forme d'un ellipsoïde peu allongé; son grand diamètre est vertical et son volume presque égal à celui d'une amande. On lui distingue deux portions : l'une centrale, culminante, composée d'un lacet très-serré de capillaires sanguines, offre, comme la tumeur du cuir chevelu, une coloration rouge vif. Cette portion est évidemment aussi de nature érectile. Facile à réduire par la pression, elle reparaît dès que l'on enlève le doigt et prend, sous l'influence des efforts et des cris, une extension plus grande. La seconde portion, sous-jacente à la première, déborde celle-ci en lui formant une zone circulaire d'environ 3 millimètres de largeur; c'est comme un disque épais, mou, élastique, dont la zone cutanée n'a pas changé de coloration. De même que la portion culminante, elle est réductible à la pression, mais à un moindre degré; comme elle aussi, on la voit se tendre et se développer pendant les cris de l'enfant. Bref, elle offre à la fois les caractères d'une tumeur veineuse sous-cutanée et quelques-uns de ceux d'une hernie des méninges.

Les rapports intimes qui existent entre ces deux portions de la tumeur rendent plus que probable leur conformité de nature. Il s'agit donc, selon toute apparence, d'une tumeur érectile occupant en même temps l'épaisseur de la peau et le tissu sous-cutané. Cependant, la coexistence d'une méningocèle ne me paraît pas impossible. Dans cette hypothèse, la gravité du pronostic serait tellement différente, qu'avant d'entreprendre une opération, j'ai voulu me renseigner sur ce point près de mes collègues. J'ajouterai que l'enfant se présente dans des conditions satisfaisantes de santé générale et qu'il porte, sur le haut du bras droit, une cicatrice de vaccine.

M. MARJOLIN croit à une tumeur érectile. Il regrette vivement que l'enfant ait été vacciné, car c'eût été là le cas de couvrir la tumeur de piqûres vaccinales.

M. BLOT ne croit pas à un encéphalocèle, bien que la tumeur siége sur la ligne médiane, à la racine du nez, où il en a vu un certain nombre. Il emploierait la cautérisation.

M. DEPAUL. La tumeur n'est pas un encéphalocèle parce qu'elle siége au-dessus de la suture des os du nez avec le frontal, point par où se fait la hernie du cerveau dans cette région. De plus, en la déprimant, on sent à sa base les vaisseaux variqueux.

M. FORGET ne croit pas non plus à un encéphalocèle à cause des pelotons veineux que l'on sent sous les doigts. Il injecterait du perchlorure de fer, de façon à momifier, à tanner la tumeur. Peut-être l'étreindrait-il à sa base à la manière de Rigal de Gayac.

M. SÉE traite en ce moment deux tumeurs érectiles à l'aide de sétons filiformes imbibés de perchlorure de fer. Le résultat est, jusqu'à présent, très-satisfaisant.

M. FAUCON (d'Amiens) présente à la Société un jeune garçon atteint d'ankyloses multiples. La mobilité a été ramenée dans les genoux à l'aide de mouvements imprimés doucement aux jointures pendant plusieurs mois. La même manœuvre faite pour les hanches a déterminé quelques accidents. M. Faucon demande à la Société s'il doit continuer d'agir avec douceur ou bien s'il doit tenter des mouvements forcés.

M. TILLAUX donnerait le chloroforme et tenterait le rétablissement des mouvements en employant une certaine force.

MM. MARJOLIN, PERRIN, PAULET et **FORGET** ne partagent pas cet avis. Ils repoussent tout traitement violent et conseillent à M. Faucon de continuer l'emploi des moyens de douceur.

La séance est levée à cinq heures et demie.

Le secrétaire : TILLAUX.

Séance du 5 novembre 1873. — Présidence de M. TRÉLAT.

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

CORRESPONDANCE

La correspondance comprend :

La *Gazette des Hôpitaux*; — l'*Union médicale*; — la *Gazette hebdomadaire*; — le *Progrès médical*; — la *France médicale*; — le *Mouvement médical*; — la *Tribune médicale*; — le *Bulletin général de thérapeutique*; — les *Archives générales de médecine et de chirurgie*; — la *Gazette médicale de l'Algérie*; — la *Gazette médicale de Strasbourg*; — le *Bordeaux médical*; — le *Marseille médical*; — *L'Art dentaire*.

M. MAGITOT fait hommage à la Société de la 2e édition de ses *Mémoires sur les tumeurs du périoste dentaire*.

M. H. DE BOYES adresse une observation intitulée : *Tumeur fibreuse et kystique des ovaires ayant causé la mort par obstruction intestinale*. (Commission : MM. Després, de Saint-Germain, Guéniot.)

M. DUBRUEIL. J'ai été chargé avec MM. Demarquay et Marjolin de rendre compte à la Société d'un mémoire présenté par M. Dieulafoy dans une de nos précédentes séances; mémoire qui a pour sujet la ponction suivie d'aspiration dans les cas d'entérocèle étranglée.

La ponction de l'anse intestinale étranglée n'est pas chose nouvelle. On la trouve employée par Ambroise Paré, et il n'y a pas bien longtemps que Giraldès a cherché à poser en précepte la ponction du sac d'abord, celle de l'intestin ensuite. Mais cette pratique n'avait pas prévalu. Seule, la ponction n'avait aucune efficacité, rien ne sortait par le trocart explorateur, et cette petite opération n'apportait aucun élément nouveau dans l'état de la tumeur.

L'application aux hernies étranglées de la méthode à laquelle M. Dieulafoy a attaché son nom, présente une réelle importance. Cette opération consiste dans la ponction de l'anse intestinale étranglée faite avec une aiguille de 1 millimètre de diamètre, mise en rapport avec un appareil dans lequel le vide a été préalablement fait. C'est ce que l'auteur appelle l'aiguille armée du vide.

L'innocuité de la piqûre de l'anse intestinale faite avec un instrument d'aussi petit calibre peut être admise sans difficulté, bien que, comme le faisait déjà observer Dupuytren, la strangulation de l'intestin doive créer des conditions nouvelles au point de vue de l'obturation de la plaie, les conditions de la couche musculaire et le boursouflement de la muqueuse ne pouvant sans doute se produire comme à l'état normal. Les observations consignées dans le travail qui nous a été présenté établissent, du reste, que dans les cas où elle a été inutile, la ponction est demeurée inoffensive.

Voici le bilan de l'aspiration appliquée aux hernies : 27 cas sont relatés dans le mémoire de M. Dieulafoy (depuis, il en a été signalé deux autres, dans lesquels l'aspiration a été suivie de succès, mais je m'en tiens aux chiffres du mémoire).

Dans ces 27 cas, l'aspiration avait été suivie d'un taxis infructueux et comme un moyen ultime après lequel devait immédiatement commencer l'œuvre du bistouri.

17 fois elle a donné des succès, entre autres entre les mains de MM. Dolbeau, Labbé, Duplay.

Dans 4 cas, l'aspiration n'a procuré aucun résultat, et la kélotomie a permis de sauver les malades.

Dans 3 cas, après l'insuccès de la ponction, on a eu recours au débridement, qui a été suivi de mort.

Sur deux malades, M. Panas essaya en vain de pénétrer avec l'aiguille dans l'anse intestinale; il pratiqua la kélotomie, et ses deux opérés succombèrent.

Pour une hernie inguinale irréductible, mais non étranglée, M. Fleury ponctionna vainement à plusieurs reprises. Le malade eut quelques vomissements, et ennuyé de l'inefficacité du traitement, il finit par quitter l'hôpital.

Je crois qu'il est permis d'éliminer de la statistique les cas de M. Panas, sur lesquels je reviendrai tout à l'heure, et celui de

M. Fleury. Le premier n'a pas ponctionné l'intestin; l'autre a enfoncé son aiguille dans une hernie qui n'était pas étranglée. Il est rigoureusement impossible de classer ces faits parmi ceux de ponctions d'entérocèle étranglée.

J'élimine donc ces observations.

Les résultats obtenus, en prenant le chiffre 100 comme étalon, donnent : 70,8 de succès et 29,2 d'insuccès.

Parmi les cas de succès se trouvent deux faits d'exomphale, et l'on sait quelle est la fin des exomphales étranglés.

Je dois maintenant signaler les reproches que l'on peut adresser à la ponction, son innocuité étant mise hors de cause.

Elle est difficile à pratiquer, dit M. Panas, dont l'aiguille n'est pas allée au delà du sac.

En présence de l'impossibilité où s'est trouvé notre habile confrère d'enfermer son trocart dans l'anse intestinale, je ne me permettrai pas de révoquer en doute la difficulté de cette manœuvre.

Je ferai cependant observer que, seul de tous ceux qui ont tenté cette opération, M. Panas n'a pu, après quelques tâtonnements, introduire son trocart dans l'intestin.

Une objection plus sérieuse qu'on peut adresser à l'opération de M. de Dieulafoy, c'est de faciliter la réduction d'une hernie, alors que déjà la gangrène ou l'ulcération au niveau du collet du sac en contre-indiquent formellement la réduction, et partant, de nécessiter de la part de l'opérateur une grande prudence. Mais n'en est-il pas de même du taxis? Et si nous devions bannir de notre arsenal tous les instruments dont l'application intempestive peut produire des désastres, nous resterions complétement désarmés.

On peut, je crois, adopter sans réserves les deux premières conclusions, que M. Dieulafoy établit à la fin de son mémoire, à savoir que la hauteur de l'anse intestinale avec un trocart de 1 millimètre est inoffensive, et qu'il est indiqué de recourir à cette manœuvre dans les cas d'entérocèle étranglée, sauf ceux où l'on peut craindre une gangrène ou une ulcération de l'intestin.

Quant à la troisième conclusion, par laquelle l'auteur pose en principe que le traitement d'une hernie étranglée doit débuter par l'aspiration, et que le taxis ne doit être tenté qu'après, elle ne me paraît pas acceptable.

Le taxis bien fait est inoffensif, et de plus, dans le nombre de cas, c'est un élément presque indispensable du diagnostic.

En somme, je crois que l'application de la ponction aspiratrice aux entérocèles étranglées réalise un progrès sérieux dans la thérapeutique de cette redoutable lésion.

M. VERNEUIL. J'ai employé trois fois la ponction aspiratrice dans le traitement des hernies étranglées. Dans un premier cas, la ponction me permit de préciser le diagnostic. Le taxis fut néanmoins infructueux, et le débridement fut nécessaire. Cette observation a du reste été publiée.

Dans le second cas, il s'agissait d'une hernie crurale. La ponction du sac seul amena l'issue de 15 à 20 grammes de liquide environ. Cela suffit pour faciliter le taxis, qui réussit complétement, grâce sans doute à la pression directe sur l'intestin.

Enfin, hier soir, j'ai ponctionné le sac herniaire pour un cas qui mérite quelque intérêt à un autre point de vue. Il s'agissait, en effet, d'une variété très-rare de hernie, de la hernie *oblique intense*. C'est la troisième fois que j'observe cette hernie. La première observation date de dix ans; les deux autres sont récentes.

Dans le cas actuel, il s'agit d'un adulte vigoureux atteint depuis longtemps d'une hernie inguinale gauche. Un médiocre bandage n'empêchait pas la hernie de sortir de temps en temps, mais la position horizontale, et une légère pression suffisaient à la faire rentrer. Dimanche dernier, la hernie sortit, mais la manœuvre habituelle ne réussit pas cette fois. Un médicastre, appelé aussitôt, pratiqua sans succès, pendant cinq quarts d'heure, un taxis brutal. Le lendemain, un médecin sérieux fit de nouveau et sans résultat un taxis modéré, donna un purgatif, appliqua de la glace sur la tumeur. Je fus appelé auprès du malade, le mardi, à cinq heures du soir. La tumeur siégeait à gauche; elle était verticale, bilobée, très-molle en bas; toutefois, par le toucher, je ne sentais nulle part le testicule (le malade était monorchide). Une ponction aspiratrice, pratiquée dans le sac, retira une seringue et demie environ de liquide. Le diagnostic devint alors facile. Le testicule était isolable, et l'on sentait le pédicule de la hernie au niveau de l'orifice interne du canal. Le taxis, pratiqué aussitôt avec le chloroforme, réussit complétement.

La ponction aspiratrice n'a donc pas seulement pour résultat de favoriser la réduction de l'intestin étranglé, elle peut encore aider puissamment à établir un diagnostic précis.

M. TRÉLAT a pratiqué une opération analogue à celle relatée par M. Verneuil sur un jeune garçon de douze ans affecté d'une hernie inguinale congénitale irréductible, et ne présentant pas toutefois d'accidents d'étranglement. La tumeur, qui était scrotale, présentait trois parties distinctes : une supérieure ferme, une moyenne transparente, une inférieure constituée par le testicule. Le liquide ayant été évacué par la ponction aspiratrice, je puis réduire à l'aide d'un taxis modéré.

M. SÉE ne voit pas que l'aspiration ait rien à faire dans les cas que l'on vient de citer. Un trocart ordinaire eût produit absolument le même résultat.

M. VERNEUIL accepte cette observation, tout en faisant remarquer que l'aspiration facilite singulièrement l'issue du liquide à travers un petit trocart.

M. DESPRÉS. Je ne sais pas si la Société a l'intention de discuter ce grave sujet. Pour ma part, je suis prêt à montrer que les ponctions évacuatrices dans les hernies étranglées ne donnent point ce qu'on leur avait fait promettre. Je proteste contre ces tentatives et les expériences qui conduisent à temporiser là où il faudrait sans hésiter faire la kélotomie. C'est ainsi que l'on est arrivé, dans notre pays, à posséder des statistiques de kélotomie dans les hernies étranglées s'élevant à un chiffre de mortalité de 86 p. 100, tandis que les statistiques anglaises donnent des mortalités de 30 et 50 p. 100 au maximum. Les statistiques des hôpitaux de Paris, en effet, les trois seules qui aient été publiées, donnent les résultats suivants : en 1861, 86 p. 100 de mortalité pour l'opération de la hernie étranglée; 1862, 76 p. 100, et 1863, 79 p. 100; ce qui fait une moyenne de 80 p. 100 pour les trois années. Ces résultats me paraissent dus à la série d'essais qui ont été proposés contre plusieurs desquels je me suis élevé déjà, et qui ont pour effet de retarder l'opération de la hernie étranglée.

M. DUBREUIL. Les statistiques dont parle M. Després n'ont aucun rapport avec les opérations de M. Dieulafoy. Les aspirations n'aggravent en aucune façon la maladie, et elles sont précieuses si elles arrivent à diminuer la mortalité.

La Société procède à la nomination, au scrutin, de la commission chargée d'examiner les travaux adressés pour le concours du prix Laborie. Cette commission se compose de MM. Chassaignac, Panas, Perrin, de Saint-Germain et Sée. *(A suivre.)*

SOUSCRIPTION

en faveur de la veuve et des quatre enfants d'un confrère.

(4e liste.)

Dr Jablonski (Joseph-Alex.-Napoléon).	5 francs.
Dr Jablonski fils (Jean), à Celles....	5 —
Dr Giberton-Dubreuil, à Rion.......	5 —
Dr G***, à Pont-de-Roide..........	5 —
Z. Choisil, étudiant en médecine....	5 —
Dr Boireau, à Conflans-Ste-Honorine.	5 —
Dr Louis Filleul, à Senonche........	5 —
Dr A. B***, à Lyon................	10 —
Dr Charles Bernard................	10 —
Dr Passant......................	10 —
Dr Bosc, à Ferrières-Gâtinais.......	15 —
Dr Roché, à Toucy................	20 —
Dr Rafaillac, à Margaux...........	20 —
Listes précédentes................	498 —
Total........	618 francs.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Faculté de médecine de Montpellier. — M. Estor (Pierre-André-Marie-Alfred), docteur en médecine, est nommé professeur de médecine légale et toxicologie à la Faculté de médecine de Montpellier.

— *Corps de santé militaire.* — Par décret du 25 novembre 1873, MM. de Fornel, Dupont et de Villario, ont été nommés médecins aides-majors de 2e classe.

— *Lycée de Belfort.* — MM. les docteurs Petitjean et Bernard sont nommés médecins du lycée de Belfort (emplois nouveaux).

Le Directeur : Dr E. Le Sourd.

Paris. — Typographie A. Pougin, quai Voltaire, 13.

N° 142. — MARDI 9 DÉCEMBRE 1873. 46e ANNÉE. MARDI 9 DÉCEMBRE 1873. — N° 142.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

Le prix d'abonnement
doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois

La Lancette française

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Bureaux : 57, rue des Saints-Pères, 57
PRÈS L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

On s'abonne hors de Paris
dans les bureaux des Messageries et chez les Libraires
Les lettres non affranchies sont refusées.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui n'en peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS : Trois mois. . 8 fr. 50 c. Six mois. . 16 — Un an. . . 30 —

POUR L'ÉTRANGER le port en sus suivant les derniers tarifs des Postes.

Paris, le 8 décembre 1873.

SÉANCE DE L'ACADÉMIE DES SCIENCES

M. le Président annonce à l'Académie la perte qu'elle vient de faire dans la personne de M. A. de la Rive, l'un de ses associés étrangers, décédé à Marseille, le 27 novembre 1873, en se rendant de Genève à Cannes. M. Dumas, secrétaire perpétuel, prend la parole immédiatement après pour dire « que l'Académie partage l'émotion de la ville de Genève, qui rend pieusement, à cette heure même, les derniers devoirs à l'un de ses plus illustres et de ses meilleurs citoyens; elle s'associe à tous les sentiments dont sa population est pénétrée. » M. Dumas esquisse ensuite à grands traits les principaux titres scientifiques de M. de la Rive; il mentionne le traité qu'il a publié sur l'électricité et ses nombreux travaux sur la même matière; il rappelle enfin que, « le premier, il a montré qu'à l'aide de dissolutions alcalines on peut argenter et dorer solidement le laiton par des moyens galvaniques, et qu'il a fixé ainsi le principe qui sert de base à la grande industrie à laquelle Elkington, Ruolz et Christofle ont, plus tard, attaché leur nom. »

— M. Faye ne se tient pas pour battu, et, dans une communication remarquable de clarté, il expose sa théorie touchant la formation des trombes terrestres. « Rien n'est plus simple, dit l'honorable académicien, que le mouvement vertical d'une colonne d'air ascendante; un léger excès de température suffit pour déterminer l'ascension d'une masse d'air, et l'on se figure aisément, sans plus y penser, qu'un tel mouvement puisse être, à l'occasion, accompagné d'un léger tourbillonnement autour de l'axe de la colonne ascendante. On observe journellement ces phénomènes dans les flammes et dans les colonnes de fumée de nos cheminées quand l'air est calme. » Ce sont ces phénomènes si naturels, si communs, si vulgaires qui, d'après M. Faye, ont conduit la plupart des météorologistes à penser que les trombes se produisent par un procédé analogue, c'est-à-dire par le mouvement ascendant d'une certaine masse d'air. Ce préambule était assurément une manière habile de poser le problème, et il ne restait plus qu'à démontrer l'impuissance, voire même l'inanité des explications que donnent les partisans de la formation des trombes par le mouvement ascendant de l'air. M. Faye s'est acquitté de cette tâche avec un brillant succès. Il a démontré point par point que tous les motifs, toutes les raisons invoquées pour expliquer la formation des trombes par un mouvement ascendant sont inadmissibles ou puérils. M. Faye a ensuite exposé la manière dont il comprend la formation de ce phénomène. Selon l'honorable académicien, la trombe est une sorte de machine, un appareil de transmission dont la force est dans les nuages et dont l'extrémité représente un outil prêt à agir sur tout obstacle qu'on lui présente. La force est fournie par les vastes courants gazeux qui envahissent les régions supérieures de l'atmosphère. « Non pas, dit M. Faye, que les courants engendrent d'eux-mêmes des trombes; mais nous savons par l'exemple journalier de nos cours d'eau que, partout où un fluide se meut horizontalement sous forme de courant, il suffit d'une différence de vitesse, d'une tranche à l'autre, pour donner naissance à un mouvement gyratoire. » C'est ce que les navigateurs appellent des remous, et, pour qui connaît la puissance gyratoire de ces phénomènes, la comparaison paraîtra tout à fait juste.

« La trombe ainsi comprise, dit M. Faye, est comme une gigantesque tarière qui perce les couches successives de l'atmosphère et qui parvient enfin au sol sans avoir presque rien perdu de son énergie. Au moment où elle le touche, elle agit contre sa résistance et produit un travail dévastateur, stricte représentation de la force vive qu'elle a emmagasinée par en haut. Si elle rencontre une vallée où sa pointe cesse de toucher le sol, le travail cesse aussitôt; mais alors la pointe recommence à descendre et ne tarde pas à reprendre son ravage. Celui-ci est étroitement limité au cercle que le pied de la trombe embrasse; cependant l'air froid qui s'en échappe et se réchauffe, rebondit sur le sol et remonte tumultueusement tout autour de la trombe. Aussi la voyons-nous sur terre entourée, au pied, d'un nuage de poussière ascendante, et sur mer d'un nuage d'écume. C'est ainsi qu'elle entraîne en haut des corps légers, après les avoir glacés de son souffle; mais jamais elle ne les fait passer par son canal, comme l'ont cru tant de témoins. »

Nous ne voulons pas nous prononcer sur une question aussi délicate; mais nous croyons pouvoir dire que la théorie de M. Faye est celle qui explique le mieux l'ensemble des phénomènes observés en ce qui concerne la formation et la progression des trombes.

— L'enquête sur l'influence du plomb employé dans les conduites d'eau est toujours ouverte. Nous signalerons aujourd'hui une

note de M. Bobierre, qui démontre une fois de plus que les eaux potables, en général, n'attaquent pas les tuyaux de plomb; mais il résulte des faits observés par l'auteur *que le plomb est attaqué si la surface métallique est alternativement en contact avec l'air et avec l'eau.* Il est évident qu'en cherchant bien on finira par trouver des conditions dans lesquelles les tuyaux de plomb peuvent être nuisibles; mais, si l'on entre dans cette voie, quel est l'engin, l'instrument qu'on ne pourrait pas signaler comme dangereux au public? Qu'on indique les dangers du plomb; qu'on fasse connaître les conditions dans lesquelles ce métal peut être nuisible. Rien de mieux. Mais conclure du danger d'une substance à sa suppression absolue, c'est tomber dans une exagération peu philosophique. Parmi les médecins qui ont signé la *guerre au plomb*, en est-il beaucoup, si toutefois il y en a, qui ont observé l'intoxication saturnine par l'usage des eaux de la ville? C'est ce qu'il serait important de savoir. Ces données précieuses nous seraient assurément plus utiles que les expériences des chimistes.

— M. Becquerel présente, au nom de M. Onimus, une note intitulée: *De la différence d'action physiologique des courants induits, selon la nature du fil métallique formant la bobine induite.* M. Onimus a fait construire des bobines identiques, mais avec des fils de nature différente: avec des fils de cuivre, des fils de plomb, des fils d'argentan. « Sur les nerfs et sur les muscles de l'homme sain, dit M. Onimus, les effets de la secousse ont été différents, selon la nature du métal, et l'on peut dire, d'une manière générale, que, lorsque le fil de la bobine induite est formé par un métal mauvais conducteur de l'électricité, la contraction est plus forte, et l'impression sur les nerfs cutanés moins vive qu'avec des fils bons conducteurs, comme le cuivre par exemple. »

— M. Cl. Bernard présente, au nom de M. L. Rouvier, une note *Sur les éléments conjonctifs de la moelle épinière.* D'après les travaux les plus récents, le tissu conjonctif des centres nerveux serait essentiellement formé par des cellules spéciales dont les prolongements enchevêtrés, anastomosés entre eux composeraient à eux seuls le stroma fibrillaire des centres nerveux. Ces cellules découvertes et figurées par Deiters, portent le nom de leur inventeur. Si cette manière de voir était fondée, il y aurait une différence morphologique importante entre le tissu conjonctif du système nerveux central et celui des autres parties. Cette différence, d'après M. Rouvier, n'existe pas, et les personnes compétentes qui ont pu voir ses préparations, remarquablement ingénieuses, partagent le même avis. Pour lui, le tissu conjonctif de tout le système nerveux est construit sur le même type, par des faisceaux de fibrilles connectives et des cellules plates. « Il se montre, dit l'auteur, avec les mêmes caractères dans tous les organes où je l'ai étudié jusqu'à présent, et en particulier dans les cordons périphériques; seulement, dans les centres nerveux, le rapport des faisceaux et des cellules est tel, que les figures qui en résultent en ont imposé aux histologistes pour des cellules ramifiées. »

HOPITAL DES ENFANTS MALADES. — M. Bouchut.

Endo-péricardite et myocardite. — Épanchement séreux considérable du péricarde devenant hémorrhagique. — Huit ponctions du péricarde avec l'appareil aspirateur. — Deux ponctions du cœur sans accident. — Mort et autopsie.

La péricardite avec épanchement considérable amenant l'anoxémie ou l'asphyxie et nécessitant la ponction du péricarde n'est pas une maladie très-commune, et les faits de ce genre méritent d'être étudiés avec soin dans leurs plus petits détails. Comme d'ailleurs la paracentèse du péricarde vient d'entrer dans une nouvelle phase due à l'invention des appareils aspirateurs et que le traitement de cet épanchement péricardique a eu lieu au moyen de ce nouveau procédé, je vais vous exposer la situation de l'enfant et les motifs qui m'ont conduit à entreprendre cette opération.

Marguerite B..., âgée de onze ans et demi, entrée le 11 octobre 1873, salle Sainte-Catherine, lit n° 16.

Cette enfant est malade depuis six semaines. Le mal, qualifié de pleurésie, a débuté par des frissons, suivis de fièvre, de maux de tête et un point de côté à gauche. Elle porte des traces nombreuses de vésicatoires appliqués sur le côté gauche du thorax, en avant et en arrière.

État actuel. — Visage pâle et traits amaigris, mais n'exprimant pas la souffrance.

Pouls à 152; 44 respirations par minute. — L'enfant reste assise pour diminuer l'oppression, et elle ne peut s'allonger sur le dos ni se coucher sur les côtés.

Dans la poitrine, en avant, peu de sonorité sous les clavicules.

En arrière, sonorité dans le tiers supérieur.

Submatité en bas, des deux côtés, surtout à gauche. A la base de ce côté, respiration faible, sans égophonie. A droite et en bas, respiration un peu rude.

Des deux côtés, à la base, râles très-abondants, fins et humides; mais, à gauche, il y a un bruit de frottement ascendant très-prononcé. Voussure précordiale énorme; matité étendue de la seconde côte à l'appendice xyphoïde et du bord droit du sternum au mamelon gauche, mesurant 15 à 16 centimètres de haut sur 14 de large. Battements du cœur sourds, éloignés, peu sensibles à l'oreille et à la main, sans bruit anormal.

Je diagnostique une péricardite avec myocardite produisant l'excessive fréquence des battements cardiaques.

Le 14 octobre, une première ponction du péricarde, faite dans le cinquième espace gauche, à 1 centimètre et demi du bord du sternum, livre passage à 320 grammes environ d'un liquide citrin un peu louche. Après la ponction, la voussure diminue; la matité ne commence plus qu'à la troisième côte et n'a que 10 centimètres de haut sur 7 de large. Les battements de la pointe sont plus énergiques et se perçoivent dans une étendue plus grande. On ne perçoit pas de frottements. Le soulagement est immédiat, la dyspnée diminue beaucoup. L'enfant peut se coucher. Le pouls, toujours régulier, garde une fréquence excessive.

Prescription: looch blanc, du laitage, un œuf, continués pendant les jours suivants.

Le 18 octobre au matin, la dyspnée reparaît; l'enfant est plus mal. Le pouls est à 180 et la température à 38°. Je fais une seconde ponction à côté de la première. Je retire 510 grammes d'un liquide roussâtre qui se coagule spontanément en un caillot peu cohérent et renfermant un peu de sang.

Pas de frottement ni de souffle cardiaque après la ponction. A la suite de cette ponction, l'amélioration n'est pas aussi sensible; l'enfant a, dans la journée, du frisson; elle se plaint constamment de froid; néanmoins elle continue à manger. Le soir, elle est baignée de sueur avec un pouls très-fréquent et une température de 39°,4.

Les jours suivants, même état; les bruits du cœur deviennent plus profonds et l'ondulation précordiale moins nette. Le pouls se conserve à 180; la respiration reste à 40; la température est de 40°,4.

Même prescription.

21 octobre, troisième ponction au même endroit. On retire 150 grammes environ d'un liquide chargé de sang. Cette ponction amène un soulagement momentané, et après je constate une diminution de la matité cardiaque, du frottement péricardique à la base du cœur et en dehors du mamelon un souffle au premier

temps ayant pour siége l'orifice mitral. Le pouls, un peu plus fort. La respiration ne se modifie pas. — T. A. 40°,8.

Les jours suivants, l'enfant baisse visiblement; elle est très-abattue. Dans la poitrine, les signes constatés à la base du poumon gauche ne se sont guère modifiés; la matité précordiale a un peu diminué. La température reste entre 40° et 40°,4. Il reste encore du frottement péricardique et un souffle mitral au premier temps.

Le 24 octobre, quatrième ponction au même endroit. Elle ne donne pas de liquide et n'est suivie d'aucune aggravation de symptômes. Les battements du cœur sont assez superficiels, toujours aussi fréquents. Il n'y a plus ni souffle mitral, ni frottement péricardique. L'enfant a un peu de subdélirium.

Le 28 octobre, cinquième ponction. On vide deux fois l'appareil aspirateur, qui est plein d'un liquide sanguinolent non coagulable. Cela fait 220 grammes. La troisième fois, il se remplit de sang presque pur, environ 80 grammes. Cette dernière partie se coagule spontanément, et le trocart est fortement agité d'oscillations isochrones à la systole cardiaque.

Pendant le temps que j'avais mis à retirer la tige du trocart et à rejeter l'aspirateur, il se fit, à deux reprises différentes, comme un bruit d'aspiration d'air dans le péricarde.

Durant l'écoulement de la partie formée de sang pur, les battements du cœur agitaient violemment la tête de l'aspirateur.

Après la ponction, pas de modification de l'état général, pas d'aggravation. Toujours même fréquence du pouls et de la respiration : 160 pulsations ; 48 respirations ; température, 40°,2.

Dans la poitrine, il y avait toujours des râles fins, à gauche, en bas et en arrière. Ces accidents thoraciques, qui ont persisté pendant presque toute la durée de la maladie, sauf les derniers jours, présentaient une mobilité remarquable. On les constatait un jour ; le lendemain, ils avaient diminué, et réciproquement.

Les jours suivants, l'enfant prit chaque jour *vingt* gouttes de teinture de digitale. La température tomba à 36° ou 36°,8, et le pouls tomba passagèrement à 120 ; mais il remonta bientôt à 140, puis à 160.

Depuis la dernière ponction, on constatait, à la percussion, derrière le sternum, dans sa moitié supérieure, un bruit tympanique, tout à fait comparable au bruit skodique. En auscultant à ce niveau, on entendait faiblement le murmure vésiculaire. La pointe du cœur battait toujours en bas, sur les limites inférieures de la matité. Les bruits étaient assez nets, et le choc perceptible au-dessous du mamelon, dans une certaine étendue. Pas de souffle, pas de frottement.

Le 4 novembre au matin, je trouve la matité revenue à 15 centimètres de hauteur et les bruits du cœur fort éloignés. L'enfant est toujours affaiblie et baignée d'une sueur froide. Je fis une sixième ponction et retirai 150 grammes d'un liquide séreux chargé de sang mais non formé de sang pur. Le pouls restait à 160 et la température à 35°,4, 36°,5, 37°,2, 38°. Dans les jours suivants, même état général.

Même prescription.

Le 11 novembre, la matité et la gêne respiratoire étant revenues, je pense qu'il est utile de faire une septième ponction ; elle est pratiquée au même endroit. La ponction livre passage à 330 grammes environ d'un liquide chocolat non coagulable qui s'écoule lentement. Pendant la ponction, l'enfant tousse plus que les autres fois, et à chaque effort de toux, le liquide s'écoule avec plus d'abondance.

Peu de changements après la ponction. Le pouls, toujours régulier, garde sa fréquence, 152, et la température monte à 38°. Dans la poitrine, les signes d'inflammation et de congestion diminuent beaucoup. La digitale que l'enfant continue à prendre ne fait plus évidemment aucun effet; elle est supprimée.

Les jours suivants, l'état local restant le même, l'état général s'aggrave beaucoup ; les traits s'altèrent de plus en plus; le pouls monte à 200; la respiration à 60; la température varie de 38°,2 à 39°,6 et 40°6.

Le 14 novembre au matin, l'enfant est très-mal, et néanmoins, du côté du cœur, il semble qu'il y ait peu d'épanchement, car cet organe bat visiblement dans le cinquième espace costal. Ses pulsations sont très-nettement perceptibles à la vue, au toucher et à l'oreille. Dans le doute, je fis une huitième ponction, toujours au même endroit. L'instrument étant mis à sa place, il se fait, par la canule du trocart, une légère absorption d'air. L'aspirateur adapté, il ne s'écoule rien qu'un peu d'écume blanchâtre. J'enfonce davantage la tige, et il pénètre alors dans l'appareil un jet de sang noir tout pur en même temps que l'instrument est agité comme les aiguilles que l'on place dans le cœur des animaux pour les démonstrations de physiologie. Naturellement on s'arrête. Après la ponction, en auscultant la région rétrosternale, on entend un bruit de gouglou. En deux mots, l'air est passé dans le péricarde par les mouvements du cœur, ce bruit, dont les oscillations étaient isochrones à celles du cœur, a persisté jusqu'à la mort. Il n'y a pas eu, après la ponction, d'aggravation immédiate.

L'enfant s'est éteinte graduellement, et elle est morte le 17 novembre au matin.

Nécropsie. — En examinant le sujet, on trouve un infarctus hémorrhagique sous-cutané siégeant à la partie interne du bord inférieur de la rotule droite.

Le corps se trouvant dans le décubitus dorsal, on remarque un défaut de symétrie de la poitrine. Le côté gauche est manifestement dilaté.

A l'ouverture de la cavité abdominale, il y a adhérence des viscères. La partie inférieure de l'abdomen est le siége d'un épanchement de sérosité que l'on peut évaluer à un litre environ.

Le bord inférieur du foie déborde le rebord des fausses côtes dans la longueur de trois travers de doigt à peu près ; l'estomac, distendu par des gaz, descend au-dessous de l'ombilic.

En ouvrant la poitrine, on rencontre un léger épanchement sanguin situé sur le péricarde, au niveau des points ponctionnés. Le péricarde, distendu par du liquide, occupe toute la partie antérieure du thorax, des deux côtés. Il remonte en haut, jusqu'au niveau des clavicules, et dépasse en bas le cinquième espace intercostal. Latéralement, il a refoulé les poumons profondément.

A l'ouverture du péricarde, il s'écoule de la cavité séreuse près de 800 grammes d'un liquide sanieux d'une couleur chocolat, d'une densité plus grande que celle du liquide évacué par les paracentèses successives. Le péricarde, considérablement épaissi, est recouvert d'un dépôt fibrineux, qui lui donne un aspect lardacé, rugueux et inégal.

Le cœur, complétement enveloppé par un enduit semblable à celui du péricarde, surnage et occupe la partie antérieure et superficielle de l'épanchement ; son épaisseur est considérablement augmentée par le dépôt fibrineux. Vers le bord inférieur droit, les fausses membranes atteignent 8 à 9 millimètres d'épaisseur, tandis que la paroi ventriculaire, à cet endroit, ne dépasse pas un demi-centimètre. La valvule tricuspide présente, à son bord libre, quelques traces d'une endocardite légère ; rien aux sigmoïdes pulmonaires.

La valvule auriculo-ventriculaire gauche est le siége d'une endocardite végétante assez intense ; le bord libre est notablement épaissi.

Les sigmoïdes aortiques sont également rouges et boursouflées.

Les poumons sont profondément refoulés et réduits en un assez petit volume de chaque côté de la colonne vertébrale.

Il y a quelques adhérences des plèvres pariétales et costales ; les lobes pulmonaires sont unis entre eux par une pleurésie adhésive, sans trace d'épanchement.

La face inférieure des deux lobes de la base est le siége d'une pleurésie qui les fait adhérer à la face supérieure du diaphragme.

La surface des deux poumons présente un assez grand nombre de granulations demi-transparentes. A la partie postérieure du lobe inférieur gauche, on trouve une masse caséeuse, dure, du volume d'une petite noix, assez superficiellement placée ; quelques noyaux caséeux, durs, plus petits, se trouvent autour d'elle. Le poumon droit n'offre que quelques petites masses d'aspect caséeux.

Le foie présente son volume normal ; sa face supérieure est intimement unie à la partie correspondante du diaphragme. A sa surface, on trouve un assez grand nombre de granulations demi-transparentes. La rate est molle, un peu diffluente ; son volume n'offre rien de particulier. A sa surface extérieure, on trouve des traces d'inflammation caractérisées par des fausses membranes. Les granulations que l'on y rencontre sont plus nombreuses que sur le foie.

Les reins présentent un peu de congestion ; pas de granulations, pas de changement de volume.

Le péritoine offre à peine quelques granulations. Rien de particulier à noter dans le cerveau.

Chez cette enfant, la nécropsie a confirmé l'exactitude du diagnostic et justifié la paracentèse du péricarde. Je reviendrai dans quelques instants sur les opérations que j'ai faites, mais avant, je veux m'arrêter sur les résultats de la nécropsie.

Le péricarde renfermait 810 grammes de liquide chocolat, et formait une poche qui allait d'un mamelon à l'autre et remontait jusqu'en haut du sternum. Le liquide occupait la partie déclive et le cœur, dilaté, surnageait. Cela expliquait pourquoi durant la vie on voyait battre le cœur dans le cinquième espace intercostal, et pourquoi on le tenait sous la main et sous l'oreille, de façon à faire croire qu'il y avait peu de liquide et à faire hésiter sur l'indication de la paracentèse. Cela est très important. En effet, cette situation du cœur, relativement à l'épanchement, est la cause de la perforation de l'organe à la sixième ponction. En présence de l'état superficiel du cœur, je vous disais : On ne devrait pas opérer, mais je suis si sûr de la présence du liquide, que cette contre-indication ne m'arrête pas. Vous verrez tout à l'heure ce qu'il est advenu.

Le péricarde pariétal et viscéral était couvert de fausses membranes épaisses anciennes, rugueuses, blanchâtres, caséeuses, sans vaisseaux apparents. Elles avaient en quelques points 1 centimètre d'épaisseur, tandis que la paroi du cœur n'en avait que la moitié. Elles étaient fort adhérentes, molles et en dégénération graisseuse, ce qui explique la possibilité de les traverser avec un instrument mousse.

Le cœur, aminci dans ses parois altérées, était également mou, friable et facile à traverser. On n'y trouvait la trace d'aucune blessure, et cependant la canule opératrice l'avait percé au moins une fois deux jours avant la mort.

Maintenant que vous avez en mémoire ces particularités cadavériques, voyons ce qui concerne la paracentèse du péricarde, ses indications et ses accidents, y compris la ponction du cœur.

(*A suivre.*)

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Séance du 10 mai 1873. — Présidence de M. LUNIER, président.

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

CORRESPONDANCE ÉCRITE.

Elle comprend : 1° une lettre de M. Lolliot, qui remercie la Société de lui avoir conféré le titre de membre titulaire.

2° Lecture de M. Chéron : *De la circulation cérébrale et des modifications que peuvent lui imprimer les courants électriques.* (Commission composée de MM. Lunier, A. Martin, Lolliot, rapporteur.)

M. ONIMUS lit un mémoire sur l'*Occlusion des orifices auriculo-ventriculaires et le jeu des valvules pendant la systole cardiaque.*

La plupart des médecins et presque tous les auteurs d'ouvrages classiques admettent sans discussion la théorie de l'occlusion des orifices auriculo-ventriculaires, que M. Duroziez a défendue dans l'avant-dernière séance. Pour tous ces auteurs, le mécanisme de l'occlusion de ces orifices se fait par un simple mécanisme de soupape, et le nom même de valvule fait supposer que celles du cœur agissent absolument comme celles des orifices artériels. On admet ainsi que le sang vient s'engouffrer dans ces membranes, et forme une sorte de dôme multiloculaire qui sépare l'oreillette du ventricule.

Cette théorie n'a pas été admise par les auteurs, qui se fondant sur la complète différence de structure qui distingue les valvules auriculo-ventriculaires des valvules sigmoïdes, ont fait intervenir l'action des muscles papillaires. Dans cette théorie indiquée par Parchappe, l'occlusion de l'orifice auriculo-ventriculaire se fait par une sorte d'engrènement des cordages tendineux et une disposition infundibuliforme de la valvule.

Dans un travail que nous avons publié il y a quelques années (*Études critiques et expérimentales sur l'occlusion des orifices auriculo-ventriculaires. — Journal d'anat. et de phys.*), nous avons déjà indiqué toutes les objections que l'on peut faire à ces théories ; mais celle qui nous paraît la plus erronée, est celle qui est classique, et qui veut que l'occlusion se fasse par le soulèvement des membranes par le même mécanisme qui a lieu pour les valvules artérielles.

Un premier fait très-facile à observer est le suivant : Si vous injectez de l'eau dans l'aorte, aussitôt les valvules sigmoïdes sont gonflées, et empêchent la plus petite portion d'eau de passer dans le cœur, tandis qu'en injectant de l'eau dans le ventricule, les valvules auriculo-ventriculaires n'empêchent nullement le passage du liquide dans les oreillettes, et la communication a lieu aussi facilement que s'il n'y avait pas de valvules.

D'un autre côté, si les valvules ferment l'orifice auriculo-ventriculaire gonflées et tendues par le reflux de l'ondée sanguine, il est évident que le sang qui se trouvera dans l'impasse auriculaire ne pourra être expulsé des ventricules. — Or, le ventricule se vide complètement, et à chaque contraction toute la quantité de sang qui se trouve dans le ventricule est expulsée.

S'il restait du sang dans le cœur, et en comparant l'action mécanique du cœur à celle d'un corps de pompe, nous aurions dans ce cas, ce qu'on appelle en mécanique un *espace nuisible*, et en supposant seulement que la quantité de sang qui resterait à chaque systole soit de 4 grammes, cela ferait, en vingt-quatre heures, une perte de travail de 720 kilogrammètres.

On comprend très-bien que le mécanisme si simple des valvules sigmoïdes ou des valvules veineuses, ait fait admettre un mécanisme semblable pour les valvules du cœur ; mais, sans même tenir compte de l'action des muscles papillaires, on voit combien cette théorie a de côtés défectueux. Elle ne peut d'ailleurs invoquer qu'un seul fait, celui que M. Duroziez nous a montré, en remplissant d'eau le cœur. On voit, dans ce cas, les valvules flotter au-dessus de l'orifice auriculo-ventriculaire, et s'adosser les unes aux autres. Mais cela tient justement à ce que dans le moment les muscles papillaires n'agissent pas, et que d'un autre côté les membranes étant plus légères que l'eau, doivent évidemment surnager. Ainsi, jamais, pendant la replétion des ventricules, ces valvules ne sont, comme on le dit, abaissées, elles restent toujours et forcément flottantes au pourtour de l'orifice, du moment que la partie inférieure du ventricule est remplie de sang. Mais du moment que le cœur entre en contraction, et que les muscles papillaires agissent, ces membranes sont attirées en bas, et suivant la direction des colonnes charnues.

En ouvrant le cœur d'animaux récemment tués, on peut quelquefois, par le galvanisme ou les irritations mécaniques, obtenir de légères contractions, et l'on voit alors parfaitement la valvule être attirée en bas. Malheureusement, il n'en est pas du cœur comme des autres muscles ; le galvanisme n'a que peu d'action sur ses fibres musculaires, et l'on ne peut jamais obtenir ainsi des contractions énergiques. Le meilleur moyen pour voir cette contraction des muscles papillaires est de couper vivement un des ventricules, tandis que le cœur se contracte encore ; on peut ainsi surprendre quelques contractions et s'assurer que les colonnes charnues s'ef-

facent presque complétement et attirent les franges valvulaires en bas et vers les parois ventriculaires.

Tous ceux qui ont fait ces expériences sont d'accord sur l'abaissement de la valvule.

« Il est hors de doute, dit Laennec (*Traité d'auscultation*, t. II, p. 419), que la contraction des muscles papillaires doit abaisser et non relever les valvules. »

Parchappe s'exprime ainsi (*Discours à l'Académie de médecine*, 1860) : « Que ces colonnes, ces valvules musculaires soient capables de se contracter et se contractent en effet au moment de la systole des ventricules, c'est ce qu'il était parfaitement inutile de démontrer expérimentalement, bien que j'aie été forcé de le faire par une expérience bien simple, qui consiste à irriter, avec la pointe d'un scalpel ou au moyen d'un courant électrique, les colonnes sur le ventricule ouvert d'un animal vivant ou venant de mourir. »

La sixième proposition du Comité de Londres est ainsi conçue : « Les colonnes charnues semblent agir en même temps que les parois des ventricules et attirer les valvules auriculo-ventriculaires vers l'intérieur des ventricules, de sorte que la pression du sang ne les ferme que légèrement. »

Reid dit n'avoir jamais perçu dans la systole l'élévation de la valvule, en introduisant le doigt dans l'oreillette d'un animal vivant (*Todd's Cyclopædia*, art. *Heart*).

Spring (*Mémoire sur les mouvements du cœur*. Bruxelles, 1860) s'exprime ainsi :

« L'abaissement actif opéré par les muscles papillaires est une vérité. » (P. 117.) Et ailleurs : « Pour ce qui regarde nos propres observations, nous avons vu et bien vu que les muscles papillaires se contractent dès le début de la période d'activité du cœur ; leur contraction est si forte que leur volume disparaît, c'est-à-dire qu'ils rentrent dans les parois charnues dont ils dépendent. Il est constant pour nous :

1° Que la valvule tricuspide et la valvule mitrale sont abaissées par la contraction des muscles ;

2° Que cet abaissement est brusque, momentané et accompagné d'une forte tension des valvules et des cordages tendineux ;

3° Qu'il a lieu au moment de la présystole. » (P. 118.)

Haller avait déjà dit : *Quod eodem tempore* (systole) *etiam musculi papillares cordis breviores redduntur.*

Kuerschner, Neyn, Purlayne, Ludwig, Kuss admettent tous que les valvules sont attirées vers la pointe par une contraction vigoureuse des muscles papillaires.

On peut donc dire que l'abaissement actif de la valvule opéré par les muscles papillaires est une vérité.

Parchappe et d'autres auteurs, pour expliquer l'occlusion des orifices auriculo-ventriculaires, supposent que les colonnes charnues s'emboîtent complétement l'une dans l'autre, et que toutes les franges ventriculaires convergent en un même point. Ce rapprochement nous paraît impossible, surtout pour le ventricule droit, où la disposition des valvules est telle que la formation de ce cône central ne peut se concevoir. Mais en supposant qu'on obtienne ce rapprochement, le sommet du cône ainsi formé, serait composé par des cordages tendineux, c'est-à-dire par une cloison à claire-voie, qui permettrait au sang de refluer du ventricule dans l'oreillette.

Il faut surtout tenir compte de la direction des muscles papillaires et de la direction des franges valvulaires. C'est ainsi que la grande valve de la valvule mitrale est toute droite, et par son abaissement elle sépare nettement le ventricule gauche en deux parties : la chambre auriculaire et la chambre aortique. Dans la valvule tricuspide, les muscles papillaires ont une direction rayonnée, et sont disposés de telle façon que leur contraction attire les franges valvulaires en bas et selon la courbure des parois ; par conséquent l'action de ces muscles et de ces tendons ne peut nullement imprimer la même direction aux franges valvulaires et les faire converger au milieu du ventricule. « J'ai essayé le galvanisme, dit M. Spring, et il m'a donné l'abaissement, c'est-à-dire l'ouverture de la valvule. Jamais je n'ai pu déterminer un mouvement qui aurait tendu au rapprochement des bords et, par conséquent, à la formation du cône vasculaire, que quelques-uns admettent. » (*Loc. cit.*, p. 114.)

« Pendant la systole, dit Ludwig, la cavité ventriculaire est effacée dans toutes ses parties, excepté près des orifices artériels. Pour que le sang qui se trouve près des orifices auriculo-ventriculaires *puisse être expulsé, il faut le concours des valvules attirées par les muscles papillaires.* Ces muscles proéminent dans l'intérieur du ventricule, et, au moment de leur contraction, ils *s'enfoncent dans les parois et attirent ainsi les franges valvulaires de haut en bas et de dedans en dehors* (*loc. cit.*, p. 81). »

On le voit donc, toutes ces théories ne sont vraies qu'en partie, et celle que nous avons proposée repose sur des faits physiologiques, et s'accordent parfaitement avec les observations cliniques.

(*A suivre.*)

VARIÉTÉS

Traité de médecine légale et de jurisprudence médicale (1), par M. le docteur Legrand du Saulle. — **Manuel complet de médecine légale**, par MM. Briand et Chaudé, 9e édition (2).

La médecine légale est décidément à l'ordre du jour. Voici deux ouvrages qui paraissent presque à la même heure, tous deux dignes d'occuper l'attention publique. L'un n'a vraiment besoin que d'une simple présentation. Quand on arrive à une neuvième édition, on a sa réputation faite ; et, certes, le Briand et Chaudé, comme nous l'appelions, a rendu de tels services que l'on trouverait peu de bibliothèques, non pas seulement de médecins, mais de magistrats, qui ne l'aient admis sur leurs rayons. Donc, salut et continuation de son succès au *Manuel complet de médecine légale* ; et abordons cette œuvre complétement neuve et de forme et de fond, que nous soumet aujourd'hui l'éminent expert près les tribunaux, M. Legrand du Saulle.

Une première chose frappe d'abord le lecteur, c'est l'idée très-originale et très-heureuse de présenter aux médecins un résumé de la jurisprudence médicale. Jusqu'à ce jour, cette partie de la science restait un peu lettre morte pour le médecin ; il fallait aller la chercher dans un excellent livre, du très-regretté M. Trébuchet. Aujourd'hui, le jeune médecin trouvera immédiatement un guide dans ses rapports avec la loi. Car M. Legrand du Saulle n'a pas cru pouvoir aborder ce que nous désignions sous le nom de médecine légale, sans étudier :

I. Les médecins dans leurs rapports avec le droit civil ;

II. Les médecins dans leurs rapports avec le droit administratif ;

III. Les médecins dans leurs rapports avec le droit criminel.

Ainsi se trouvent étudiés les médecins dans leurs rapports avec la justice.

Mais il ne suffit pas d'indiquer ce plan si net, si clair, si pratique : il faut parcourir ces deux cents pages consacrées à la jurisprudence médicale pour bien se rendre compte des services que le médecin en saura tirer.

Dans leurs rapports avec le droit civil, les médecins peuvent être appelés devant les tribunaux pour éclairer la justice sur une difficulté relative à une contestation civile. Quelles sont les principales contestations ? L'auteur nous fait passer successivement en revue :

1° L'opposition au mariage et les motifs d'opposition : démence, épilepsie avec folie.

2° La nullité de mariage : et par suite, l'impuissance, les erreurs sur le sexe, l'hermaphrodisme, les incapacités génitales naturelles.

3° La séparation de corps. — Excès, sévices et injures graves. Grossesse antérieure au mariage. Droit marital. Sodomie conjugale.

(1) Un fort vol. in-8. Prix : 16 francs. Paris, 1873. — Ad. Delahaye.

(2) Un fort vol. in-8. Prix : 18 francs. Paris, 1873. — J.-B. Baillère et fils.

Syphilis communiquée. Maladies diverses. Hystérie. Epilepsie. Folie.

4° L'action en désaveu et en contestation de légitimité : que l'enfant soit conçu et né pendant le mariage, ou conçu avant mais né pendant le mariage, ou enfin que l'enfant soit né après la dissolution du mariage.

5° L'action en contestation d'état proprement dite.

6° L'attribution de la paternité dans l'hypothèse de l'article 228 du code civil, lorsque la femme a contracté un nouveau mariage avant les dix mois révolus depuis la dissolution du mariage précédent.

7° La recherche de paternité et maternité naturelles.

8° La grossesse ou conception.

9° L'accouchement.

10° La viabilité.

11° Les questions d'identité.

12° L'âge.

13° Les questions de survie.

14° Les dons manuels *in articulo mortis*. Le médecin peut-il se charger de remettre à un tiers les objets qu'il aurait reçus d'un mourant ?

15° Les constatations de décès.

16° La question de savoir si telle personne déterminée jouissait de la plénitude de sa raison au moment où elle a fait un acte juridique.

17° Les questions médico-légales relatives aux contrats de rentes viagères. Morts rapides. Apoplexie. Attaque d'épilepsie.

18° Les rapports d'estimation.

Jusqu'ici le médecin n'est appelé devant les tribunaux que pour le compte d'autrui ; le voici maintenant pour son propre intérêt, et nous n'avons pas besoin de dire à nos confrères tout le côté pratique des questions suivantes traitées par l'auteur.

I. Des libéralités faites aux médecins par leurs malades.

II. Des honoraires des médecins qui ont donné à des particuliers les soins de leur art et de leur science. — Quels sont les cas dans lesquels les honoraires des médecins sont privilégiés? Par quel délai ils se prescrivent ? Quelle est la valeur de certaines conventions faites par les médecins relativement à leurs honoraires?

III. De la vente de la clientèle d'un médecin.

II

La deuxième partie étudie le médecin dans ses rapports avec le droit administratif.

III

Dans la troisième partie, l'auteur nous place en présence du droit criminel. Le médecin est appelé devant les tribunaux répressifs.

A. Pour éclairer la justice sur une question de sa compétence.

B. Pour rendre compte de délits ou de crimes commis dans l'exercice de sa profession.

Dans le premier cas, plusieurs questions importantes se présentent.

Quelles sont les autorités qui ont le droit de requérir les hommes de l'art pour une expertise? — Les hommes de l'art sont ils tenus d'obtempérer à la réquisition? — Quels sont les principes relatifs aux expertises judiciaires? — Quelles sont les règles des rapports faits en matière criminelle? — Quel serment prêtent les hommes de l'art, appelés soit pendant l'instruction, soit pendant les débats? Est-ce celui des témoins ou celui des experts ? — Quelles sont les règles des consultations médicales? — Quels sont, enfin, les honoraires alloués aux médecins requis en matière criminelle ?

Avant d'aborder ces problèmes si intéressants, un coup d'œil sur la police judiciaire n'était pas chose inutile, l'auteur l'a présenté, comme de coutume, de la manière la plus claire.

Le médecin peut être appelé pour rendre compte d'un délit ou d'un crime commis par lui dans l'exercice de sa profession. Quelles sont donc ses obligations?

M. Legrand du Saulle, traite : 1° de l'obligation que la loi impose aux médecins, chirurgiens, officiers de santé qui ont assisté à un accouchement de déclarer la naissance, et de la sanction que la loi attache à cette obligation ; 2° de la défense faite aux mêmes personnes de révéler les secrets qui leur ont été confiés dans l'exercice de leur profession ; 3° de l'ordonnance de police du 17 ventôse an IX ; 4° de la peine édictée par l'article 317 du Code pénal contre les médecins qui ont procuré l'avortement à une femme enceinte ; 5° des faux rapports ; 6° des certificats et des faux certificats ; 7° de la responsabilité médicale.

Un seul mot au sujet de l'ordonnance du 17 ventôse an IX. On sait que cette ordonnance exigeait des praticiens de Paris et environs la dénonciation de tous les blessés soignés par eux : que rappelée en 1832, le corps médical de Paris se refusa tout entier de s'y soumettre. Une seule exception eut lieu, et toute une vie de labeur n'a pu effacer cette tache. Grande et salutaire leçon pour toutes les générations médicales. Mais ce que tous ne savent peut-être pas, parce qu'il faut en aller chercher trace dans les manuscrits de la Bibliothèque nationale (Chambre de police du Chastelet. — Coll. Delamarre 193), c'est l'existence de la sentence du Châtelet en date du 23 août 1726, par laquelle attendu qu'il est enjoint aux chirurgiens de Paris d'avertir incessamment les commissaires des blessés qu'ils auraient pansés, elle condamnait, pour y avoir contrevenu, le chirurgien des Essarts en cinquante livres d'amende.

Arrêtons ici ce premier coup d'œil jeté sur le livre de notre savant confrère.

La jurisprudence médicale est terminée, et nous n'avons pas à insister sur l'intérêt qu'elle offre au praticien. Cette première partie donne un cachet si original et si pratique au Traité de médecine légale, qu'il nous a fallu nous y arrêter quelque temps, et signaler les problèmes traités. Maintenant, nous pouvons aborder une terre mieux connue, celle de la médecine légale proprement dite. Ce sera l'objet d'une prochaine appréciation.

SOUSCRIPTION

en faveur de la veuve et des quatre enfants d'un confrère.

(5e liste.)

Un médecin militaire	5 francs.
Dr L. Ansaloni, à Romorantin	5 —
Dr E. Dionis du Séjour, à Pont-du Château	5 —
Dr Aribaud, à Condrieu	5 —
Dr Bizarelli, au Grand-Serre	5 —
Capron, à Paris	5 —
Duhoureau, à Cauterets	5 —
Dr Taule, à Queyssac	5 —
Dr Tachard, à Toulouse	10 —
Dr Plateau, à Roubaix	10 —
Dr Liégard, à Caen	10 —
Dr Desmarres	10 —
Dr Ch. Londe, à Bréville	10 —
Dr B*** (de l'Hérault)	10 —
Dr Mérier, à Blois	10 —
Dr Témoin, à Nérondes	10 —
Dr D*** (des Basses-Pyrénées)	20 —
Dr Des Mesnards, à la Rochelle	20 —
Dr P. B***	20 —
Dr Meuriot	20 —
Dr H. D. T*** (du Cher)	20 —
Dr Tassin, à Leugny	20 —
Dr B*** (du Lot)	20 —
Listes précédentes	618 —
Total	878 francs.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Nous venons de rendre les derniers devoirs à un de ces honorables praticiens, dont la vie toute de dévouement laisse aux siens une dernière consolation au milieu des plus amers regrets, celle de la réputation d'un homme de bien. M. le docteur Charles-Eugène Fournier laisse un fils qui, médecin comme lui, a pris dans les sciences naturelles une place considérable. Les médecins et savants qui s'étaient rendus aujourd'hui à Saint-Sulpice, témoignaient à la fois des regrets que laisse cette mort imprévue et de l'estime qu'ils portent à notre jeune, savant et sympathique confrère.

— Par arrêté en date du 15 novembre, M. le docteur Boinet a été nommé officier de l'instruction publique.

— *Valeur d'un diplôme étranger.* — Le chargé d'affaires de France à Madrid a adressé, le 3 octobre, au Ministre des affaires étrangères, la dépêche suivante, relative à la valeur du titre de licencié en médecine délivré en Espagne :

Monsieur le Duc,

Par sa dépêche du 15 septembre dernier, Votre Excellence m'a fait l'honneur de me demander, au nom de M. le Ministre de l'Instruction publique, si le titre de licencié en médecine, en Espagne, suppose quatre années d'études, ou bien s'il équivaut seulement au grade d'officier de santé.

Sous l'ancienne législation, le titre de licencié en médecine ne s'obtenait qu'après six années d'études et donnait le droit, à celui qui en était muni, d'exercer la médecine par toute l'Espagne. Il en est encore de même, quant aux prérogatives du titre ; seulement, depuis que, par décret du 21 octobre 1868, l'enseignement a été déclaré libre en Espagne, l'obtention des titres académiques, tout en restant soumise aux mêmes sujets d'études et aux examens spéciaux et généraux, a cessé d'être restreinte à un nombre déterminé d'années d'assistance aux cours. Il en résulte que, maintenant, le grade de licencié en médecine peut être donné après quatre ans d'études, si, aux examens, le candidat est reconnu capable. Pour arriver au grade de docteur, le licencié doit suivre, pendant un an, un cours à l'Université centrale, mais ce grade supérieur ne lui donne pas davantage la faculté d'exercer la médecine.

J'ai l'honneur, etc.

Signé : LA ROCHEFOUCAULD.

— La Société des médecins des bureaux de bienfaisance tiendra sa prochaine séance, mercredi 10 décembre, à huit heures précises du soir, à la mairie du Louvre, place Saint-Germain-l'Auxerrois.

Ordre du jour : 1° Renouvellement du bureau pour l'année 1874 ; — 2° Rapport de M. Magnin sur la candidature de M. Bergier, comme membre honoraire ; — 3° Rapport de M. Dupouy sur la candidature de M. Roy comme membre titulaire ; — 4° De l'usage abusif des petites voitures chez les enfants du premier âge, par M. E. R. Perrin.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

L'ovariotomie abdominale ou **Opération césarienne,** par le docteur BAUDON, lauréat de l'Académie de médecine de Paris. — 1 vol. in-8° de 230 pages. Prix : 4 francs. — Germer Baillière.

Effets et influences de la musique sur la santé et sur la maladie, par le docteur H. CHOMET. — 1 vol. in-8°. Prix : 3 francs. — Germer Baillière.

Le Directeur : Dr E. LE SOURD.

Paris. — Typographie A. POUGIN, quai Voltaire, 13.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Bureaux : 57, rue des Saints-Pères, 57
PRÈS L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix d'abonnement
doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

On s'abonne hors de Paris
dans les bureaux des Messageries et chez les Libraires
Les lettres non affranchies sont refusées.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui n'en peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT		POUR L'ÉTRANGER
POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS	Trois mois. 8 fr. 50 c. Six mois. 16 Un an. 30	le port en sus suivant les derniers tarifs des Postes.

SOMMAIRE. — SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE. — HÔPITAL DES ENFANTS-MALADES. Endo-péricardite et myocardite; épanchement séreux considérable du péricarde devenant hémorrhagique; huit ponctions du péricarde avec l'appareil aspirateur; deux ponctions du cœur sans accident; mort et autopsie (M. Bouchut). — Observations de syphilis vaccinale (M. Coste). — ACADÉMIE DE MÉDECINE. — Nouvelles. — Bulletin bibliographique.

Paris, le 10 décembre 1873.

SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

M. Barth a terminé dans cette séance son argumentation sur le choléra, commencée dans la séance du 25 novembre. Après avoir épuisé dans la première partie de son argumentation l'énumération des points sur lesquels il n'y a lieu à aucune contestation et l'étude des points principalement en litige, transmissibilité et importation, M. Barth a abordé dans cette dernière partie l'examen de ce qui, à ses yeux comme à ceux de la plupart des médecins, est encore incertain ou obscur et demande à ce titre de nouvelles recherches. Nous avons sommairement énoncé dans le compte rendu de la précédente séance le premier ordre de points traités par M. Barth et indiqué la série principale d'arguments qu'il a invoqués en faveur de la doctrine de l'importation et contre celle de l'éclosion spontanée. On trouvera dans le compte rendu d'aujourd'hui une analyse également succincte du deuxième ordre de questions posées plutôt qu'examinées par M. Barth. De cette argumentation qui embrasse le cercle à peu près complet des questions susceptibles d'être soulevées à l'occasion du choléra, il est peu de points sur lesquels nous ne soyons très-disposés à entrer en accord avec M. Barth, tant il a apporté de tempérament et de sagesse dans l'exposé de ses opinions et dans la discussion de celles de ses adversaires. Un seul nous diviserait peut-être, c'est celui que nous avons cherché à mettre en relief dès le début de cette discussion; mais nous ne le trouvons même pas indiqué dans la série des points douteux et des questions à étudier qui ont fait l'objet de la deuxième partie de cette argumentation. La discussion n'étant pas terminée (MM. Piorry, Briquet et J. Guérin sont encore inscrits pour prendre la parole), nous aurons l'occasion d'y revenir et de formuler de nouveau la question que nous voudrions voir mettre sérieusement à l'étude.

M. Devergie a continué et terminé dans cette même séance la lecture de son rapport sur le concours du prix d'Ourches. Ce rapport paraissant devoir donner lieu à une discussion, nous en résumerons les principales parties dans l'un des numéros prochains. Nous n'en voulons détacher qu'un point pour aujourd'hui, c'est l'expression de deux vœux formulés par la commission et annexés en manière d'appendice au rapport, vœux qui pourront eux-mêmes fournir matière à discussion. Nous les reproduisons, pour le moment, sans commentaires :

« La commission, dit M. le rapporteur, s'est préoccupée de deux points importants : l'exécution de la loi qui régit la constatation des décès, l'aptitude nécessaire aux médecins et aux officiers de santé pour les constater.

Sur trente et quelques mille communes de France, il en est peut-être vingt-cinq mille dans lesquelles la constatation des décès n'est pas opérée. C'est ce qu'ont démontré les discussions qui ont eu lieu au Sénat.

La cause de cette infraction à la loi, c'est que celle-ci manque de sanction et de contrôle.

L'auteur d'un des mémoires donne un moyen simple d'établir ce contrôle, c'est que les préfets et les sous-préfets exigent des maires des diverses communes un état mensuel des individus décédés, auquel seraient annexés tous les certificats des médecins qui auraient constaté le décès.

Ces pièces seraient transmises aux commissions d'hygiène qui établiraient ainsi la statistique de la mortalité et de ses causes.

La commission de l'Académie voudrait que nul docteur ou officier de santé n'obtînt son diplôme sans avoir fait pratiquement la preuve de ses connaissances sur les moyens de constater un décès.

Elle émet donc le vœu qu'à l'occasion des examens une épreuve pratique soit établie dans les Facultés et dans les jurys. »

Voici sur quelle considération, présentée sous une forme quelque peu paradoxale, au premier abord, mais au fond très-sérieuse, M. Devergie appuie la proposition de la commission :

« La médiocrité scientifique se tolère en médecine; on est forcé de l'accepter; lorsqu'elle a pour appui un jugement sain et une conduite réservée, elle fait souvent moins de mal que la science entreprenante et par trop agissante.

« La constatation des décès ne supporte pas de médiocrité, elle veut toujours la science des signes de la mort. »

— Entre ces deux grosses pièces et en manière d'intermède, M. Regnauld a donné lecture des conclusions d'un mémoire sur le tannate de quinine, sa composition, son mode de préparation, ses conditions de solubilité, etc., question qui a occupé déjà plusieurs séances de l'Académie, notamment dans le cours de l'année dernière. De ces conclusions, il ressortirait, en particulier, ce fait important, au point de vue des applications pratiques, que la solubilité de ce composé est subordonnée à des conditions

déterminées, dont il s'agira, à l'avenir, de tenir compte dans les expériences, et que pour avoir l'équivalence d'un gramme de sulfate, il faut porter la dose du tannate à 3g,50. — Avis aux expérimentateurs.

Dr BROCHIN.

HOPITAL DES ENFANTS MALADES. — M. BOUCHUT.

Endo-péricardite et myocardite. — Épanchement séreux considérable du péricarde devenant hémorrhagique. — Huit ponctions du péricarde avec l'appareil aspirateur. — Deux ponctions du cœur sans accident. — Mort et autopsie (1).

La paracentèse du péricarde dans les péricardites avec épanchement considérable et suffocation est tout aussi indiquée que dans les pleurésies dont l'épanchement est excessif. C'est chose plus difficile à exécuter, mais voilà tout.

Chez notre malade, arrivant au bout de six semaines de pleurésie guérie, laissant après elle du frottement pleurétique et quelques bulles de râle sous-crépitant à la base, il y avait un épanchement énorme du péricarde.

Une matité difficile à bien limiter, de 15 à 16 centimètres de haut sur 12 de large, indiquait la place occupée par le liquide. Cependant, on sentait un peu les battements du cœur dans le quatrième espace intercostal, et on les entendait faiblement sans bruit anormal.

Comme il y avait de l'orthopnée, 44 respirations courtes et pénibles par minute, que l'angoisse était considérable et que les battements du pouls, filiformes, étaient à plus de 200, je songeai, malgré quelques doutes sur l'exactitude du diagnostic, à ponctionner le péricarde. 44 respirations et 200 pulsations cardiaques, c'était la mort à bref délai. Il fallait agir ou laisser périr l'enfant sans secours utile.

La paracentèse du péricarde étant décidée dans mon esprit, je la pratiquai par aspiration au moyen d'un trocart de 1 millimètre, afin que, ayant retiré le dard de l'instrument, il ne restât dans la cavité péricardiaque qu'un instrument mousse incapable de piquer le cœur.

De nombreuses expériences sur le cadavre m'ayant démontré, comme à Dieulafoy, que *chez les enfants*, l'extrémité antérieure du cinquième espace intercostal correspondait à la ligne horizontale du diaphragme, entre cette ligne et le bord ou l'angle du ventricule droit; je fixai là le lieu de la ponction. Seulement, il faut avoir soin de diriger l'aiguille de bas en haut, car si on l'enfonce perpendiculairement à la paroi, on tombe sur la convexité du diaphragme et l'on n'entre pas dans le péricarde.

Avec le trocart capillaire, je fis donc la ponction à la partie antérieure du cinquième espace intercostal, et je retirai 320 grammes de liquide séreux jaune verdâtre, dont les dernières parties devinrent un peu rosées, teintes de sang. Après l'opération, il n'y eut ni souffle, ni frottement, et la matité diminua de 5 centimètres en tous sens.

L'enfant fut très-soulagée, put se coucher; l'angoisse respiratoire disparut, mais le pouls garda sa fréquence et sa petitesse.

Cinq jours après, l'épanchement s'était reformé aussi menaçant pour la vie, et je dus pratiquer *une seconde ponction du péricarde.*

La ponction, faite avec le même instrument, eut lieu au même endroit, à côté de la première piqûre, tout à fait cicatrisée.

Je retirai 510 grammes de liquide clair rosé, laissant déposer dans le vase une petite masse coagulée. Il y eut une grande diminution de matité cardiaque, qui se réduisit à 8 centimètres, un grand soulagement, mais la respiration resta à 40, le pouls à près de 200 et la température à 40,4 dans l'aisselle.

Tous les soirs, l'enfant est couverte de sueurs, elle mange un peu et va à la selle.

Une *troisième ponction*, nécessitée par la reformation de l'épanchement péricardique, est faite trois jours plus tard, le 21 octobre, et donne issue à 150 grammes de liquide couleur chocolat, laissant déposer une couche mince de globules sanguins altérés.

Comme dans les ponctions précédentes, il y a le soir moins de gêne de respiration, plus de facilité à se mouvoir et une diminution de la matité cardiaque, qui se rétrécit de 5 centimètres dans tous les sens.

Les battements du cœur redeviennent plus superficiels et plus forts sous la main et sous l'oreille, et à la base il y eut un bruit de frottement péricardiaque très-accusé, uni à un bruit de frottement mitral tiré à gauche du mamelon, vers l'aisselle. Ces bruits s'entendirent plusieurs jours et disparurent pour ne plus revenir. Cependant l'autopsie en révélant une forte endocardite mitrale, prouve qu'ils ne sont pas le résultat d'une erreur d'observation.

Les poumons, comme au jour de l'entrée à l'hôpital, présentent aux deux bases, surtout à gauche, du râle sous-crépitant uni à de la matité et à un petit frottement pleurétique.

Le pouls reste à une fréquence excessive, 180 à 200 par minute, et les mouvements respiratoires à 44 ou 48.

Trois jours après, le 24 octobre, en voyant plus de gêne et la matité cardiaque reprendre son étendue anormale de 15 à 16 centimètres, sans aggravation de l'état général, je fis une *quatrième ponction* au même endroit, les autres piqûres étant cicatrisées. Celle-ci ne donna passage à aucune quantité de liquide. Il est probable que la pointe de mon instrument a été mal dirigée et a été inclinée un peu trop en bas vers le diaphragme. Je n'osai pas insister, je retirai la canule et ne recommençai pas.

J'attendis quatre jours, et le 28, voyant encore l'orthopnée reparaître, je fis une *cinquième ponction*.

Cette fois, je retirai 300 grammes de liquide de composition différente au début et à la fin de la ponction. La première partie du liquide retiré, environ 200 grammes, était séreuse, claire, teintée de sang; mais l'aspiration marchant avec peine, je déplaçai la canule en la faisant pénétrer un peu plus loin, et je l'enfonçai à 4 centimètres et demi. Je n'éprouvai pas de résistance et ne sentis pas d'obstacle à vaincre; cependant la canule, qui d'abord me transmettait le frottement du cœur en mouvement, fut agitée d'oscillations isochrones à la cystole cardiaque, et il sortit environ 80 grammes de sang pur, tout noir, qui se coagula sur-le-champ. Ma canule avait pénétré sans effort dans la paroi ramollie du ventricule droit du cœur.

Aucun accident ne suivit cette ponction du péricarde et du cœur. L'enfant fut momentanément soulagée comme dans les opérations, et n'eut ni tendance à la syncope, ni douleur spéciale. La matité cardiaque diminua, les bruits devinrent plus distincts sans bruit anormal. Dans les poumons, je constatai toujours du râle sous-crépitant à la base, surtout à gauche. La respiration était à 48; le pouls 160 à 180 et la température axillaire 40,2 le soir et le matin.

Pour modérer le cœur, je donnai une *potion avec teinture de digitale, vingt gouttes*, et comme nourriture, du laitage, des œufs et du poulet, qui étaient pris sans goût, mais qui étaient bien digérés.

Après huit jours d'un état stationnaire, dans lequel le pouls

(1) Suite. — Voir le numéro du 9 décembre 1873.

tomba à 120 pour s'élever de nouveau à 160 et davantage, il vint un peu de délire le soir et de sueurs abondantes, l'angoisse respiratoire redevint plus vive; la matité cardiaque s'étendit de nouveau, en même temps que s'affaiblissaient les bruits du cœur; il fallut faire une *sixième ponction*.

Elle fut pratiquée au même endroit, à côté des ponctions précédentes, dont les piqûres encore visibles étaient cicatrisées.

Je retirai 150 grammes de sérosité teinte de sang, non coagulable, laissant un dépôt de globules sanguins altérés.

Après l'opération, diminution dans l'étendue de la matité cardiaque, moins de dyspnée et plus d'appétit. Les bruits de frottement péricardique et de souffle mitral ne s'entendent plus, et le pouls varie de 80 à 200, tandis que la température oscille entre 36° le matin et 36°,8 le soir.

Le 11 novembre, au bout de sept jours, les mêmes symptômes d'étouffement et de reformation de l'épanchement obligent à faire une *septième ponction*.

Faite au même endroit, dans la partie antérieure du cinquième espace intercostal, l'opération donne passage à 330 grammes de liquide, trouble, couleur chocolat, non coagulable. Elle ne produit que peu de soulagement, et comme le pouls reste à un grand état de fréquence, entre 160-180, je cessai la digitale. L'état du cœur à l'auscultation est le même, et à la base postérieure des poumons existe toujours un peu de râle sous-crépitant.

La température, un instant tombée à 35°,4, s'élève de nouveau et atteint le chiffre de 40°,6. Le pouls dépasse 200, et malgré l'alimentation prescrite, l'enfant s'affaiblit beaucoup, le visage s'altère et la respiration dépasse 60.

En présence de cette situation et de cette aggravation inquiétante pour la vie, je fis un examen de la région précordiale, qui me donna une matité de 15 à 16 centimètres de haut, allant de la première côte à la septième, et une matité transverse à peu près semblable, allant d'un mamelon à l'autre. Cependant le cœur battait très-visiblement et superficiellement dans le cinquième espace costal, en même temps qu'on entendait ses bruits normaux sous l'oreille. Malgré cette contre-indication à la ponction et sûr de l'existence d'un grand épanchement derrière le cœur, je fis *une huitième ponction* au même endroit, pour passer entre le bord droit du cœur et le diaphragme et pénétrer dans la profondeur du péricarde.

Le trocart étant introduit à 3 centimètres de profondeur, j'enlève le dard pour ajuster la canule au corps de pompe aspirateur. A ce moment, un petit bruit d'air aspiré se fit entendre, et il est occasionné par l'aspiration du péricarde, puis il sort un peu de mousse; je poussai un peu plus loin ma canule. Elle entra sans effort à 6 centimètres, mais aussitôt il en sortit dans l'appareil deux ou trois cuillerées de sang noir, qui évidemment sortait du cœur, car l'instrument avait des oscillations très-étendues en rapport avec la cystole ventriculaire.

Je retirai le trocart. Il ne se produisit aucun symptôme inquiétant de défaillance, ni de douleur ou de gêne thoracique; mais, en auscultant la région précordiale, on entend, avec les bruits *normaux* du cœur, un gargouillement fin, inégal, occupant l'espace sous-sternal, depuis la cinquième côte jusqu'à la clavicule. Ce bruit dura plusieurs jours, jusqu'à la mort de l'enfant, et il résultait, non de la blessure du cœur, mais de l'entrée de l'air dans le péricarde, rempli de liquide agité par les contractions cardiaques.

Trois jours après la huitième ponction, l'enfant s'éteignait doucement, sans offrir de symptômes différents de ceux qu'elle avait présentés jusqu'alors. Il est évident qu'elle est morte de sa péricardite, dont l'épanchement, toujours reproduit après chaque évacuation, maintenait le cœur dans un état de compression permanente.

De cet exposé ressort clairement l'indication de l'ouverture du péricarde dans la péricardite avec épanchement considérable.

La voussure précordiale, l'étendue de la matité cardiaque, l'orthopnée, l'affaiblissement des bruits, le défaut d'impulsion sous la main, doivent guider l'opérateur, et c'est d'après ces symptômes que je me suis décidé aux sept premières ponctions faites chez ma malade. A la huitième, j'aurais dû m'abstenir, car les battements du cœur étaient très-superficiels, sensibles à la vue et au toucher, et je ne me suis décidé que parce que j'étais certain de la présence du liquide, à cause de la matité et du résultat des ponctions précédentes.

Seulement, il faut inscrire dans l'histoire des épanchements du péricarde que le cœur n'est pas toujours refoulé en arrière par l'épanchement, qu'il peut surnager, toucher les côtes sans y être retenu par des adhérences, que ses mouvements peuvent être très-visibles sous le mamelon, enfin que ses bruits peuvent être très-clairement entendus et très superficiels. Ce n'est pas là la règle; mais la clinique, qui est la science des exceptions, prouve que cela peut être et cela suffit. D'ailleurs, chez notre malade, ce fait exceptionnel n'a pas été constant et ne s'est présenté que dans les derniers jours de la vie, alors qu'il y avait 6 ou 700 grammes de liquide dans le péricarde.

(*A suivre.*)

OBSERVATIONS DE SYPHILIS VACCINALE

Par M. le docteur Coste.

I. En 1869, pendant la saison des eaux, une femme d'une commune voisine de La Malou vint me consulter. Elle avait perdu ses cheveux presque en totalité, et portait sur diverses parties du corps des plaques muqueuses. A la vulve et au périnée se montraient des papules hypertrophiques ulcérées. On trouvait encore de petites ulcérations à la commissure des lèvres de chaque côté et à l'aile droite du nez.

Il n'était pas douteux que j'avais devant moi un cas de syphilis, et les renseignements donnés par la malade vinrent confirmer tout à fait cette pensée.

Un enfant de huit mois, que cette femme nourrissait, était d'apparence chétive et présentait sur la face et le cou des traces évidentes d'impétigo. Les ganglions de l'aisselle se trouvaient engorgés, ainsi que les ganglions cervicaux. Sous l'oreille gauche, on apercevait une papule cuivrée recouverte de petites squames grisâtres. Malgré l'état dans lequel se trouvait cet enfant, la mère n'avait pas hésité à le faire vacciner, à cause des cas assez nombreux de variole qui s'étaient montrés dans le pays.

Nous étions au sixième jour de la vaccine.

On avait pratiqué six piqûres, trois de chaque côté. Deux pustules s'étaient formées au bras droit et trois au bras gauche. Tous les boutons offraient un faible développement. L'inflammation des parties voisines était très-modérée.

Les trois pustules du bras gauche, irrégulières, plutôt larges qu'élevées, étaient presque réunies entre elles, séparées seulement, deux par un mince liséré rouge, et une seule des deux autres par un bourrelet bien marqué. Leur aspect était légèrement grisâtre.

Les deux pustules du bras droit étaient assez espacées, aplaties et régulières; l'une entourée d'un anneau dans lequel elle semblait être enchâssée. Pour l'autre pustule, le petit renflement circulaire comparé à un anneau n'existait que sur une fort petite partie de la circonférence.

Je pris successivement de chaque bouton du liquide, qui fut exa-

miné avec attention à l'œil nu et au microscope. Je me hâte de dire que cet instrument, dans cette circonstance, comme dans une seconde observation, ne m'a rien appris de bien certain.

Le liquide de toutes les pustules était un peu trouble et d'une médiocre viscosité. Celle-ci, aussi bien que la transparence, se montrait plus grande pour le bouton du bras droit, que nous avons dit être entouré d'un anneau simplement dans une petite portion de son pourtour.

Les pustules paraissaient se vider en entier sous la moindre pression, si préalablement l'enveloppe était rompue en un point quelconque. Leur aspect resta toujours légèrement grisâtre.

Celles du bras droit se desséchèrent en formant une croûte, qui tenait au-dessous d'elle du véritable pus.

La cicatrisation fut rapide pour la pustule plus régulière dans sa forme et incomplétement enveloppée d'un bourrelet.

Les pustules du bras gauche se creusèrent et se convertirent en une seule et véritable ulcération, douloureuse et difficile à guérir. Nous eûmes recours à de légères cautérisations avec le nitrate d'argent, et au commencement du mois d'octobre suivant, il restait encore un point non cicatrisé. Cette ulcération présentait des bords irréguliers, était peu profonde et toujours humectée par une petite quantité de liquide purulent.

Le docteur Salles, médecin de la famille, m'a donné les renseignements les plus précis sur le sujet qui avait fourni le vaccin. J'ai vu encore et examiné moi-même ce vaccinifère; c'était un enfant superbe, appartenant à des paysans aisés et ne présentant aucune trace ni aucune apparence de syphilis. L'hérédité était aussi à l'abri de tout soupçon à cet égard.

Ainsi notre jeune malade, sous l'influence d'une syphilis, avait été vacciné, et cette opération avait suffi pour provoquer des manifestations syphilitiques à l'endroit même des piqûres.

Notons bien ce fait et passons à une seconde observation.

II. Dans le courant du mois de mars de l'année 1870, j'ai donné mes soins à une femme qui avait aux grandes lèvres des chancres indurés. Elle était enceinte alors de huit mois d'un enfant qui me fut présenté plus tard, au mois de novembre suivant, pour être vacciné.

Le traitement interne que la mère avait suivi était resté incomplet et n'avait pu par conséquent produire un bon résultat.

L'enfant avait toujours eu une bonne santé et présentait encore, à l'époque de la vaccination, une très-belle apparence. Après un examen attentif, je remarquai pourtant sur la tête quelques légères traces d'impétigo. Je les fis constater à mon confrère le docteur Espinouse; mais il fallait pour porter son attention sur cela, être guidé par les indications particulières que je possédais.

Avec de telles données, j'étais en droit, vous le sentez bien, de croire à une infection syphilitique du nourrisson.

Je fis six piqûres, trois de chaque côté et espacées les unes des autres. Trois seulement donnèrent un résultat; deux au bras droit et une seule au bras gauche.

Inutile de dire que le vaccin qui servit à l'opération fut choisi avec le plus grand soin et offrait par conséquent toutes les garanties de pureté. Il donna une bonne et magnifique vaccine chez d'autres enfants.

Le seul bouton du côté gauche se développa avec une lenteur extrême. Tout autour se forma régulièrement partout cet anneau bordé d'un léger cercle rouge dont nous avons parlé dans l'observation précédente. Sur un des côtés, il était tiraillé et dessinait une petite pointe. Sa teinte, plutôt jaune tout d'abord, finit par brunir légèrement.

Parmi les deux pustules du bras droit, l'une, la supérieure, était belle et régulièrement formée. Son développement fut plus rapide, comparé à celui des deux autres. Sur aucun point de sa circonférence il n'existait ni élevure, ni dureté. L'autre pustule du même bras présentait seulement, sur une partie de son pourtour, un cordon renflé et dur. Elle se forma plus promptement que celle du bras gauche, mais moins vite que sa voisine du même côté.

Ainsi, une différence sensible existait entre ces trois boutons de vaccine. La pustule supérieure, à droite, était bien développée et régulière, tandis que chez les deux autres le développement était médiocre et la conformation irrégulière. L'aspect blanchâtre de la première était remarquable à côté de la teinte jaune et brune que nous avons notée.

Une seule ouverture et une légère pression suffirent pour vider complétement le bouton du bras gauche.

A droite, pour la pustule inférieure, la partie opposée au demi-cercle dur et élevé resta intacte. Il fallut, pour la vider, faire plusieurs ponctions. Sa voisine du même côté ne se désemplit que par des déchirures successives. Son contenu était limpide et présentait la viscosité normale du vaccin. Le liquide renfermé dans les deux autres pustules était opaque et d'une bien moindre viscosité, caractères encore plus marqués pour le bouton du bras gauche, dont la cicatrisation fut comparativement plus lente.

J'avais détruit chaque fois l'enveloppe, afin de mieux observer le fond de la plaie, qui ne présentait rien à noter à droite pour la pustule supérieure. Mais sur le bras de l'autre côté, elle était irrégulièrement circonscrite et laissait voir çà et là des dépressions et des élevures de dimensions diverses. Le bourrelet qui la bordait semblait se creuser en dessous et venait quelque peu empiéter sur la surface de cicatrisation. Ces signes, pour la pustule inférieure du bras droit, n'étaient marqués qu'au point où existait le cordon renflé, de telle sorte que nous avions là deux surfaces, l'une plus élevée et irrégulière, l'autre plus profonde et uniforme partout. — Voici ce qui peut compléter cette observation.

Trois enfants furent vaccinés avec du virus puisé dans le bouton supérieur du côté droit. Il se développa chez eux de belles pustules vaccinales et aucun n'a jamais eu le moindre accident pouvant dénoter l'existence de la syphilis.

A mon insu, on a inoculé à un quatrième enfant le virus des deux autres boutons. Ceci, je dois le dire en passant, n'est pas l'œuvre d'un médecin. Le résultat dans ce cas fut déplorable : cet enfant a aujourd'hui une syphilis caractérisée par des croûtes d'impétigo à la tête, des ulcérations dans la bouche et des tubercules muqueux à l'anus. Jusqu'à cette époque, il avait toujours joui d'une bonne santé. Ses parents sont robustes et certainement n'ont jamais contracté de maladies vénériennes; mes informations à cet égard ne laissent rien à désirer.

Quelles conclusions pouvons-nous tirer de tous ces faits recueillis avec le plus grand soin?

(*A suivre.*)

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 9 décembre 1873. — Présidence de M. Depaul.

CORRESPONDANCE OFFICIELLE

M. le ministre de l'instruction publique transmet l'ampliation d'un décret approuvant l'élection de M. Goubaux comme membre titulaire dans la section de médecine vétérinaire.

M. le ministre de l'agriculture et du commerce transmet : 1° les comptes rendus des maladies épidémiques qui ont régné, en 1872, dans les départements de l'Hérault et de la Dordogne ; 2° un rapport de M. le docteur Grandmottet, médecin adjoint des épidémies pour l'arrondissement de Saint-Claude, sur les épidémies de variole et de fièvre typhoïde qui ont régné, la première dans la commune de Cinquetral, la seconde dans la commune de Ravilloles (Comm. des épidémies); 3° un mémoire de M. le docteur Cavezalli sur la diphthérie.

CORRESPONDANCE NON OFFICIELLE

Elle comprend : 1° des lettres de MM. les docteurs Guyon, Léon Le Fort, Panas, qui se portent comme candidats dans la section de pathologie chirurgicale; 2° un rapport de M. le docteur Camille Ricque, médecin-major de 1re classe, sur l'épidémie de typhus choleriforme qui a sévi dans la garnison du Havre, du 15 août au 12 octobre 1873; 3° la relation par M. Régnier, médecin-major de

2e classe, de l'épidémie de fièvre typhoïde qui a régné sur le 102e de ligne, en garnison à Courbevoie, du 13 août au 6 septembre 1873 (Comm. des épidémies) ; 4° un pli cacheté, déposé par M. le docteur Magitot (Accepté) ; 5° une observation d'opération et de guérison d'un kyste hydatique suppuré du foie, par M. le docteur Lajoux, de Boissy-Saint-Léger (Seine-et-Oise).

PRÉSENTATIONS

M. LARREY présente diverses brochures de M. le docteur Armieux sur *le Choléra et la Population de Toulouse et de la France en 1872.*

M. BÉCLARD présente : 1° une brochure de MM. les docteurs Legros et Magitot, intitulée : *Origine et formation du follicule dentaire chez les mammifères* ; 2° une brochure de M. le docteur Ch. Cauchois, intitulée : *Pathogénie des hémorrhagies traumatiques.*

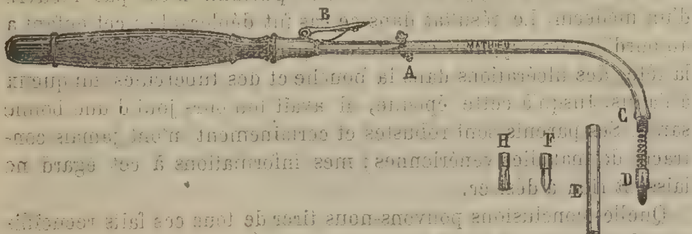
M. BÉCLARD soumet ensuite au jugement de l'Académie :

1° Un nouveau porte-caustique laryngien, que M. Mathieu a fabriqué sur les indications de M. le docteur Ch. Fauvel.

M. le docteur Fauvel, frappé de voir à sa clinique les débutants en laryngoscopie ne pouvoir cautériser un point donné du larynx sans cautériser en même temps plusieurs autres parties de cet organe, soit en entrant, soit en retirant le porte-caustique, demandait depuis longtemps un instrument très-facile à manier et avec lequel on pût faire une cautérisation en quelque sorte instantanée et sans être exposé à blesser le larynx en retirant l'instrument.

Voici celui que M. Mathieu a construit et qui répond à ces indications.

Il se compose d'un tube en argent, soudé à son extrémité, et dans lequel est placée une tige, terminée par un ressort à boudin C sur lequel on fixe, à volonté, un crayon caustique D, un scarificateur F, ou bien un pinceau H.



Ces pièces se trouvent protégées par une gaîne en argent F, vissée sur la tige et ouverte à son extrémité, afin de les laisser agir directement sur les parties destinées à être opérées.

L'action propulsive, en dehors de la gaîne, s'opère à l'aide d'un ressort caché dans le manche, et qui se détend lorsqu'on appuie sur la pédale B, après que l'instrument a été armé, en ramenant en arrière les oreillons A fixés sur la tige intérieure. Avec cet instrument, on fait toutes les cautérisations jugées nécessaires dans la cavité laryngienne, soit à l'aide des caustiques solides (porte-caustique D), soit avec des caustiques liquides (porte-pinceau H) ; on fait également avec le porte-lancette F des scarifications sans aucune crainte de léser le larynx.

2° Un révulseur filiforme, construit par M. Mariaud, sur les indications de M. Gillet de Grandmont.

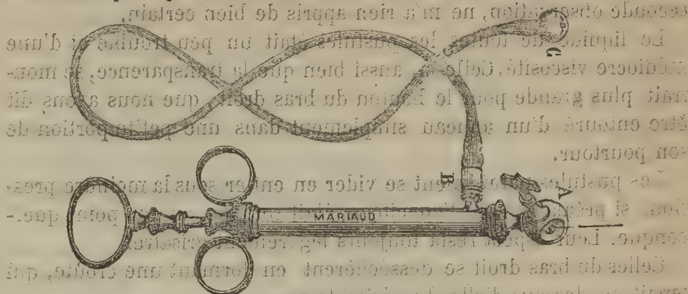
Cet instrument se compose :

D'un corps de pompe terminé par un robinet de Sales-Girons A permettant la sortie d'un jet de liquide filiforme, dont on peut à volonté diminuer le volume.

D'une soupape B à double effet laissant entrer l'eau librement lorsqu'on soulève le piston, tandis que lorsqu'on l'abaisse elle ne peut s'échapper que par l'orifice capillaire du robinet. La pression que l'on exerce sur le piston à l'aide du pouce peut être aisément modérée ou augmentée, jusqu'au point de produire l'aquaponcture.

D'un tube plongeur G servant à aspirer les liquides.

L'essai de cet instrument a démontré que les douches filiformes d'eau ordinaire à la température ambiante, projetées avec plus ou moins de puissance sur la conjonctive oculaire, déterminent une névro-paralysie des vaso-moteurs qui est suivie, dans les affec-



tions aiguës : kératites ulcéreuses et vasculaires, conjonctivites purulentes ou autres, non catarrhales, iritis, etc., d'une réaction antiphlogistique très-salutaire, et il a permis d'appliquer l'aquapuncture avec grand succès aux conjonctivites granuleuses.

Suite de la discussion sur le choléra.

M. BARTH rappelle que, pour lui et pour tous les partisans de l'importation, le choléra se transmet d'un individu à un autre par infection miasmatique, c'est-à-dire que la base de ce système est l'importation et la transmissibilité.

Les agents de transmission sont multiples ; ce sont tantôt des foyers infectieux, tantôt des individus isolés, tantôt des objets. Les annales du choléra en renferment des preuves par centaines ; il n'y aurait qu'à citer celles qui sont consignées dans l'excellent rapport de M. Briquet, tous les faits relatifs à l'histoire de l'importation du choléra de l'Inde en Europe en 1865, ceux qui se sont passés dans notre pays, enfin les faits rapportés dans un grand nombre de mémoires, notamment ceux de M. le docteur Benoît et de M. le docteur Jacquez sur l'épidémie de 1854.

Quel est l'agent de cette transmission, et où prend-il sa source ? Les expériences ont démontré que le sang n'y était pour rien. Ce sont les déjections cholériques qui semblent être la principale source du principe cholérigène, ainsi que l'a démontré M. Ch Pellarin.

Quand les déjections cholériques sont-elles infectieuses et pendant combien de temps conservent-elles ce caractère ? — Ces questions demandent de nouvelles études.

Comparant le choléra à la grippe, M. Barth fait remarquer que la grippe frappe à la fois un grand nombre d'individus et sévit simultanément sur de grandes surfaces, sur des régions entières.

Quelles différences avec le choléra qui envahit les diverses contrées en quelque sorte par étapes successives !

Un des faits les plus difficiles à interpréter par le système de l'importation ce sont les explosions partielles çà et là dans le nord-est de l'Europe en 1853. M. Barth est disposé à penser qu'il peut y avoir eu des importations inaperçues. Ces faits pourraient s'expliquer encore par des germes de contage assoupis, comme cela a dû se passer pendant l'épidémie de 1853, où le choléra complétement éteint au début de l'hiver, s'est ranimé au printemps.

Il est un fait universellement reconnu, ajoute M. Barth, c'est que le choléra fait comparativement plus de victimes dans les contrées basses que dans les régions plus élevées. Ce fait s'explique encore par la plus grande diffusion des miasmes dans les points élevés, tandis que la grippe sévit à toutes les hauteurs.

M. Barth résume et termine son argumentation à peu près en ces termes :

Les théories que nous combattons ont-elles plus de valeur au point de vue des conséquences pratiques ?

Dans le système de l'épidémicité, vous n'avez ni précautions privées à conseiller, ni mesures d'hygiène publique à prescrire.

Tout au plus, pouvez-vous motiver la nécessité de la tempérance ou l'emploi des préservatifs du froid.

Le système de la transformation des diarrhées en choléra s'attribue le mérite du conseil de combattre en temps d'épidémie les diarrhées dès leur origine. Mais ce conseil nous y avons toujours insisté de la manière la plus pressante.

Vous pouvez justifier de même toutes les prescriptions de régime alimentaire destinées à prévenir les dérangements intestinaux. Mais vous n'avez pas plus de raison d'éloigner promptement les déjections cholériques, que vous n'en avez de faire disparaître les crachats du catarrhe pulmonaire.

Vous laissez conséquemment les individus dans une sécurité funeste, exposés sans précautions à l'influence délétère des agents morbigènes qui les entourent, et vous livrez nos côtes et nos ports de commerce sans défense, aux importations du fléau qui vous a déjà coûté tant de milliers de victimes.

Je termine par l'examen d'une considération morale dont nos adversaires se font un argument contre la théorie de l'importation.

L'opinion que le choléra peut se communiquer, est dit-on, de nature à inspirer la terreur. Les effets de la peur s'atténueront beaucoup quand on saura dans quelle condition la maladie peut se transmettre, que ce n'est point le contact et le maniement des cholériques qui est dangereux, mais bien plutôt un trop long séjour dans un espace circonscrit, au milieu d'un air surchargé d'émanations morbides, quand il sera démontré que ce sont les déjections intestinales qui contiennent la principale source d'infection; quand enfin on supprimera le terme impropre de contagion pour lui substituer celui de transmissibilité, les cholériques ne manqueront pas plus d'assistance que les malades atteints de croup, de scarlatine, ou de variole.

En prenant les précautions commandées par des notions plus exactes concernant le séjour trop prolongé près des cholériques, l'éloignement des personnes inutiles, le renouvellement de l'air, l'entretien d'une grande propreté, le soin d'enlever promptement et d'enfouir le produit des déjections, celui de désinfecter les vases et les objets de literie, etc., on arrivera certainement à réduire la multiplicité des atteintes, à étouffer souvent le mal dans son commencement en l'empêchant de faire explosion dans une localité autour d'un premier malade venant d'un endroit contaminé; à préserver certaines contrées par l'institution bien entendue de mesures d'hygiène publique, à diminuer en un mot, considérablement les victimes d'un mal qui déjoue trop souvent les efforts de la médecine. (Bravos unanimes.)

LECTURE

M. REGNAULD donne lecture des conclusions d'un Mémoire ayant pour titre : *Observations et expériences pharmacologiques sur le tannate de quinine.*

Voici ces conclusions :

1° Le tannate de quinine pur ne peut pas être obtenu par la simple précipitation de l'acétate de quinine à l'aide d'une solution d'acide gallo-tannique (*Tannin de la noix de galle*), procédé recommandé par un grand nombre d'auteurs;

2° Le composé résultant de la réaction du tannin sur les sulfates basique et neutre de quinine retient une proportion d'acide sulfurique (environ 3 p. 100), qui ne peut pas être enlevé par les lavages. Il constitue une sorte de *laque sulfotannique*, différente, par sa composition et ses propriétés, du tannate proprement dit;

3° Dans le cas du sulfate basique dissous à la faveur de l'acide acétique (procédé de M. Barreswil), le dépôt est également sulfotannique. Les cases de lavage de cette substance retiennent, grâce à la présence de l'acide acétique, 1/5 environ du tannate de quinine total; ce cinquième peut, du reste, être retrouvé par la neutralisation des liqueurs au moyen du bicarbonate de soude;

4° La formule de la pharmacopée de Hambourg ne doit pas être adoptée parce que les proportions qu'elle prescrit la rendent inexécutable, et que, de plus, elle indique une dose de quinine près de deux fois supérieure à celle qui se trouve dans le tannate préparé chimiquement par voie de double décomposition;

5° Le procédé décrit dans mon Mémoire, permet d'obtenir régulièrement un sel toujours identique, il se réduit aux prescriptions suivantes : dans une solution aqueuse d'acétate de quinine, on verse une proportion d'acide tannique purifié, telle que le dépôt produit au début de l'affusion le dissolve entièrement. Ce liquide neutralisé avec soin par le bicarbonate de soude abandonne le tannate de quinine dont le lavage est facile et la composition invariable;

6° Préparé par cette méthode, le tannate de quinine renferme en moyenne 20,6 p. 100 de quinine et correspond à un composé défini $C^{40}H^{24}Az^{2}O^{4}\,2\,(C^{34}H^{22}O^{34})$ dans lequel par conséquent l'acide tannique tribasique est en excès par rapport à la quinine, alcaloïde diacide;

7° Le coefficient physique de solubilité dans l'eau du tannate de quinine ne peut pas être determiné parce que, sous l'influence chimique de l'eau, ce sel se dédouble lentement en acide gallotannique qui dissout une faible proportion de tannate et en tannate plus basique qui reste dissous.

9° La solubilité du tannate de quinine est considérable dans les solutions aqueuses des acides organiques qui ne précipitent pas l'acide tannique de ses dissolutions. Ce sel, au contraire, est insoluble, au moins immédiatement, dans les acides minéraux doués de la propriété de faire naître dans les liqueurs chargées de tannin les dépôts insolubles étudiés par Strecker.

9° Dans les expériences physiologiques et thérapeutiques, il importe de noter que 1 gramme de sulfate de quinine, dit neutre, équivaut à 3gr,50 de tannate pur et sec.

M. Vulpian compare en ce moment les propriétés du tannate pur à celles des combinaisons sulfotanniques qui souvent ont pris sa place dans la médecine usuelle. Dès que ses essais cliniques seront assez nombreux, les résultats en seront présentés à l'Académie.

RAPPORTS

M. DEVERGIE poursuit la lecture de son rapport sur le prix d'Ourches. Le rapporteur aborde dans cette seconde partie le jugement rendu par la commission sur les mémoires jugés dignes d'examen et les propositions à soumettre à l'Académie. (Voir le Premier-Paris.)

La séance est levée à 5 heures 1/2.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Le *Journal médical de la Mayenne* nous apporte la douloureuse nouvelle de la mort de M. de Montozon, un de nos honorables confrères de Château-Gontier, et président de la Société médicale de cette ville.

Nous nous faisons, dit-il, un devoir de joindre nos regrets à ceux de sa famille et de ses concitoyens. M. de Montozon eut une large part dans la fondation et dans le succès de cette Société médicale de Château-Gontier, qui, par ses résultats, par l'union et l'entente parfaite de ses membres sur le terrain professionnel, occupe certainement une des premières places parmi les sociétés locales de la France. Les médecins de Château-Gontier se sont associés de leur propre initiative, dès 1833, ils ne se sont ralliés à aucune autre association et ils forment entre eux une famille médicale autochtone, ayant pour but de rehausser les intérêts professionnels.

M. le docteur Homo a, dans de courtes lignes, rendu un juste hommage à la vie et au caractère de M. de Montozon. Il nous révèle un détail touchant : M. de Montozon rouvrit son testament déjà clos depuis un an, pour y tracer d'une écriture à peine lisible ces mots : « un dernier conseil à mes confrères, c'est l'*Union* et la *Fraternité*. »

Honneur donc à celui qui proféra de telles paroles à ses derniers moments, qui comprit tout le fruit de l'association médicale et qui, jusqu'à la fin de sa vie ne cessa de diriger ses efforts vers l'accord entre les médecins, accord qui assure le respect dû à la profession, dont il avait lui-même la plus noble et la plus haute idée!

— La Société de médecine de Paris tiendra sa prochaine séance le samedi 13 décembre 1873, 3, rue de l'Abbaye, à trois heures et demie très-précises.

Ordre du jour : 1° Lecture du procès-verbal de la précédente séance; — 2° renouvellement du bureau pour l'année 1874; — 3° lecture du rapport de M. Gillebert Dhercourt sur le travail de M. Beni-Barde à l'appui de sa candidature au titre de membre

titulaire; — 4° rapport de M. Gallard sur plusieurs observations de phlegmon péri-utérin présentées par M. le docteur Boissarie à l'appui de sa candidature au titre de membre correspondant; — 5° vote sur la candidature de M. Dubuc au titre de membre titulaire.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

De la valeur de l'aspiration, au point de vue du diagnostic et du traitement; analyse critique du Traité de l'aspiration des liquides morbides du docteur Dieulafoy, par le docteur LIBERMANN, médecin de 1re classe à l'Hôpital militaire du Gros-Caillou. — Broch. in-8°. — Prix : 1 fr. 50. — Paris, Victor Rozier.

Discussion à l'Académie de médecine sur les rapports à établir entre la médecine et la pharmacie dans l'armée. — 1 vol. in-8°. Prix : 3 francs. — Paris, G. Masson.

La Théorie darwinienne et la création dite indépendante, lettre à M. Ch. Darwin, par J. JOSEPH BIANCONI, ancien professeur à l'Université de Bologne. — Paris, J.-B. Baillière et fils; à Bologne, Nicolas Zanichelli.

La mort des rois de France, depuis François Ier jusqu'à la Révolution française. *Études médicales et historiques*, par le docteur A. CORLIEU. — 1 vol. in-18 de 150 pages. Prix : 3 fr. 50. — Germer Baillière.

Agenda-formulaire des médecins praticiens et carnet de poche réunis pour 1874, augmenté d'un nouveau Livre-Journal des visites. Le Dictionnaire de pathologie, de thérapeutique et posologie contient plus de 500 formules, groupées à la suite des maladies auxquelles elles se rapportent respectivement. Outre le Calendrier à deux cases en blanc ou jours en page, on y trouve un Nouveau Livre-Journal pour les visites et la comptabilité. Liste, adresses et heures des consultations de tous les médecins de Paris. Personnel des Facultés et des Ecoles préparatoires de médecine. Renseignements divers, d'utilité et d'actualité, etc. Prix divers de l'*Agenda-Formulaire* selon la reliure : n° 1 reliure chagrin fermant au crayon, 3 francs. — N° 2 reliure chagrin à portefeuille, 3 fr. 50. — N° 3 le même avec trimestres mobiles, 4 francs. — N° 4 reliure forme serviette, trimestres mobiles, 5 francs. — N° 5 reliure chagrin, portefeuille, petite trousse, poche en soie, 6 francs. — N° 6 le même avec trimestres mobiles, 7 francs. — N° 7 reliure avec poche et portefeuille intérieurs, petite trousse, trimestres mobiles, 8 francs. — N° 8 le même avec fermoir en maillechort, etc., 9 francs. Broché, couverture imprimée, 1 fr. 75. — Cahier plein, doré sur tranche, 2 fr. 50. — Cahier avec trimestres mobiles, recouvert en soie, 3 francs. — Paris, Adr. Delahaye.

Le Directeur : Dr E. LE SOURD.

Paris. — Typographie A. POUGIN, quai Voltaire, 13.

N° 144. — SAMEDI 13 DÉCEMBRE 1873. 46e ANNÉE. SAMEDI 13 DÉCEMBRE 1873. — N° 144.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Bureaux : 57, rue des Saints-Pères, 57
PRÈS L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Le prix d'abonnement doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

On s'abonne hors de Paris dans les bureaux des Messageries et chez les Libraires
Les lettres non affranchies sont refusées.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui n'en peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS: Trois mois. . 8 fr. 50 c. Six mois. . 16 Un an. . . . 30

POUR L'ÉTRANGER le port en sus suivant les derniers tarifs des Postes.

REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE

Plusieurs cas de dystocie.

Le service de la Clinique d'accouchements qui, pour les cas communs qui se présentent journellement, est une source féconde d'enseignement pratique de la première utilité, présente de temps en temps des cas d'une difficulté extrême et d'une gravité exceptionnelle, d'autant plus grande que la vie de deux êtres y est à la fois engagée, et qui élèvent alors l'enseignement obstétrical à la hauteur des plus hautes questions pratiques que puissent présenter la médecine et la chirurgie réunies. La Clinique est le rendez-vous de ces cas graves; c'est le lieu où viennent se dénouer ces drames obstétricaux dont les premières scènes se sont engagées sur le théâtre restreint de la pratique civile, le plus souvent sans autres témoins que la patiente elle-même et son assistant. — Le hasard des événements a groupé un certain nombre de ces cas graves exceptionnels dans le service de la Clinique, dans le court espace de temps écoulé depuis l'ouverture du cours. Témoin, entre autres, le fait de grossesse extra-utérine dont nous avons déjà entretenu nos lecteurs et sur lequel nous allons revenir tout à l'heure. Voici en particulier deux de ces faits.

Présentation de la face dans la position mento-iliaque postérieure. — Applications réitérées de forceps. — Mort de l'enfant. — Extraction à l'aide du perce-crâne.

Une jeune femme a été apportée à la Clinique dans un état de prostration extrême, la peau chaude, le pouls fréquent, la langue sèche. Le ventre énormément saillant en avant, comme dans un premier degré d'antéversion, était extrêmement sensible à la pression. Il y avait des signes manifestes d'une métrite commençante. Les parties génitales externes étaient extrêmement tuméfiées, noires et comme fortement contusionnées. Le toucher fit reconnaître à M. Depaul une présentation de la face dans la position mento-iliaque droite postérieure. Une exploration attentive du corps de cette femme et du bassin, fit reconnaître, en outre, les caractères du rachitisme : taille petite, déformation des membres inférieurs, courbure des tibias et rétrécissement du bassin (9 centim au lieu de 11).

Ces diverses circonstances expliquaient suffisamment les difficultés qu'on avait dû rencontrer et l'inutilité des efforts que l'on avait faits pour délivrer cette femme. Voici, en effet, ce qui s'était passé :

La sage-femme qui assistait cette patiente depuis le début du travail, ayant reconnu une présentation vicieuse, présentation de la face, avait appelé le secours d'un médecin. Ce médecin s'était mis immédiatement en mesure de faire une application de forceps, mais sans résultat; après plusieurs tentatives réitérées sans plus de succès, un deuxième médecin s'était adjoint au premier et leurs efforts réunis n'avaient pas été plus heureux. Pendant ces tentatives réitérées qui n'avaient pas duré moins de quatre ou cinq heures, les forces de la patiente s'étaient épuisées et l'enfant avait cessé de vivre.

En présence de cette situation, M. Depaul s'étant assuré, en effet, par l'auscultation, de la mort de l'enfant, n'hésita pas à recourir au seul moyen qui restât de délivrer cette femme, sans lui faire courir de nouveaux dangers : il introduisit un perce-crâne et obtint l'extraction facile de l'enfant, l'obstacle principal étant ainsi surmonté.

Une question de pratique obstétricale importante se présentait ici à l'occasion de ce fait. Faisant abstraction des conditions de malformation qui, dans l'espèce, ont compliqué d'une manière fâcheuse la présentation anormale, et qui ont rendu particulièrement difficiles et inefficaces les tentatives réitérées d'application de forceps, quelle doit être, en général, la règle de conduite de l'accoucheur en présence d'une présentation de la face en position mento-iliaque postérieure ? M. Depaul a formulé en deux mots la solution de cette question : Étant connus le mécanisme naturel de l'accouchement dans les présentations de la face et le mouvement de rotation qui en constitue le troisième temps, attendre que, par suite de cette évolution naturelle, le menton qui se trouve tourné plus ou moins postérieurement, et qui dans cette situation fait obstacle à l'accouchement, effectue spontanément le mouvement de rotation qui doit le porter en avant et rendre ainsi son issue facile. Ce mouvement ayant toujours lieu, l'expectation devient dans ces cas une règle absolue. Tout au plus l'intervention du forceps pourrait-elle devenir utile, dans ce cas, pour faciliter ce mouvement de rotation.

Rupture de l'utérus, suite d'applications réitérées et probablement inopportunes du forceps.

Le second fait est plus malheureux encore que le précédent, car la mère et l'enfant ont été à la fois victimes des efforts qui ont été faits pour amener la délivrance.

Dans la matinée du dimanche, une carriole, venant des environs de Paris, s'arrêtait devant la porte de la Clinique, après un voyage de plusieurs lieues. L'homme qui conduisait la carriole était le mari d'une malheureuse femme de trente-deux ans, qui gisait au fond de la voiture, femme forte, bien constituée et bien conformée, qui avait eu déjà deux grossesses à terme, terminées toutes deux naturellement, et qui était au huitième mois et demi environ de sa troisième grossesse. Cette femme était mourante ; elle était froide, couverte d'une sueur visqueuse, sans pouls. Son intelligence était intacte ; mais elle avait à peine la force d'articuler quelques mots. Tout ce que M. Depaul, présent en ce moment à la Clinique, put apprendre, partie d'elle, partie de son mari, c'est qu'elle était en travail depuis le mardi d'avant, c'est-à-dire depuis cinq jours, et que de nombreuses tentatives d'application de forceps ont été faites sans résultat, les cuillères sortant chaque fois à vide, après avoir glissé sur les parties saisies. Cette femme est morte presque aussitôt après son entrée à la Clinique.

L'autopsie a démontré ce que M. Depaul avait pressenti à la forme même et à l'aspect du ventre, et surtout au palper qui faisait sentir les parties du fœtus comme si elles étaient placées immédiatement sous la peau, c'est-à-dire une large déchirure de la paroi antérieure de la matrice, partant du col et allant jusqu'à son fond, par laquelle l'enfant et le délivre avaient passé dans la cavité péritonéale. La tête de l'enfant était écrasée, aplatie, et presque littéralement broyée par les cuillères du forceps.

Que s'était-il passé? A quelle présentation avait-on eu affaire? Contre quel genre de difficultés avait-on eu à lutter? C'est ce qu'on ignore absolument et ce qu'il serait difficile de dire, si ce n'est qu'il n'y avait à mettre en cause aucun vice de conformation du bassin, et que les efforts immodérés et probablement mal dirigés d'introduction du forceps ont amené la rupture de l'utérus, et par suite la mort de cette malheureuse femme.

L'enseignement qui ressort de ces deux faits, et surtout du dernier, ne doit pas être perdu. C'est pourquoi, malgré la répugnance naturelle que nous éprouvions à les publier, nous avons considéré comme un devoir de le faire.

Grossesse extra-utérine. — Gastrotomie.

La femme à la grossesse extra-utérine dont nous avons entretenu nos lecteurs dans notre Revue du 22 novembre, a été opérée mardi 2 décembre à l'amphithéâtre de la Clinique d'accouchements par M. Depaul, en présence d'une nombreuse assistance d'élèves (des deux sexes) et de plusieurs confrères. Nous rappellerons en quelques mots la situation de cette femme au moment de son entrée à la Clinique. On n'a pas oublié qu'il s'agissait d'une femme qui, selon toutes les probabilités, était enceinte depuis le mois de décembre dernier, ou au moins depuis le mois de janvier, et qui était par conséquent dans le onzième mois de sa grossesse. Nous avons énuméré tous les signes qui, indépendamment de cette circonstance, tendaient à faire admettre la probabilité d'une grossesse extra-utérine. Un dernier signe restait à acquérir, et celui-là devait changer cette probabilité en certitude, c'était le cathétérisme utérin, qui a fait reconnaître, en effet, et la vacuité de l'utérus et son indépendance de la tumeur, qui, on n'en pouvait douter, contenait un fœtus. L'auscultation, pratiquée avec le plus grand soin, et comme sait la pratiquer M. Depaul, confirmait, par l'absence absolue de tout signe de circulation fœtale, la présomption de la mort de l'enfant, qui devait remonter très-probablement à deux mois, c'est-à-dire à l'époque où la mère, à la suite des douleurs et des efforts du pseudo-travail qui se termina par l'expulsion de la caduque utérine, cessa de ressentir les mouvements qu'elle avait très-nettement perçus jusque-là. Enfin, une exploration attentive fit constater une fluctuation manifeste et étendue dans la tumeur. Il restait à s'assurer, avant de faire le choix du procédé opératoire à mettre en usage, des rapports du kyste fœtal avec les parois abdominales. Cette exploration fit reconnaître, à n'en pas douter, que le kyste adhérait à la paroi abdominale antérieure.

Dès lors, le choix de M. Depaul fut arrêté. Son opération devait être faite en deux temps. Dans un premier temps, il devait vider le kyste du liquide qu'il contenait; dans un second temps, il pratiquerait la gastrotomie pour extraire le fœtus.

La ponction fut faite le 29 novembre. Elle fut pratiquée à l'aide de l'appareil de M. Potain ; elle donna issue à environ cinq litres d'un liquide purulent (mélange de liquide amniotique et de pus).

La gastrotomie a été pratiquée le mardi suivant, ainsi que nous l'avons dit plus haut. La malade étant plongée dans le sommeil anesthésique, M. Depaul pratiqua une incision, entre l'ombilic et le pubis, d'environ 10 à 11 centimètres, qui l'amena, couche par couche, sur le kyste. Celui-ci, une fois ouvert, laissa écouler encore environ cinq litres de liquide purulent.

L'ouverture du kyste débridée, une main de l'enfant se présenta. Des tractions opérées sur le bras n'ayant pu amener la sortie de l'enfant, à laquelle le volume de la tête faisait obstacle, M. Depaul, à l'aide de forts ciseaux, fit la détroncation. Le corps fut amené alors aisément au dehors. Puis il s'agit d'aller chercher la tête. Un doigt introduit dans la bouche et saisissant le maxillaire inférieur à la manière d'un crochet, amena la tête. Le volume de l'enfant était à peu près celui d'un fœtus à terme. Son poids était de 2,300 grammes, près de cinq livres, il était visiblement macéré, flétri, la presque totalité de ses liquides était sortie par une sorte d'exosmose.

Quelques petites portions de placenta détachées et en partie putréfiées ont été retirées après l'extraction de la tête. Mais la masse placentaire et une portion de son cordon sont restées dans le kyste, et M. Depaul n'a fait aucun effort pour les extraire. Tout le monde comprendra, en effet, le danger qu'il y aurait eu à faire des tractions qui adhéraient probablement de toutes parts sur les viscères abdominaux, au risque de rompre les adhérences ; tandis que d'un autre côté, il n'y avait pas un inconvénient aussi grave à laisser ces portions placentaires dans la plaie que s'il se fût agi de les abandonner dans la cavité utérine.

Il n'y avait rien de mieux à faire que de les abandonner au travail ultérieur de suppuration, à la condition, toutefois, d'en faciliter l'élimination graduelle et d'en prévenir la putridité sur place à l'aide d'injections fréquemment réitérées d'un liquide désinfectant. Un premier lavage du kyste a été fait immédiatement à l'aide de trois seringuées successives d'une solution de permanganate de potasse, avec prescription de la renouveler au moins trois fois dans les vingt-quatre heures. Puis le kyste a été bourré de bourdonnets de charpie cératée et liés avec des fils, et la plaie recouverte d'un linge fenêtré et d'un tampon de charpie maintenu par un bandage de corps.

La femme a parfaitement supporté l'opération ; elle ne s'est réveillée qu'après sa terminaison et n'en a presque pas eu conscience.

Dans la journée même de l'opération, elle a eu quelques douleurs de ventre, quelques vomissements, comme elle en avait eu, d'ailleurs, les jours précédents, un peu d'élévation de la chaleur et du pouls.

Le surlendemain jeudi, le pouls est redescendu à 90 ou 92 au plus, la peau a sa température normale, la physionomie est bonne ; les douleurs du ventre ont disparu, les vomissements ont presque cessé. La malade a pu prendre et garder du bouillon et une petite portion de côtelette. Elle a dormi.

Quant à la plaie, elle est dans des conditions assez bonnes. Son aspect est satisfaisant, elle n'exhale pas une trop mauvaise odeur. Le kyste est revenu en partie sur lui-même, il contient toujours les débris de cordon et de placenta qui sont encore très-adhérents au fond de la plaie. Les injections détersives sont continuées toutes les sept ou huit heures. Il n'y a plus qu'à attendre des efforts de la nature l'élimination soit en masse, soit partielle de ces portions du délivre ainsi que des parois du kyste.

Dix jours se sont écoulés depuis l'opération ; l'opérée continue à aller de mieux en mieux. Son état, aujourd'hui, est aussi satisfaisant que possible et donne, jusqu'à présent, l'espoir d'une terminaison heureuse.

Nous tiendrons nos lecteurs au courant des suites de cette opération, et nous passerons en revue, à cette occasion, les diverses méthodes qui ont été proposées ou mises à exécution et leurs résultats connus.

Sur l'un des points de l'application de la méthode de Brand au traitement de la fièvre typhoïde.

Notre confrère et collaborateur M. le docteur Netter, nous écrit de Nancy, au sujet de l'exposé de la méthode de traitement de Brand, que nous avons fait dans notre précédente Revue, pour nous présenter quelques observations, notamment en ce qui concerne la disparition des fuliginosités sous l'influence de ce traitement. M. Netter ne comprend pas comment le froid appliqué sur la peau pourrait détacher les fuliginosités. Mais, ajoute-t-il, dans la méthode de Brand il y a un petit détail présenté comme secondaire et qui, à son avis, mériterait de prendre la première place, c'est la prescription de faire boire tous les quarts d'heure une gorgée d'eau glacée. Là gît, pour lui, le principal avantage de la méthode.

« En entretenant à peu près constamment de l'eau glacée dans la bouche, dit-il, on supprime là une putréfaction évidente, que chacun voit et sent, mais que, sous l'influence d'idées préconçues, on ne veut pas prendre en considération. Ajoutons qu'en renouvelant sans cesse l'eau glacée dans la bouche, on rafraîchit aussi l'air qui entre dans les voies respiratoires, ce qui doit amener la défervescence. J'obtiens les mêmes résultats que Brand, sans les bains, et avec les seuls gargarismes administrés à la température ambiante.

Encore une remarque. Dans la méthode de Brand, en plus des gorgées d'eau glacée, on fait boire au malade force tisane, bouillon de veau, etc. ; évidemment on favorise la diarrhée que présentent les typhiques, et l'on arrive au même but avec quelques verres d'eau de Sedlitz. »

Nous n'avons fait que rapporter, sous toutes réserves, ce que nous avons lu et sans chercher à y ajouter aucune interprétation, ni aucun commentaire. Nous ne le ferons, s'il y a lieu, que lorsque nous rapporterons ce que nous aurons vu.

Dr Brochin.

HOPITAL LARIBOISIÈRE. — M. Tillaux.

Tumeur épithéliale de l'épiglotte et des replis glosso-épiglottiques. Cautérisation au galvano-cautère (1).

P..., Simon, cinquante-deux ans, ancien gendarme, entre, le 19 octobre 1873, à l'hôpital Lariboisière, dans le service de M. Tillaux, salle Saint-Louis, n° 18.

Il y a six mois environ, au mois de mai 1873, ce malade se plaignait d'une toux persistante et d'une douleur assez vive qu'il éprouvait, surtout en avalant des aliments chauds. Cette douleur se faisait sentir dans l'arrière-gorge et sur le côté gauche de la base de la langue ; le malade la comparait à celle qu'aurait pu produire un corps chaud en passant sur une plaie. L'examen de la bouche ne faisait découvrir qu'un peu de rougeur du pharynx et une hypertrophie d'un nombre assez considérable de papilles de la base de la langue. En déprimant celle-ci fortement et en provoquant ainsi un effort de vomissement, on pouvait apercevoir l'épiglotte, qui paraissait ulcérée sur le côté gauche. Le malade avait maigri, l'appétit avait diminué, et bien que la toux parût suscitée par l'ulcération de l'épiglotte, on pensa à un commencement de tuberculose pulmonaire avec ulcération des parties supérieures des voies respiratoires. L'auscultation ne dévoilait, du reste, rien du côté du poumon. On soumit le malade à un traitement général et on lui fit toucher la gorge avec une solution de chlorate de potasse.

La toux ne fit qu'augmenter et l'état général était loin de s'améliorer. Le malade, très-préoccupé de la nature de son mal, consulta de nouveau, trois mois après, plusieurs médecins. On découvrit alors sur l'épiglotte une petite tumeur ulcérée, grosse comme une noisette.

Comme le malade avait eu la syphilis en 1848, on pensa immédiatement à placer sous sa dépendance la nouvelle affection, et on ordonna l'iodure de potassium à l'intérieur, ainsi que des applications de teinture d'iode sur l'ulcération.

Ce traitement ne produisit pas la moindre amélioration. Les applications de teinture d'iode ne firent qu'augmenter la toux, qui s'accompagna à plusieurs reprises de crachements de sang ; aussi le malade l'abandonna-t-il rapidement. Il continua encore quelque temps l'iodure de potassium sans plus de succès, et les médecins lui conseillèrent alors l'ablation de sa tumeur. Le malade n'accepta l'opération qu'au mois d'octobre, époque à laquelle il fut adressé à M. Tillaux.

L'examen qui fut fait à son entrée à l'hôpital permit de constater à la vue et au toucher une tumeur grosse comme une noisette, ulcérée, mamelonnée, qui s'étendait sur toute la face supérieure de l'épiglotte et sur les replis glosso-épiglottiques. A l'examen laryngoscopique, on ne trouvait absolument aucune altération du larynx, et la face inférieure de l'épiglotte était libre. La douleur était toujours la même, se révélant seulement au moment où le malade faisait un effort de déglutition et s'irradiant du côté de l'oreille. *Aucun ganglion sous-maxillaire.*

La santé générale n'était pas trop mauvaise ; la maigreur n'avait cependant fait qu'augmenter et l'appétit était toujours peu considérable. La toux revenait par quinte, surtout après l'attouchement de l'épiglotte. A l'auscultation de la poitrine, on ne trouvait qu'un peu d'obscurité, du murmure respiratoire au sommet droit et une légère matité à la percussion.

Le diagnostic porté par M. Tillaux fut : *Tumeur épithéliale de l'épiglotte et des replis glosso-épiglottiques.* Ne voulant cependant pas employer trop vite le traitement chirurgical, on essaya encore une fois de combattre l'influence syphilitique au moyen de frictions

(1) Lu à la Société de chirurgie, dans la séance du 5 novembre 1873.

mercurielles sur le cou et d'iodure de potassium à l'intérieur. Au bout de quinze jours, on n'avait encore aucun résultat, et le malade réclamait une intervention plus active.

Ce fut alors que M. Tillaux, après avoir rejeté l'ablation de la tumeur (soit par l'écrasement, soit par l'anse galvanique) comme exposant à des accidents terribles, se décida à faire simplement une forte cautérisation avec le galvano-cautère.

L'opération fut faite le 1er novembre; elle fut des plus simples. Après avoir fait tirer fortement la langue en avant, de manière à découvrir l'épiglotte plus facilement, M. Tillaux, en abaissant lui-même la base de la langue au moyen d'une spatule, put porter, à quatre reprises différentes, le galvano-cautère sur la partie malade (1).

Le soir, le malade souffrait un peu de la gorge, mais il eut à peine d'enrouement et pas la moindre difficulté pour respirer. Les jours suivants, il rejeta en crachats des débris d'eschares, et on pouvait constater avec le doigt que la tumeur avait été à peu près complétement détruite.

M. Tillaux, voyant le bon résultat de la première séance, avait l'intention d'en faire une seconde; mais le malade fut pris d'une nostalgie tellement considérable qu'on fut forcé de le renvoyer chez lui le 5 novembre.

HOPITAL SAINT-LOUIS. — M. PANAS.

Phlegmon orbitaire. — Méningo-encéphalite consécutive. — Névrite optique avec amaurose. — Perforation spontanée par ostéite des os et du crâne (2).

Un jeune homme de vingt et un ans entre dans mon service, le 15 mai 1873, avec tous les signes d'un phlegmon de l'orbite gauche, développé dans le cours d'un érysipèle spontané de la face, remontant au 6 mai.

A l'entrée du malade dans les salles, on constate ce qui suit :

Exophthalmie rendant l'occlusion des paupières incomplète. Aussi la cornée correspondante est-elle le siége d'une ulcération superficielle à son sommet.

Chémosis inflammatoire avec veines sous-conjonctivales variqueuses.

Mobilité de l'œil limitée, surtout en haut et en dedans, endroit où l'on sent par le toucher une induration phlegmoneuse plus développée que partout ailleurs.

Pupille largement dilatée avec amblyopie notable, et il est à noter que l'atropine exagère la mydriase, ce qui prouve que les fibres radiées de l'iris animées par les filets sympathiques n'ont pas été atteintes.

A l'ophthalmoscope, on trouve la papille optique blanche; les artères rétiniennes presque absentes et les veines congestionnées formant des circonvolutions.

Le malade accuse peu de douleur et n'a point de fièvre.

Le 1er juin, une ponction est faite dans le grand angle de l'œil, qui laisse écouler une cuillerée à café de pus bien lié. Un tube à drainage y est laissé à demeure.

Le 25 juin, après quelques jours de douleurs, perforation du tympan gauche et écoulement du pus par l'oreille, qui persiste depuis lors.

Le 6 juillet, dans la nuit, cris et attaque épileptiforme qui disparaît dans la journée.

Le 12, empâtement de la fosse temporale correspondante. La vision, qui allait en diminuant de jour en jour, se trouve définitivement abolie, alors que l'ulcération de la cornée était déjà cicatrisée et que l'œil avait repris presque complétement sa place dans l'orbite.

Le 17, douleurs violentes à la tête et cris dans la nuit, qui se calment le lendemain.

Le 6 août, gonflement temporal progressivement croissant, empâtement de toute la moitié correspondante du crâne et nouvelle attaque épileptiforme dans la nuit.

Le 25 septembre, on sent un point de fluctuation profonde au niveau de la suture écailleuse du temporal.

Le 5 octobre, la fluctuation étant devenue plus évidente, on y pratique une incision intéressant toutes les parties molles jusqu'à l'os, après avoir chloroformé le malade. Au fond de l'incision, on trouve une cuillerée de pus sous le périoste décollé, et l'on sent que l'os temporal offre deux perforations par où le stylet peut pénétrer assez profondément dans le crâne, sans qu'il en sorte une seule goutte de pus. Les deux orifices étaient séparés entre eux par un petit pont de tissu osseux, qui fut enlevé à l'aide de la gouge.

Une trépanation en règle ayant été jugée inopportune, la plaie fut pansée à plat.

Le 8 octobre, alors que le malade allait très-bien et que l'incision pratiquée avait considérablement diminué l'empâtement de la région temporale, le malade fut repris d'un nouvel érysipèle, dont il guérit le 23 du même mois, mais en conservant une roideur du cou, de la dysphagie et une tendance à la somnolence.

Le 26 octobre, il est pris de fièvre sans cause apparente, et une nouvelle attaque épileptiforme se déclare dans la nuit.

La fièvre continue, douleurs de tête violentes et cris dans la nuit du 31, puis coma, respiration stertoreuse et mort le 1er novembre, à dix heures du matin.

Autopsie le 2 novembre.

Toute la corne sphénoïdale du cerveau (lobe moyen gauche) n'est qu'une bouillie purulente, parsemée de foyers purulents et de nodosités tuberculiformes, qui ne sont autre chose que du pus en voie d'inspiration régressive.

Cette altération avait marché de la circonférence au centre, mais sans que la circonvolution de l'*insula*, la couche optique et le corps strié en fussent sensiblement atteints. Aussi est-il à noter que l'individu n'avait jamais éprouvé, pendant la vie, aucune perte de la sensibilité, ni du mouvement volontaire, ni même de l'intelligence, en dehors de ses attaques épileptiformes.

Les méninges, dans toute la fosse sphénoïdale, étaient adhérentes, infiltrées de pus, mais il n'y avait là aucune collection purulente extra-cérébrale. La dure-mère, qui était intacte, n'adhérait que faiblement aux os sous-jacents, qui étaient atteints d'*ostéite* raréfiante, et les trous dont nous avons parlé n'étaient que la conséquence de la résorption du tissu osseux en ce point.

Une autre usure s'était faite à la base, dans cette espèce de scissure intermédiaire au rocher et à l'écaille du temporal. Le trou qui en résultait faisait communiquer le foyer de la suppuration avec la caisse du tympan. Aussi le pus qui s'écoulait par l'oreille prenait sa source dans la lésion intra-crânienne.

A côté de ces lésions principales, il y avait une méningite généralisée et suppurée de la base, qui s'étendait jusqu'à la base inférieure de la protubérance et du bulbe, et c'est à celle-ci qu'il faut attribuer la cause prochaine de la mort, et les accès convulsifs qui ont fait leur apparition à plusieurs reprises dans le cours de la maladie.

Les autres parties du cerveau, les ventricules, la voûte à trois piliers, ainsi que le chiasma et les bandelettes optiques, étaient saines. Seul, le nerf olfactif, du même côté, nous a semblé diminué de volume.

Passons maintenant aux lésions intra-orbitaires, dont l'intérêt anatomo-pathologique se rattache à l'étude du nerf optique entièrement privé de ses fonctions pendant la vie, ainsi qu'il a été dit dans l'observation.

Le globe de l'œil n'offre aucune lésion extérieure et apparente. Le tissu cellulaire, lâche, continu dans la capsule de Tenon, est souple et tout à fait normal, ainsi que cette capsule elle-même.

(1) M. Tillaux avait pris la précaution de porter le cautère froid au fond de la gorge, et ce n'était qu'une fois le bouton placé sur l'épiglotte que la pile était plongée dans le liquide. De cette manière, on évitait de cautériser les parois de la bouche et du pharynx.

(2) Lu à la Société de chirurgie, dans la séance du 5 novembre 1873

Par contre, toutes les parties molles (graisse et muscles) situées en arrière de la capsule fibreuse de l'œil, autrement dit vers le sommet de l'orbite, sont décolorées, lardacées, et témoignent de l'inflammation phlegmoneuse dont elles avaient été le siége. En ce point tout semble confondu, même le nerf optique, qu'il faut sculpter pour l'isoler du reste. L'artère et la veine ophthalmique, quoique très-réduits de volume, sont perméables, et il en est de même du sinus caverneux.

Il suit de là :

1° Que la moitié postérieure seule du nerf optique s'est trouvée en rapport avec la lésion orbitaire ;

2° Que l'inflammation érysipélateuse s'est propagée dans le tissu cellulaire de l'orbite (phlegmon orbitaire proprement dit), et, de là, dans le crâne par la fente sphénoïdale, sans passer par la veine ophthalmique et le sinus caverneux (phlébite optique), et sans intéresser le tissu cellulaire rétro-bulbaire et la capsule de Tenon. Ainsi s'explique, d'une part, l'absence de l'infection purulente, qui, d'après ma propre expérience, est la terminaison à peu près fatale de la phlébite optique, suite d'anthrax et autres lésions de la face ; et, d'autre part, la conservation pendant la vie de la mobilité du globe.

On pourrait supposer que l'atrophie du nerf optique dépendait ici de la compression exercée sur ce nerf par le phlegmon rétro-bulbaire ; mais, sans nier que cette compression y ait contribué pour sa part, nous allons voir que la lésion provenait de toute autre chose, à savoir, de la névrite, qui s'était emparée de la totalité du nerf, depuis le trou optique jusqu'à son insertion sur le bulbe.

Ce nerf n'avait évidemment rien perdu de son volume ; seulement il se montrait d'un blanc mat et était tout à fait exsangue. Sa consistance était plus dure qu'à l'état normal. Des coupes faites sur divers points perpendiculairement à son axe, ont permis de constater que la substance nerveuse avait fait place à un tissu grisâtre, translucide, homogène, confondu avec la gaine fibreuse et le névritisme, et entièrement formé de tissu conjonctif en voie de prolifération. Ce n'est que tout à fait au centre qu'on apercevait encore un simple tractus blanchâtre, dernier vestige de la substance nerveuse primitive. Quant à l'artère centrale de la rétine, il n'en existait plus trace.

Une chose digne de remarque, c'est que la substance nerveuse allait en diminuant, depuis le trou optique jusqu'au globe de l'œil, à tel point qu'au voisinage de ce dernier il n'en existait plus trace.

En résumé, nous avions affaire ici à une atrophie nerveuse par *substitution celluleuse*, conséquence de la névrite, et non à une atrophie par *résorption* de tous les éléments constitutifs du nerf, comme cela s'observe dans la simple compression de celui-ci.

On sait depuis longtemps que, parmi les ophthalmies, deux cas peuvent se présenter : tantôt, une fois l'œil rentré dans l'orbite, la fonction visuelle se rétablit, et, d'autres fois, la fonction reste à jamais abolie et va même en déclinant de plus en plus.

Il est permis dès lors de distinguer deux groupes de faits et de penser que dans l'un il s'agit simplement d'une paralysie par compression pure, tandis que dans l'autre la névrite optique joue le principal rôle ; aussi la désorganisation du nerf continue, alors même que la cause qui l'a produite viendrait à disparaître.

Un détail non moins important, c'est de voir que la névrite qui, dans ce cas, avait procédé d'arrière en avant, a entraîné une désorganisation *récurrente* du nerf, ce qui paraît supposer que la fibre sensitive se trouve soumise à une influence nutritive de la part des cellules centrales auxquelles elle aboutit, puisque nous voyons cet élément dégénérer avec plus de rapidité à la périphérie qu'au centre, sous l'influence morbifique ; ici la *phlegmasie conjonctive proliférante*.

C'est là un détail d'anatomie pathologique que nous tenions à bien faire ressortir, d'autant plus que nous n'avions pas eu l'occasion de le trouver mentionné dans les livres qui traitent de la névrite optique, indépendante de la rétinite papillaire.

REVUE DE LA PRESSE

De l'influence de la grossesse sur les maladies du cœur. — M. Budin rapporte l'observation d'une femme âgée de quarante ans ayant eu dix-sept grossesses, dont quatorze s'étaient terminées régulièrement ou par une fausse couche vers deux mois et demi, et dont les trois dernières se sont terminées par l'avortement ; les fœtus expulsés à cinq mois et demi et six mois n'étaient pas vivants. Vers le sixième mois de la quinzième grossesse, cette femme fut prise d'accès d'étouffements dont le début était marqué par des battements de cœur. Une fausse couche eut lieu à six mois et demi, après quoi ces accidents cessèrent, mais ils reparurent pendant le cours de deux nouvelles grossesses, chaque fois avec plus d'intensité, et cessèrent de nouveau après que l'avortement fut accompli. Un mois après sa dernière fausse couche, cette femme ayant perdu son mari, fut reprise de palpitations et d'accès de dyspnée très-forts. Elle resta quatre mois à l'hôpital, puis, sa santé était redevenue bonne, quand, le 16 juillet de cette année, survint une crise très-forte qui l'obligea à entrer de nouveau à l'hôpital dans le service de M. Peter, qui reconnut les symptômes d'une insuffisance mitrale et d'une péricardite sèche, au niveau de la base, s'accompagnant de phénomènes d'angine de poitrine symptomatique. Après un traitement approprié, l'état de cette malade s'est beaucoup amélioré, et elle a pu quitter l'hôpital.

Dans les réflexions qui suivent cette observation, M. Budin rappelle l'influence funeste bien connue de la grossesse sur les maladies du cœur, et en particulier passe en revue les accidents qu'amène la grossesse dans l'insuffisance mitrale ; mais en présence de ce fait et de quelques autres qu'il publiera ultérieurement, il se demande si les affections cardiaques n'ont pas à leur tour une action réciproque sur le développement de la grossesse, et si, dans certains cas, elles ne sont pas la cause de l'avortement et de l'accouchement prématuré. (*Progrès médical.*)

Vomitifs exceptionnels en cas d'indigestion grave. — M. Luton (de Reims) rappelle que la saignée a été mise en usage dans ces circonstances avec succès. MM. Gaultier (de Claubry), Chauffard (d'Avignon) et Fonteret ont rapporté des faits dans lesquels la saignée a été suivie des meilleurs effets. Outre ce moyen, M. Luton signale d'autres vomitifs d'un ordre tout aussi exceptionnel et qui lui ont donné de très-bons résultats, ce sont le chloroforme et la morphine, le premier dans un cas où il s'agissait d'un jeune homme en proie à des accidents très-effrayants, tels que céphalalgie intense, perte de connaissance, convulsions, etc., et la morphine chez une jeune femme présentant de l'oppression, de l'angoisse, des vertiges, et qui finit par tomber en syncope et être atteinte de mouvements convulsifs avec refroidissement des extrémités, décomposition des traits, etc. Dans les deux cas, ces agents provoquèrent des vomissements qui firent cesser tous les accidents.

Le chloroforme et la morphine, employés à propos, sont donc des vomitifs d'une espèce particulière, d'un usage facile et utile dans les cas d'indigestion grave. (*Gazette hebdomadaire.*)

Traitement des kystes séro-sanguins du cou par l'électricité. — M. Amussat rapporte deux observations de kystes séro-sanguins du cou qu'il a guéris : l'un au moyen de la galvano-caustique thermique, sans l'intervention d'aucun autre agent ; l'autre par la galvano-puncture, d'abord employée seule, puis associée à des badigeonnages avec de la teinture d'iode.

Dans la première observation, il s'agit d'un homme de soixante-neuf ans portant au côté droit du cou un kyste séro-sanguin dont le diagnostic fut confirmé par une ponction exploratrice qui donna issue à un demi-bol d'un liquide de couleur chocolat. Après que le kyste se fut de nouveau rempli, voici l'opération que pratiqua M. Amussat : ayant traversé la tumeur de bas en haut et d'avant en arrière avec un long trocart explorateur, il retira le poinçon et lui substitua un fil de platine dont les extrémités dépassaient les orifices d'entrée et de sortie de plus de 10 centimètres. Le fil étant

maintenu par un aide, il retira la canule après avoir vidé le kyste, et saisit les deux extrémités du fil avec deux pinces montées sur les réophores d'une pile chirurgicale; il la fit rougir et cautérisa ainsi l'intérieur du kyste, en ayant soin de plier le fil latéralement, afin d'atteindre différents points de la paroi interne. Le fil fut retiré un mois après; mais, à l'avenir, M. Amussat se propose de le retirer aussitôt après l'opération. Le malade était complétement guéri après quatre mois.

La seconde observation est celle d'une jeune femme de vingt-quatre ans, portant au côté gauche du cou une tumeur qui, depuis plusieurs mois, avait résisté aux pommades fondantes et aux applications de teinture d'iode, et que M. Amussat reconnut être un kyste placé sur le trajet de la carotide. Tous les deux jours il introduisit dans la tumeur deux fines aiguilles en acier qu'il mit en rapport, pendant cinq minutes, avec une petite pile de Bunsen. Un peu plus tard, il fit appliquer de la teinture d'iode pure entre chaque séance électrique. Après quarante-cinq séances, la malade, très-satisfaite du résultat obtenu, demanda à continuer seule ses badigeonnages de teinture d'iode, et la guérison complète ne se fit pas longtemps attendre. (*Bulletin de thérapeutique.*)

Anatomie pathologique de l'érysipèle. — M. Renaut vient de communiquer à la Société de biologie les résultats de ses recherches sur l'anatomie pathologique de l'érysipèle. Il y a dans cette maladie, outre les lésions du derme, deux lésions encore mal connues : les phlyctènes et les granulations de la peau.

Les phlyctènes sont dues au soulèvement de la couche superficielle de l'épiderme et de la couche de cellules granuleuses sous-jacentes. Dans la phlyctène, entre cette portion soulevée et la couche profonde, on trouve une exsudation fibrineuse contenant des globules rouges et des globules blancs; la matière fibrinogène est abondante et forme des tractus disposés en un réseau d'arcades.

Les granulations de la peau, qui a l'aspect de la peau d'orange, présentent des caractères analogues à ceux de la pustule variolique. Dans les cellules dentelées et prismatiques du réseau de Malpighi, on observe des altérations importantes :

Les cellules deviennent vésiculeuses, se remplissent d'une substance granuleuse et fibrineuse; les noyaux s'appliquent sur les parois, les cellules sont réduites à l'état de cloisons dans lesquelles une sorte de tissu caverneux se trouve circonscrit. (*Société de biologie.*)

De la colique hépatique et de son traitement. — Une discussion vient d'avoir lieu sur ce sujet à la Société de thérapeutique.

M. Bordier, regardant la colique hépatique comme constituée par une contraction spasmodique des fibres musculaires lisses des canaux, contraction dont le point de départ réflexe est dans l'irritation de la sensibilité exercée par le calcul sur la muqueuse des canaux, pense que c'est à ces deux éléments, sensibilité et contraction, que doit s'adresser le traitement de la colique, celui de la lithiase étant pour lui chose toute différente. Contre la colique, il conseille d'éviter les purgatifs, l'électricité, les douches et le seigle ergoté, comme pouvant amener, les uns une perforation, les autres un résultat contraire à celui qu'on cherche. Il discute ensuite le mode d'action physiologique des révulsifs sur la région hépatique, des lavements de tabac, de la belladone, de la saignée, de l'émétique à haute dose, de l'opium, du chloroforme, de l'éther et du chloral, cherche à expliquer les bons effets obtenus par ces divers moyens, et pense que l'association du chloroforme et de l'opium semble réunir le plus d'avantages. Quant au traitement de la lithiase biliaire, l'efficacité des alcalins est généralement admise aujourd'hui. M. Bordier pense qu'elle agit sur la nutrition générale et qu'il ne faut pas borner son action à une réaction plus alcaline de la bile et à la dissolution de ses principes en excès. Mais les alcalins, pas plus que le remède de Durante, n'ont jamais pu amener la dissolution pour ainsi dire extemporanée des calculs.

M. Dujardin-Beaumetz a voulu savoir si le spasme existait réellement dans la colique hépatique. Les auteurs n'étant pas d'accord sur ce point, il institua, avec l'aide de MM. Laborde et Audige, une série d'expériences physiologiques qui lui ont démontré que, chez le chien, l'application de courants électriques légers, l'injection de substances irritantes, l'introduction d'un corps étranger, provoquent, dans les conduits cystique et cholédoque, des contractions manifestes, et que la contraction a lieu tantôt vers l'intestin, tantôt vers la vésicule. M. Grancher, d'une part, et M. Renaut, d'autre part, ont complété ces résultats physiologiques par leurs recherches anatomo-microscopiques. M. Grancher, sur le canal cholédoque d'un homme de cinquante-quatre ans, a trouvé, derrière l'épithélium, une couche très-légère semée de très-rares noyaux ovalaires, couche essentiellement conjonctive et très-adhérente au tissu sous-jacent. Ce tissu est remarquable par sa richesse en fibres élastiques fines, serrées au milieu d'un tissu conjonctif très-pauvre en cellules; enfin, derrière, et avec une transition insensible, se trouve une couche à faisceaux conjonctifs et à fibres élastiques ondulées, au milieu desquels apparaissent quelques rares éléments de fibres musculaires lisses. M. Renaut, sur un individu plus jeune, a trouvé la même disposition, mais les fibres musculaires étaient plus nombreuses. Ces deux histologistes ont remarqué, sur la muqueuse, de véritables papilles nerveuses qui expliquent l'exquise sensibilité de ces canaux. Le spasme de la colique prend donc sa source réflexe dans l'excitation des papilles mêmes par la simple gravelle. M. Dujardin-Beaumetz conclut : 1° l'anatomie et la physiologie démontrent l'existence d'une couche musculeuse à fibres lisses dans les conduits sécréteurs de la bile ; — 2° la contraction spasmodique de cette couche est un des faits importants de la colique hépatique ; — 3° le traitement de cette colique doit consister à diminuer la douleur et la contraction spasmodique des conduits sécréteurs ; — 4° les injections hypodermiques des sels de morphine remplissent les deux indications.

M. Constantin Paul pense que, d'une façon générale, les injections et les lavements doivent être évités dans le traitement de la colique, et qu'il vaut mieux avoir recours aux suppositoires, ou mieux encore aux injections sous-cutanées de morphine. En outre, il fait observer qu'il y a deux périodes dans la colique hépatique ; la première spasmodique, la seconde inflammatoire, et que cette dernière donne lieu à des indications spéciales. Quant au traitement de la lithiase, M. C. Paul, tout en reconnaissant l'avantage des alcalins, fait observer toutefois que les coliques sont fréquentes pendant le traitement alcalin. (*Société de thérapeutique.*)

SOUSCRIPTION

en faveur de la veuve et des quatre enfants d'un confrère.

(6e liste.)

Dr A. Robert, à Chaumont	5	francs.
Dr F. Régnier	5	—
Dr Lévi, médecin-major au 7e dragon	5	—
Dr Surmay, à Ham	5	—
Dr Pourcelot, à Rosey	5	—
Dr Josias, à Charenton	5	—
Dr B***, au Puy	8	—
Dr Froc, à Sermaises	10	—
Dr Dubuc	10	—
Dr Delmas, à Bordeaux	10	
Dr Normand-Dufié, à St-Jean-d'Angély	20	
Dr H. Roger	20	
Dr Bailly	20	
Dr Naïl, médecin-major au 15e bataillon de chasseurs	20	
Listes précédentes	878	
Total	1020	francs.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

École de médecine de Bordeaux. — MM. L. Demons et Dudon sont nommés, à la suite d'un brillant concours, professeurs-suppléants de clinique chirurgicale.

La Société des médecins des bureaux de bienfaisance a composé son bureau de la façon suivante pour l'année 1874 :

Président honoraire : M. Husson; — *président* : M. Bonvalet; — *vice-présidents* : MM. Gibert et Poignet; — *secrétaire général* : M. Passant; — *secrétaires* : MM. Baudouin et Dupouy; — *trésorier* : M. Magnin; — *archiviste* : M. Machelard; — *membres du conseil de famille* : MM. Chaillery, Donadieu et Lanquetin.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Manuel de médecine opératoire, par J.-F. MALGAIGNE. 8e édition, par M. le professeur Léon Le Fort. *Première partie.* Opérations générales. — 1 vol. in-18 de 650 pages avec 319 figures. — prix : 7 francs. — Germer Baillière.

Une mission aux Hedjaz (Arabie). Contributions à l'histoire du choléra ; le pèlerinage de la Mecque ; les services sanitaires et les institutions quarantenaires de la mer Rouge ; les épidémies de choléra de 1865 et de 1871-72 au Hedjaz ; le commerce des esclaves dans la mer Rouge ; — ethnologie, géographie de la Péninsule arabesque, par le docteur BUEZ. 1 vol. in-8o. — Prix : 3 francs. — Paris, 1873, G. Masson.

Traité élémentaire de pathologie externe par E. FOLLIN et SIMON DUPLAY, avec figures dans le texte, t. IVe, fascicule 3. — Maladies de l'appareil de la vision ; maladies de la bouche. — Prix : 4 francs, Paris, G. Masson.

Résumé d'anatomie, par le docteur FORT. — 1 vol. in-32 de 500 pages, avec figures. — Prix : 5 fr.

Anatomie descriptive et dissection, contenant un Précis d'embryologie, la structure microscopique des organes et celle des tissus, par le docteur FORT, ancien interne des hôpitaux, professeur d'anatomie à l'École pratique. 2e édition, considérablement augmentée. 3 vol. in-12, avec 662 fig. intercalées dans le texte. — Prix : 25 fr. *franco*.

Pathologie et clinique chirurgicales, contenant la manière d'examiner le malade, les maladies spéciales des dents, des oreilles, des voies urinaires et des yeux, un Manuel de médecine opératoire, de bandages et d'embaumement. 2e édition, corrigée et considérablement augmentée, par le docteur FORT, ancien interne des hôpitaux, professeur libre d'anatomie à l'École pratique. 2 beaux volumes in-8o, avec 542 figures dans le texte. — Prix : 25 francs *franco*.

L'Étudiant micrographe, traité pratique du microscope et des préparations, par ARTHUR CHEVALIER, O. ✻, 1 vol. de 600 pages, 600 figures : 7 fr. 50. — Delahaye, place de l'École-de-Médecine. — Catalogue illustré des microscopes, gratis, chez Arthur Chevalier, Palais-Royal.

[illegible]

Paris. — Typographie A. POUGIN, quai Voltaire, 13.

N° 145. — MARDI 16 DÉCEMBRE 1873. 46e ANNÉE. MARDI 16 DÉCEMBRE 1873. — N° 145.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

Le prix d'abonnement
doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

La Lancette française

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES.

Bureaux : 57, rue des Saints-Pères, 57
PRÈS L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

On s'abonne hors de Paris
dans les bureaux des Messageries et chez les Libraires
Les lettres non affranchies sont refusées.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui n'en peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT		POUR L'ÉTRANGER
POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS	Trois mois. . 8 fr. 50 c.	le port en sus
	Six mois. . . 16	suivant les derniers tarifs
	Un an. . . . 30	des postes.

SOMMAIRE. — HÔPITAL DES ENFANTS-MALADES : Endo-péricardite et myocardite ; épanchement séreux considérable du péricarde devenant hémorrhagique ; huit ponctions du péricarde avec l'appareil aspirateur ; deux ponctions du cœur sans accident ; mort et autopsie (M. Bouchut). — SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE : Observations de syphilis vaccinale (M. Costa). — Nouvelles.

HOPITAL DES ENFANTS MALADES. — M. BOUCHUT.

Endo-péricardite et myocardite. — Épanchement séreux considérable du péricarde devenant hémorrhagique. — Huit ponctions du péricarde par l'appareil aspirateur. — Deux ponctions du cœur sans accident. — Mort et autopsie (1).

L'indication de l'ouverture du péricarde étant posée, par quel moyen faut-il la remplir ? Faut-il recourir à l'incision, comme l'ont conseillé Desault, Boyer, Jobert, etc., à la *ponction par le trocart ordinaire*, conseillée par Riolan, Schuh (de Vienne), Bébier, Aran, ou enfin à la *ponction par le trocart capillaire et l'appareil aspirateur ?*

Le *procédé par incision*, auquel se rattache la trépanation du sternum proposée par Sénac et Skielderup, inspire généralement beaucoup d'inquiétude à cause de la blessure possible du cœur ; mais c'est là un danger que ne doit pas redouter un chirurgien habitué aux opérations. Il a l'avantage de produire un écoulement complet et continu du liquide épanché, ce qui est très-important. Chez l'enfant dont je parle, je crois qu'il aurait eu des avantages, car l'épanchement, se reproduisant toujours, m'aurait obligé à faire, comme Aran, une injection irritante, iodée, dont le résultat eût été fort incertain, et mieux eût valu peut-être l'ouverture du péricarde donnant lieu à une fistule d'écoulement continu. Les cas d'ouverture du péricarde ne sont pas tellement nombreux, qu'on puisse juger le mérite absolu des différents procédés opératoires, et ce que je dis n'est qu'une opinion après coup, inspirée par la méditation des phénomènes offerts par ma malade.

La *ponction avec un trocart ordinaire* m'inspire plus d'inquiétude que l'incision d'un espace intercostal. L'effort à faire pour introduire un gros trocart, empêchant de mesurer exactement la profondeur de sa pénétration, peut amener une blessure grave du cœur. Malgré cet inconvénient, Schuh (de Vienne), et plus tard Heger, Aran, etc., ont tenté cette opération qui a donné plusieurs cas de succès, et à laquelle il faudrait encore avoir recours si l'on n'avait pas l'appareil aspirateur imaginé par Dieulafoy.

La *ponction avec les trocarts capillaires d'un appareil aspirateur* me paraît préférable à cause de la sécurité qu'elle donne au médecin en cas d'erreur de diagnostic ou de fausse manœuvre opératoire de sa part. En effet, avec ces trocarts vraiment capillaires, la ponction du cœur n'a aucun danger, car la piqûre se referme sans laisser aucune trace de son passage et sans provoquer d'accident immédiat.

Cette ponction aspiratrice a été faite avec succès par Pouroy, dans le service de Frémy, à l'Hôtel-Dieu, puis par Chaillou de Tourny, et par Chairon sur des malades qui sont morts.

L'exemple m'a paru bon à imiter, et je me suis décidé d'autant plus facilement à le suivre, que j'ai pris l'habitude de ces ponctions en remettant en faveur le traitement de la pleurésie purulente par les ponctions aspiratrices et en publiant des faits qui ont été le point de départ d'une foule d'essais semblables dans les différents services hospitaliers de Paris. Le cas exigeait une décision rapide, et comme le diagnostic n'avait pour moi rien d'incertain, c'est à la ponction par trocart aspirateur que je donnai la préférence.

Le lieu d'élection fut le cinquième espace intercostal près du sternum, qui correspond à l'intervalle du diaphragme et du bord droit du cœur. Dix fois, sur le cadavre de sujets n'ayant pas d'hydropéricarde, j'ai fait la ponction à cet endroit, et toujours je suis passé entre le diaphragme et le cœur. Seulement il faut diriger la pointe du trocart un peu en haut, car si l'on pénètre perpendiculairement on entre d'abord dans le péricarde ; puis, on arrive sur le diaphragme.

Il sortit 320 grammes de sérosité claire, citrine ambrée, puis à une seconde ponction, 510 grammes de sérosité rougeâtre ensanglantée ; — 150 grammes à la troisième ; — 310 grammes à la quatrième ; — 150 grammes à la cinquième ; — 330 grammes à la sixième ; mais, dans les dernières ponctions, le liquide devint trouble, couleur chocolat, par suite de la présence du sang altéré. Il est évident que les ponctions aspiratrices ne pouvaient évacuer tout le liquide du péricarde, qu'on n'en retirait qu'une petite partie suffisante pour soulager la malade, mais non pour la débarrasser, et qu'avec cette reproduction incessante, l'enfant s'affaiblissait de jour en jour davantage. — Elles avaient l'avantage d'ouvrir le péricarde et d'en retirer du liquide sans mettre ce sac membraneux en contact avec l'air et sans provoquer de putridité. Cependant, à juger par la marche des phénomènes et par l'autopsie, qui révéla la présence de 750 grammes de liquide, il est permis de se demander si l'incision du cinquième espace intercostal près du sternum, et, en ce point, l'établissement d'une ouverture fistule à écoulement continu

(1) Fin. — Voir les numéros des 9 et 11 décembre 1873.

n'auraient pas été préférables. C'est une question qu'il est au moins permis de poser et qu'on a le regret de ne pouvoir résoudre, tant l'expérience de chacun sur les épanchements péricardiques est limitée. — Quoi qu'il en soit, si un cas semblable se présentait de nouveau à mon observation, je ferais ce que j'ai fait ici, et sans hésiter un instant. Seulement, si l'épanchement se reformait sans cesse, et si le cœur était superficiellement au-dessus du liquide battant les côtes comme chez notre malade, je crois que, sans essayer les injections irritantes, je ferais l'incision pour créer une fistule.

Deux choses importantes ont été observées dans le cours de ces ponctions aspiratrices du péricarde, la première c'est l'entrée de l'air dans ce sac membraneux et la formation d'un *hydropneumo-péricarde*, et la seconde, la ponction du ventricule cardiaque droit.

L'hydropneumo-péricarde qui s'est formé au moment de la huitième ponction a été le résultat de l'aspiration exercée par le péricarde au travers de la canule, au moment de son adaptation à l'appareil aspirateur. Seulement, si l'on cherche à interpréter le phénomène pour savoir quelle est, dans ce cas, la cause de l'aspiration de l'air, on est assez embarrassé. Le péricarde peut-il aspirer par lui-même, et y a-t-il tendance au vide dans ce sac membraneux par suite de la systole cardiaque qui, diminuant le volume du cœur, exerce un retrait sur son enveloppe? Cela est probable, et si cette explication n'est pas la vraie, il faut admettre que la tendance au vide dans le péricarde dépendrait des mouvements de la cage thoracique, soit dans l'inspiration lorsque les poumons distendus resserrent le péricarde, ce qui est inacceptable, soit dans l'expiration à la suite du mouvement de retraite des poumons, fait tout aussi peu compréhensible.

Quant à ce qui concerne l'hydropneumo-péricarde, il n'a pu être considérable, car, par la canule capillaire du trocart, il n'y a eu qu'un seul bruit de hoquet, ce qui veut dire qu'il n'est entré que quelques bulles d'air. Malgré cela, les symptômes ont été caractéristiques, et un gargouillement à bulles moyennes et fines occupant la région précordiale avec son légèrement tympanique, indiquaient qu'un peu d'air était agité dans le liquide du péricarde par le cœur en mouvement.

Dans les huit ponctions aspiratrices, deux fois la canule *mousse* du trocart capillaire est entrée dans le cœur, au milieu du ventricule droit, et une saignée du cœur a été faite sans inconvénient appréciable. Une fois la saignée a été de 80 grammes environ et la seconde fois elle a été de 30 grammes.

La maladresse n'est pour rien dans l'accident, car, prudemment, j'avais pris un trocart au lieu d'une aiguille creuse de Dieulafoy. Ce n'est pas le trocart garni de sa pointe qui est entré dans le cœur, c'est la canule elle-même, mousse à son extrémité qui, étant poussée sans violence dans le but de plonger plus avant au sein du liquide, est entrée dans le cœur malade, aminci et ramolli. Qui aurait pu se douter qu'une canule sans pointe, enfoncée sans effort, pût ainsi pénétrer dans le cœur!

Si ce fait inattendu n'a rien eu de regrettable, puisqu'il n'a pas été suivi d'accident, il aura un triple avantage pour la thérapeutique, pour la clinique et pour la physiologie : à l'une, il montre *l'innocuité de la blessure du cœur* par le trocart aspirateur n° 2, qui ne laisse aucune trace de son passage ; à l'autre, il confirme ce que l'on sait déjà sur l'*altération des fibres cardiaques* et sur leur ramollissement granulo-graisseux dans l'*endo-péricardite*, c'est-à-dire sur la présence de la myo-cardite ; à la troisième, enfin, il montre 1° que l'on peut faire la *saignée du cœur* et en retirer 40 ou 80 grammes de sang, sans produire d'accident, et 2°, comme je l'ai fait, en 1848, avec Rayer (1), que l'on peut se servir, sans danger, sur l'homme, d'aiguilles à acupuncture placées dans le cœur pour distinguer la mort réelle de la mort apparente (2). En effet, des aiguilles de deux millimètres enfoncées dans les ventricules, trois jours avant la mort, ne laissent sur le cadavre aucune trace de leur passage, et, pendant qu'elles sont en place, elles révèlent la persistance des mouvements du cœur par des oscillations considérables. Si elles restent immobiles, c'est la mort ; car je ne crois pas, comme on l'a imprimé récemment, que des cholériques aient eu toutes les apparences de la mort, y compris l'absence des battements du cœur, pendant quatre heures, en conservant l'intelligence, le mouvement et la sensibilité (3). Si de pareils faits pouvaient être observés par d'autres que des médecins atteints de surdité, c'en serait fait de la physiologie. Ce sont là des affirmations regrettables qui encombrent la science, et qui fournissent à la littérature légère, sous la garantie de noms connus, des semblants de preuve destinés à faire croire qu'on peut être enterré vivant, et que, dans certains cas, le médecin ne peut reconnaître la vie d'avec la mort.

Un dernier fait, du ressort de l'anatomie pathologique, reste à discuter dans cette endo-péricardite. Dans la plupart des cas de paracentèse du péricarde faits dans ces dernières années, les malades étaient tuberculeux avancés, et l'épanchement péricardique n'était qu'une complication. Des cavernes existaient dans les poumons, de sorte que la ponction ne pouvait être qu'un palliatif pour prolonger la vie compromise par étouffement.

Cela me paraît exagéré et manquer d'exactitude.

Sans doute, comme l'ont dit Heger, Schuh, Aran et tant d'autres, les péricardites avec d'énormes épanchements se trouvent souvent chez des tuberculeux, mais ils se rencontrent aussi chez des goutteux, des rhumatisants et sur de simples pleurétiques. Les trois cas de guérison après ponction du péricarde, cités par Aran, n'étaient pas relatifs à des tuberculeux, car ils n'eussent pas guéri, et il en est de même pour celui de Frémy, que le docteur Ponroy a publié dans la *Gazette des Hôpitaux*, en 1870.

Ma malade n'était pas tuberculeuse dans la réelle acception du mot pour la clinique. Elle n'avait pas de cavernes, sa maladie primitive avait été, dit-on, une pleurésie à gauche, et c'est pendant le cours de cette maladie qu'elle aurait été prise d'endocardite mitrale et de péricardite.

Dans ses poumons, il n'y avait que trois petits noyaux tuberculeux jaunes verdâtres, durs et sans tendance au ramollissement. A la surface existaient de petites granulations fines, demi-transparentes et de formation récente. C'était le commencement d'une tuberculose apparaissant dans le cours d'une maladie chronique datant de trois mois, et non pas une cause de péricardite. C'était la fin et non le début du mal, chose importante au point de vue des rapports à établir entre la tuberculose et les hydropéricardes.

Maintenant, pourquoi l'épanchement, d'abord séreux à la première ponction, légèrement teinté de sang à la deuxième, est-il devenu tout à fait sanglant, lie de vin, ou couleur chocolat à la troisième? Pourquoi cette péricardite séreuse est-elle devenue hémorrhagique? Il est difficile de le dire. J'avais espéré un

(1) Ce fait a été établi dans des expériences d'acupuncture sur le cœur des lapins par M. Cloquet, en 1831.

(2) *Traité des signes de la mort*, par E. Bouchut, page 128.

(3) *Leçons sur le choléra à l'Hôtel-Dieu en 1873* (*Gazette des Hôpitaux*).

instant que l'état anatomique vasculaire du péricarde enflammé m'expliquerait ce phénomène, mais il n'en a rien été. La nécropsie nous a montré des parois ventriculaires ramollies et amincies, couvertes de fausses membranes épaisses en voie de régression, mais des capillaires nouveaux, point. Il n'y avait pas de vascularité appréciable, et s'il y avait de petits capillaires cachés dans la profondeur de l'exsudation, capillaires invisibles après la mort, il est douteux qu'ils aient pu transformer une péricardite simple en péricardite hémorrhagique.

Reste enfin le fait curieux de l'endocardite mitrale végétante constatée à l'autopsie et n'ayant pas produit ses symptômes caractéristiques pendant la vie. En effet, il n'y a eu que très-passagèrement, et cela durant trois jours, un souffle mitral de la base à la pointe au premier bruit. Pendant le reste de la maladie, et avant la mort, ce souffle avait disparu. Ce n'est pas la première fois qu'on observe un souffle organique du cœur cessant ou se montrant de manière intermittente. Tous les cliniciens ont vu des faits de ce genre que peuvent seuls méconnaître les fanatiques de laboratoire ; mais ils sont très-importants à signaler. Ils montrent une fois de plus qu'il y a des lésions sans symptômes, que les théories les mieux fondées de l'hydraulique ne sont pas constamment applicables chez le malade, et qu'il y a autre chose à rechercher que le jeu mécanique des soupapes valvulaires, dans l'étude des maladies du cœur.

La force systolique est un élément dont il faut tenir un compte égal à celui des obstacles valvulaires, car elle fait souvent compensation à ces obstacles. Selon qu'elle s'accroît ou qu'elle diminue, elle peut faire apparaître, modifier ou faire disparaître un bruit de souffle cardiaque dû à un rétrécissement ou à une insuffisance. Chez les vieillards, principalement, comme l'ont montré Piorry, Monneret et Fleury, on trouve souvent sur le cadavre des obstacles valvulaires anciens et sérieux, dont nul symptôme physique de souffle n'avait révélé l'existence. Cela dépend alors d'une diminution de l'énergie contractile des ventricules, ou bien d'un certain degré d'hypertrophie concentrique rétrécissant les cavités ventriculaires.

Chez notre malade, le cœur aminci, faiblement asystolique, battant près de deux cents fois par minute, n'envoyait par l'orifice mitral qu'une ondée sanguine, insuffisante à la production d'un souffle ; sous l'influence de la troisième ponction le pouls me parut devenir plus fort pendant quelques jours, et c'est alors que le souffle mitral d'insuffisance put être constaté. Il a disparu lorsque la systole cardiaque s'est affaiblie de nouveau. Un phénomène analogue s'observe très-souvent, dans mon service, chez des enfants impressionnables, nerveux, dont le cœur est normal et que j'examine pour la première fois devant une nombreuse assistance. Très-souvent, je le répète, je trouve alors une vive impulsion cardiaque, un choc à timbre métallique, et, à l'orifice aortique, un souffle du premier temps qui pourrait faire croire à un rétrécissement artériel. Il n'en est rien. Une fois l'émotion calmée, le souffle disparaît. On acquiert ainsi la conviction qu'il était dû à un surcroît momentané d'énergie des ventricules, créant une espèce de rétrécissement artériel relatif, c'est-à-dire envoyant trop vivement dans l'artère aorte une ondée sanguine qui frotte les sigmoïdes et fait le bruit de souffle.

En résumé, après avoir analysé la série des phénomènes présentés par notre malade et discuté les points obscurs et controversables, vous voyez :

1° Que la péricardite avec épanchement considérable n'est pas toujours un effet de la tuberculose ;

2° Que dans la péricardite avec épanchement, le cœur peut surnager le liquide, être assez superficiel pour battre visiblement et fortement sous les côtes, alors que ses bruits sont très-appréciables ;

3° Que les grands épanchements péricardites doivent être traités par la paracentèse du péricarde ;

4° Que la paracentèse du péricarde doit être faite dans le cinquième espace intercostal très-près de la ligne médiane ;

5° Que la ponction avec les trocarts capillaires d'un appareil aspirateur sont préférables à la ponction avec un gros trocart ;

6° Que dans la paracentèse du péricarde avec un trocart, il y avait aspiration de l'air extérieur et formation d'un hydro-pneumo-péricarde ;

7° Que dans la paracentèse du péricarde par un trocart capillaire de 1 à 2 millimètres, la pénétration des ventricules et la saignée du cœur ne sont suivies d'aucun accident ;

8° Qu'on ne trouve pas dans le cœur traversé par un trocart de 1 millimètre les traces du passage de l'instrument ;

9° Que la ponction du péricarde n'est souvent qu'un moyen palliatif, car il est rare que l'épanchement ne se reproduise pas et n'entraîne point la mort des malades.

OBSERVATIONS DE SYPHILIS VACCINALE (1)

Par M. le docteur COSTE.

En résumé, nous reconnaîtrons qu'une pustule vaccinale est impure aux caractères suivants : irrégularité et formation lente du bouton, qui est aussi peu développé et d'une coloration brune ou jaune ; anneau ou bourrelet complet ou incomplet, d'une dureté particulière, formé aux dépens des parties voisines et bordé d'un petit liséré rouge plus ou moins marqué ; sortie facile d'un liquide trouble et moins visqueux que le vaccin ; symptômes inflammatoires peu accentués ; enfin cicatrisation lente et à surface irrégulière.

Ces signes sont-ils particuliers au seul cas où sur le même point il se forme à la fois une ulcération syphilitique et une pustule vaccinale ? Quelques-uns, tels que la déformation, etc., se rencontrent sur des tempéraments scrofuleux et dans la fausse vaccine, mais en général ils ne sont pas si bien marqués et réunis. Souvent aussi on a cru avoir affaire à une fausse vaccine, tandis qu'en réalité on se trouvait en présence d'une pustule de mauvaise nature.

La facilité avec laquelle sort le liquide prouve un certain degré de désorganisation dans l'intérieur du bouton ; le cloisonnement n'existe plus, est détruit tout au moins en partie, ou bien se laisse facilement désorganiser par le fait seul du mélange des deux virus. Il y a lieu de croire aussi que le vaccin, par son contact, hâte la cicatrisation de ces mauvaises ulcérations, car d'ordinaire celle-ci s'opère moins vite, et, d'un autre côté, la formation de l'ulcération syphilitique doit singulièrement retarder le développement de la pustule vaccinale.

On peut s'attendre à rencontrer, dans tout ce que nous avons dit, des différences notables. Quoi qu'il en soit, on ne pourra jamais se tromper lorsque, par exemple, il aura été permis de comparer une seule fois les parties voisines d'un bouton de vaccine sain avec les parties voisines d'une pustule vaccinale impure. Toujours, quoique l'anneau soit peu proéminent et incomplet, on trouvera une dureté plus grande, une moindre élasticité des tissus, etc., et, lorsque le bourrelet n'existera que sur une partie de la circonférence, on pourra facilement constater encore l'existence de l'ulcération dont il s'agit, limitée à ce même côté.

Nul doute que bientôt d'autres faits mieux observés peut-être, et surtout plus longtemps poursuivis, ne viennent confirmer ce que j'avance. En oubliant ou en ne tenant aucun compte de toutes ces indications, on peut se trouver en présence d'accidents graves et en apparence inexplicables. Vous l'avez vu, on peut, avec du vaccin

(1) Fin. — Voir le numéro du 11 décembre 1873.

pris toujours sur le même sujet, inoculer à des personnes la syphilis et ne communiquer à d'autres que la vaccine.

La transmission de la syphilis par le vaccin n'est pas douteuse; mais ce qui n'est pas moins certain, c'est que le vaccin lui-même ne sera jamais de nature syphilitique, peu importe le sujet sur lequel il aura été recueilli. Il deviendra syphilitique si vous le mêlez avec le virus de ce nom, ou mieux si vous l'inoculez avec ce virus. En un mot, il ne peut être que le véhicule de la syphilis.

Il s'agit de savoir de quelle façon ce mélange peut se faire.

Prenez deux enfants auxquels vous inoculerez du vaccin exempt de toute souillure. Chez l'un d'eux, qui sera sous l'influence d'une affection syphilitique, vous risquez de déterminer des manifestations de cette affection, et chez l'autre, qui se trouvera à l'abri de cette diathèse, vous n'obtiendrez que des pustules vaccinales.

En outre, ces manifestations peuvent se limiter aux points seuls où l'opération aura lieu, se traduisant simplement par des ulcérations, ou bien elles se feront sur différentes parties du corps et sous des formes diverses.

D'un autre côté, parmi les pustules que vous aurez déterminées chez un enfant atteint de la maladie dont nous parlons, les unes peuvent contenir du virus impur, et les autres seulement du vaccin, de telle sorte qu'en vous servant de ce vaccinifère vous déterminerez, suivant la pustule où vous aurez puisé, tantôt une éruption vaccinale simplement, tantôt avec la vaccine une manifestation syphilitique; tout comme nous pourrions, avec du vaccin provenant d'un varioleux, communiquer la vaccine seule ou les deux fièvres éruptives à la fois.

On l'a dit avant nous, avec juste raison, le vaccin est un, comme le virus chancreux et le virus varioleux; les chancres sont les analogues des pustules vaccinales et des boutons de variole. De même nous n'avons pas été le premier à observer que, sur un même sujet, parmi les pustules vaccinales, les unes pouvaient être syphilitiques et les autres ne pas l'être. En 1869, au mois d'août, M. Alphonse Guérin présente à l'Académie un cas de ce genre. On a objecté que la période d'incubation n'était pas assez longue pour voir apparaître une ulcération syphilitique en même temps qu'un bouton de vaccine. En définitive, c'est moins parce qu'il manque le germe de la syphilis que parce que la partie sur laquelle doit se faire la manifestation n'est pas préparée; mais le vaccin peut bien, par sa présence, hâter cette préparation. Ce raisonnement me paraît fort simple et digne d'être accepté.

Ce qui précède explique pourquoi cette question de la syphilis vaccinale reste si obscure et peut donner lieu à des discussions indéfinies aussi bien qu'à des faits vrais et qui en apparence paraissent contraires. C'est là surtout une preuve certaine que les chiffres seuls ne peuvent absolument rien prouver. Ramenez toutes les statistiques qui ont été produites dans les deux camps aux conditions de transmission précédentes, vous trouverez que toutes sont vraies, sincères, et qu'au fond elles certifient la même chose. Est-ce à dire qu'on n'est jamais sûr d'inoculer de bon vaccin? Non certainement; il ne faut pas interpréter ainsi la démonstration que nous venons de faire. Cela signifie simplement qu'on doit apporter le plus grand soin dans le choix du vaccin.

Sans rien négliger, nous pensons que l'attention des praticiens doit tout particulièrement se concentrer sur la pustule vaccinale, sur le liquide qu'elle contient et les parties sur lesquelles elle repose. Les considérations dans lesquelles nous sommes entré font comprendre toute l'importance qui se rattache à cet examen. Heureux si je pouvais réveiller les esprits de cette funeste apathie et suffisance, qui chez nous laissent se dégrader les meilleures choses! Nous discutons beaucoup, et nous agissons fort peu, il faut en convenir. On cherche à tout inventer, et on ne perfectionne rien. On est surpris de voir que, comparativement, le vaccin a plus dégénéré en France et en Italie qu'en Allemagne et surtout en Angleterre. Vous serez édifié en lisant les renseignements donnés par le docteur Seaton et les relevés de M. Anstie faits à Small-Pox Hospital (1). L'infection syphilitique existe pourtant à un aussi haut degré chez nos voisins, et ces différences dans les qualités du vaccin tiennent simplement à la manière dont on pratique les vaccinations. En France, la vaccine n'est entourée pour ainsi dire d'aucune précaution. Jusqu'à ce jour nous avons vacciné comme dernièrement nous avons fait la guerre, exactement de la même manière. Les recommandations se trouvent dans tous les livres et sur toutes les lèvres, mais en réalité on n'en tient aucun compte. Les Anglais, plus pratiques, sachons le reconnaître, ont apporté dans les vaccinations des soins minutieux, et c'est par de si louables efforts qu'ils ont pu éviter une aussi grande dégénérescence du vaccin et surtout à peu près entièrement la transmission de la syphilis vaccinale. Ils n'ont jamais oublié ce qu'avait écrit leur illustre compatriote : « On vaccinera mal, et le vaccin perdra de son efficacité. »

(1) Anstie, *The vaccination question*, in *The Practitionner*. 1869.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 5 novembre 1873 (1). — Présidence de M. Trélat.

Sur la galvanocaustie. — M. TRÉLAT. J'ai l'honneur de déposer, sur le bureau de la Société, deux observations de *Tumeurs érectiles enlevées par l'anse galvanocaustique*.

Obs. I. — François M..., âgé de trois ans, porte à la région dorsale, un peu à droite de la ligne médiane, au niveau de la cinquième vertèbre dorsale, une tumeur érectile congénitale qui a augmenté depuis la naissance et mesure actuellement 4 centimètres dans un sens et 5 dans l'autre; son épaisseur est de 18 millimètres. Brunâtre à son sommet, elle est bleuâtre, avec des points violets dans son pourtour. Les caractères de la tumeur érectile progressive sont nettement accusés.

Opération le 6 août 1873. — La tumeur est artificiellement pédiculisée à l'aide de quatre épingles longues et fines passées parallèlement sous sa base et d'un fil de soie serré au-dessous d'elles. L'anse coupante est appliquée sur le fil de soie et est mise en action à l'aide d'un courant très-faible. La section dure quatre minutes. Il ne s'écoule pas une goutte de sang, pas plus sur la surface de la tumeur détachée que sur la surface de la plaie. L'une et l'autre sont sèches, d'un gris jaunâtre déterminé par la présence d'une eschare qui semble épaisse de 1 millimètre à 1 millimètre et demi. Les suites de l'opération ont été absolument simples; aucun accident, nulle hémorrhagie secondaire; et quoique la cicatrisation ait été lente, la guérison est aujourd'hui complète et définitive.

Obs. II. — Paul N..., âgé de trois ans et demi, portait, sur la région acromio-deltoïdienne droite, une tumeur érectile qui avait à peine le volume d'une cerise au moment de la naissance. Actuellement, elle est arrondie, fait une forte saillie de 5 centimètres; son diamètre est de 8 centimètres. Son sommet, aplati, est constitué sur une mince cicatrice développée à la suite d'un suintement sanguin suivi de suppuration il y a environ un an. Sur le reste de la tumeur, le tégument a une épaisseur et une couleur variées. Quelques points jaune-brun, d'autres bleuâtres, quelques-uns d'un violet sombre. La tumeur est bosselée, mollasse, dépressible et mobile sur les plans profonds. L'enfant avait été vacciné aux bras comme le précédent.

Opération le 6 août. — Pédiculisation de la tumeur à l'aide de six épingles et d'un fil de soie. Section très lente (près de six minutes) par l'anse coupante. Au moment où l'anse était tout à fait serré, un très-petit vaisseau laissa suinter quelques gouttes de sang. Le contact du stylet, peu chauffé, arrête tout écoulement. La plaie est sèche, jaunâtre; l'eschare est plus ferme et semble plus profonde que chez le premier opéré. A son centre, elle repose directement dans un espace de 1 centimètre carré sur le périoste qui recouvre l'épine de l'omoplate. Il y eut là un petit séquestre qui se détacha

(1) Fin. — Voir le numéro du 6 décembre 1873.

dans les premiers jours d'octobre. L'examen de la surface profonde de la tumeur prouve que le tissu caverneux occupait toute l'épaisseur de la peau et du tissu cellulaire, et, par conséquent, que la section n'avait été que juste assez profonde. A part le petit séquestre, il n'y eut aucun accident ; la guérison est aujourd'hui complète et la cicatrice solide.

Bien que la relation de ces deux faits soit aussi brève que possible et réduite aux seules données qui importent à l'étude de la méthode galvanocaustique, vous y pouvez voir la preuve que la cure a été obtenue complète et sans entraves, que l'opération, facile et rapide, n'a entraîné aucun accident ; enfin, que la plaie a présenté ce caractère de simplicité et de siccité si utile à la marche ultérieure des phénomènes de réparation. Ce sont là des avantages réels auxquels d'autres méthodes peuvent prétendre, mais qu'elles ne dépassent assurément sous aucun rapport.

Puisque j'en suis venu à indiquer les avantages de la galvanocaustie dans un cas particulier, permettez-moi d'élargir un peu le cadre de cette communication, et d'exposer, sous forme de proposition, ce que l'usage répété du galvano-cautère m'a permis de constater.

Les galvanocautères ont pour caractère fondamental, quels que soient leur forme et leur volume, de pouvoir être portés à tous les degrés de température selon la volonté de l'opérateur, et maintenus au degré voulu pendant un temps variable suivant la pile, mais suffisant pour la pratique de toutes les opérations.

Cette condition précieuse de variabilité ou de fixité de la température, dans des instruments dont la partie active est toujours peu volumineuse, permet des actes opératoires tantôt délicats et très-précis, tantôt, au contraire, énergiques et prolongés.

Les instruments galvano-caustiques utiles sont au nombre de trois : le stylet ou couteau formé par un fil plus ou moins épais, doublé parallèlement à lui-même ; le cautère, dont le fil, enroulé en spirale, constitue une olive incandescente ; enfin, l'anse coupante, sorte de serre-nœud à la fois constricteur et caustique.

Le stylet, ou couteau porté au rouge vif, est un cautère mince et fin. Il coupe les tissus comme un bistouri ou les perce comme un trocart, mais la plaie ou la ponction saignent. Au rouge sombre et surtout au rouge pâle, la section est exsangue, mais elle s'opère avec une grande lenteur.

Le cautère galvanique n'est utile qu'au rouge vif. C'est un instrument de destruction ignée. La minceur de la tige qui le porte et la vive lumière qu'il projette permettent de le faire agir avec sécurité et précision dans la profondeur des cavités naturelles ou accidentelles.

L'anse coupante doit toujours être employée à une température peu élevée, à peine rouge. Pendant toute la durée de la section, elle doit étreindre fortement les parties à diviser. Dans ces conditions, le fil coupe par minute une épaisseur de tissus de 10 à 15 millimètres par une action lente, régulière et continue.

Au contraire, le couteau et le cautère se refroidissent par leur contact avec les tissus et surtout les liquides. Il est nécessaire de les relever et de les réappliquer incessamment pour obtenir une action efficace.

L'eschare du cautère galvanique ressemble à celle du couteau actuel. Elle est irrégulière et présente des parties mortifiées jaunes ou grises et d'autres tout à fait carbonisées et noires. Comme agent destructeur, le cautère actuel est plus puissant en raison de sa masse ; aussi doit-on réserver le cautère galvanique pour les cavités profondes et pour certaines cautérisations où l'intensité et la rapidité sont les indications dominantes.

L'eschare de l'anse coupante est plane, unie, régulière, d'une couleur brun-jaune ou gris-jaune. Son épaisseur dépasse rarement 1 millimètre. Elle est absolument sèche. L'hémostasie est donc complète, mais l'expérience apprend que la puissance hémostatique ne serait pas durable si on avait sectionné des artères d'un trop gros calibre ; ou, en d'autres termes, qu'on doit redouter les hémorrhagies secondaires à cause de la minceur de l'eschare. C'est une question de mesure, mais on sait dès aujourd'hui que les vaisseaux de la langue, du corps caverneux, du cordon testiculaire, des angiomes et des carcinomes sont solidement oblitérés par l'anse coupante.

La douleur est à peu près nulle, et la plaie se comporte comme toutes les plaies de cautérisation ; pas de sang, pas de caillots, nulle substance putride, et quand l'eschare tombe, elle est chassée par la couche des bourgeons charnus. La cautérisation est, il est vrai, un peu lente ; mais on a sauté, pour ainsi dire à pieds joints, par-dessus les chances toujours redoutables des premiers jours du traumatisme.

Tels sont, messieurs, résumés dans un langage que j'ai voulu rendre laconique, les caractères fondamentaux de la galvanocaustie. D'autres, sans doute, les ont antérieurement reconnus, mais j'ai tenu à les exprimer devant vous d'après mon expérience personnelle.

Une méthode opératoire, qui se comporte comme il vient d'être dit, est-elle destinée à rester à l'état de curiosité ou de bizarrerie chirurgicale, ou bien doit-elle prendre un rang définitif dans la pratique ? Importante question dont la solution favorable me semble déjà bien avancée.

Quand on considère que, depuis vingt ans, la galvanocaustie n'a cessé de faire des adeptes, malgré les embarras et les difficultés de l'outillage, on ne peut nier les présomptions en faveur de la méthode. Cela n'est point une affaire de mode, un engouement passager, cette sorte de sacrifice un peu trop commun peut-être dans notre profession à l'instrument nouveau. C'est, au contraire, un esprit de recherche et de suite qui atteste l'utilité réelle.

D'ailleurs, les fins de non-recevoir déduites de la nature de l'appareil tendent chaque jour à être moins acceptables. Ces appareils sont devenus maniables, transportables, réguliers dans leur action, obéissants au chirurgien, et beaucoup moins coûteux qu'autrefois. Ajoutez qu'il n'existe aucune raison plausible de supposer qu'ils ne doivent point s'améliorer encore. Aussi croirai-je ne m'écarter guère de la vérité en disant qu'une dizaine des membres de la Société acceptent la méthode, et que, pour eux au moins, il n'y a plus lieu de discuter que sur les procédés et les indications particulières.

Ce n'est pas à eux que je m'adresse en ce moment, puisque le débat n'existe encore sur aucun point de thérapeutique spéciale, mais bien à ceux de mes collègues qui, surtout frappés des inconvénients de la méthode, tendraient volontiers à la repousser de la pratique.

A ces derniers, je voudrais montrer que la galvanocaustie est souvent une ressource, parfois une méthode de choix, dans quelques cas une méthode de nécessité ; en d'autres termes, que, dans certaines circonstances, elle vaut les autres méthodes sans les dépasser, que, dans d'autres, elle leur est supérieure, que, dans quelques-unes, elle seule satisfait aux indications.

Ce programme précis, dont je ne ferai d'ailleurs que poser les jalons, ne permettra pas qu'on se méprenne sur ma pensée et qu'on me soupçonne de vouloir faire de la galvanocaustie une panacée universelle. Non. Je l'ai déjà dit et je le répéterai ici : en présence du bistouri, de la cautérisation chimique, de la cautérisation ignée et de l'écraseur, le rôle de la science est de déterminer les motifs de choix ou les indications ; le rôle de l'art est de les reconnaître et d'y satisfaire.

Il n'y a vraiment pas lieu d'insister sur le premier point, à savoir que, dans presque tous les cas où le cautère actuel est indiqué, le galvano-cautère peut être employé. Cela n'a d'ailleurs pas d'importance. Mais, en revanche, j'affirme que le galvano-cautère est infiniment supérieur, chaque fois que, la cautérisation devant être précise et limitée, il y a lieu de se servir d'un instrument délicat.

Toutes ces cautérisations pénétrantes et pongitives que préconise, après bien d'autres, M. Richet, celle des fistules profondes, du sac lacrymal et du canal nasal, celle des hémorrhoïdes, que j'ai adoptée sur le conseil de notre collègue M. Verneuil, et qui, six fois déjà, m'a donné les meilleurs résultats ; celle des tumeurs érectiles de petit ou de moyen volume, tout cela s'exécute avec une précision

et une sûreté auxquelles ne saurait atteindre aucune forme de cautère métallique chauffé au feu.

Ce moyen est particulièrement précieux chez les enfants pour les angines situées au pourtour des orifices naturels et surtout des paupières. Je me souviens, entre autres faits, d'une fillette de cinq ans, qui portait à l'angle externe de l'œil droit une petite tumeur érectile artérielle progressive, grosse comme une forte lentille. Je la mis debout entre mes genoux, et, sans l'avertir, en moins de temps qu'il n'en faut pour le dire, je lui fis trois piqûres avec un stylet rougi. Elle s'en alla avec un carré de diachylon sur la tempe, et, depuis trois ans tantôt, on ne voit plus à la place de l'angiome qu'une petite cicatrice blanche et imperceptible.

On me dira que ces façons d'escamotage opératoire n'ont qu'une médiocre valeur. J'en tombe d'accord, quoiqu'ils aient leur prix pour les malades ou pour leurs parents; mais elles prouvent au moins qu'on ne saurait moins bien faire quand le patient est maintenu par des aides ou immobilisé par l'anesthésie. Je n'ajouterai rien sur ce point que M. Verneuil a déjà exposé, et où je ne pourrais qu'appuyer ses arguments en les reproduisant.

Il y a quelques jours, je fus consulté par une dame, âgée de soixante-quatorze ans, qui portait au sein droit, en haut et en dedans, une tumeur grosse comme une pomme de reinette aplatie. Quand cette tumeur avait-elle paru? Personne ne le sait exactement; mais on affirmait qu'elle grossissait depuis trois mois, et qu'un point rouge, adhérent, vascularisé, sillonné de temps à autre par de vifs élancements, grandissait régulièrement depuis cinq à six semaines. Le creux de l'aisselle ne contenait aucune bosselure suspecte. C'était un squirrhe menacé d'une ulcération très-prochaine. Il me parut qu'il y avait avantage à prévenir cette éventualité en mettant à profit l'état de limitation bien nette de la tumeur. Je proposai donc l'ablation, en méditant de faire une opération à la fois courte, définitive, et sans une goutte de sang. L'âge de la malade et son excitabilité m'imposaient ces conditions. Elles ont été admirablement remplies par une double anse galvanocaustique, et je crois avoir choisi une méthode supérieure à toute autre pour ce cas particulier. Je le crois, parce que, la malade voulant être chloroformée, je tenais grandement à ne pas pousser trop loin et à ne pas prolonger l'inhalation; il fallait donc agir vite. Or, à force hémostatique au moins égale, l'anse coupante sectionne plus vite les tissus que la chaîne de l'écraseur, et il faut dire : beaucoup plus vite, quand une notable étendue de peau doit être divisée. Aussi, nous n'avons pas dépensé plus de 10 grammes de chloroforme; l'opération a duré huit à dix minutes, et nous n'avons pas fait une tache de sang. Je demande, messieurs, quelle méthode opératoire aurait pu nous donner ce triple résultat, qui se résume en deux mots : rapidité, hémostasie.

Ce sont des motifs du même ordre qui m'avaient conduit à employer l'anse caustique pour les deux tumeurs érectiles que j'ai rapportées au début de cette communication. Pour ces trois cas, on aurait pu, à la rigueur, employer l'instrument tranchant suivi de cautérisation, ou les flèches caustiques, ou l'écraseur. L'anse coupante offre des avantages qui en ont fait la méthode de choix.

Mais j'ai avancé plus haut que la galvanocaustie est parfois une méthode de nécessité, c'est-à-dire qu'aucune autre ne la remplace. Je ne ferai que mentionner ici les tentatives que MM. Bœckel, Labbé, Lannelongue et moi-même nous avons faites pour appliquer l'anse galvanocaustique, *sans opération préliminaire*, au traitement des polypes naso-pharyngiens. Ces tentatives, dont quelques-unes ont été heureuses, ne sont pas le dernier mot de l'art; et si la doctrine que défendent MM. Gosselin, Legouest et, je crois, M. Guérin sur la caducité des fibromes pharyngiens par les progrès de l'âge venait à être démontrée, elles deviendraient la première piste d'une voie bientôt foulée par la généralité des chirurgiens.

En dehors de cette double espérance, ou, si vous le voulez, de cette double hypothèse, je vous prierai de vous souvenir d'un malade dont j'ai entretenu à plusieurs reprises la Société. Ce jeune homme, que j'ai traité du mois d'avril 1872 au mois d'août dernier, pour un polype naso-pharyngien, et qui, opéré d'abord par la résection temporaire du maxillaire supérieur, vint me trouver pour une récidive considérable de son polype. Je vous ai dit que, dans le cours de l'année, après avoir vainement essayé de l'arrachement, des cautérisations au chlorure de zinc, de l'électrolyse, j'en étais venu à lui faire des séances répétées de cautérisation avec le cautère galvanique incandescent, et que ces cautérisations avaient supprimé la tumeur et enrayé tous les accidents. Vous avez vu le malade, en août dernier, robuste et vigoureux; il nous a envoyé de ses nouvelles tout dernièrement; il va très-bien, travaille tout le jour, et n'est plus du tout pressé de nous revoir.

J'espère qu'il est guéri; mais, ne le fût-il pas, son état a été prodigieusement amélioré. Vers les mois de décembre 1872 et janvier 1873, il avait été en très-grand danger. C'est le cautère électrique qui l'a sauvé. Je n'exagère rien en tenant ce langage. Je mets au défi le plus madré, le plus habile des chirurgiens de porter un cautère actuel et de s'en servir utilement dans les arrière-narines et dans la coupole du pharynx. On l'y introduira, sans doute; mais, ensuite, on poussera un peu au hasard, et il faudra bien vite retirer l'instrument à cause de la chaleur suffocante qu'il développe, ou bien on se servira d'une gaîne en bois, en ivoire, en carton mouillé et on atteindra l'amygdale ou la peau du pharynx, mais point l'apophyse basilaire et encore bien moins l'apophyse ptérygoïde. Si on renonce au fer rouge pour la pâte au chlorure de zinc, les difficultés changent, mais ne sont pas moindres. La rondelle caustique est mal fixée, elle se déplace, agit sur un endroit sain et manque le lieu malade; parfois, quand elle rencontre ou avoisine un filet du trijumeau, elle occasionne d'épouvantables névralgies récurrentes dans l'œil, les lèvres, toute la face et le crâne. Pour mon malade et moi, l'expérience a été faite à plusieurs reprises, et ni l'un ni l'autre nous n'étions satisfaits. Beaucoup de douleurs, quelques nécroses inutiles et fort peu de besogne réelle, voilà le bilan de la cautérisation chimique pour ce cas particulier.

Après ces essais infructueux, que restait-il à essayer encore? Une nouvelle résection temporaire ou l'ablation totale du maxillaire supérieur? C'est cette inadmissible question qui m'a conduit au galvano-cautère. Je m'en applaudis, et je suis fermement convaincu que j'aurai des imitateurs. Comment en serait-il autrement, si on compare la rapidité, l'efficacité, la bénignité du galvano-cautère avec les longues douleurs consécutives aux autres moyens, et en particulier à la cautérisation chimique.

En effet, dès que le manuel opératoire fut bien établi, les choses se passèrent le plus simplement du monde. Le malade venait à l'amphithéâtre avec son verre d'eau à la main, son alèze et son bassin sous le bras. La séance durait quelques minutes; il se rinçait la bouche et s'en allait gaillardement reprendre son travail ou son jeu, interrompus pour un moment.

C'est pour des cas de ce genre que le galvano-cautère me semble être la méthode qui s'impose, ce que j'ai appelé la méthode de nécessité, parce que, dans son mode d'action, elle est infiniment supérieure à toute autre. Ici je voudrais être absolument clair et ne prêter à aucune équivoque. Je n'ai point en vue de formuler une règle générale pour la cure des polypes naso-pharyngiens. Ma visée est plus modeste, mais très-catégorique; je dis que chaque fois qu'on voudra détruire par la cautérisation un néoplasme situé au fond de la gorge, sans creuser de voie artificielle préalable et large, rien ne vaudra le cautère électrique.

Je m'arrête, messieurs, dans ce plaidoyer déjà long. A plusieurs reprises la Société s'est occupée de la galvanocaustie; la question est à son ordre du jour. L'occasion m'a semblé opportune pour exposer devant vous les résultats de mon expérience personnelle; je les livre à la discussion, et je vous prie de voir dans les développements que j'ai fournis l'unique désir d'être bien compris et d'éviter autant que possible les malentendus inutiles.

M. TILLAUX communique l'observation suivante à l'appui de la communication de M. Trélat.

Tumeur épithéliale de l'épiglotte et des replis glosso-épiglottiques. Cautérisation au galvano-cautère. (Voir le numéro du 13 décembre.)

M. PANAS communique l'observation suivante :

Phlegmon orbitaire. — Méningo-encéphalite consécutive. — Névrite optique avec amaurose. — Perforation spontanée par ostéite des os et du crâne. (Voir le numéro du 13 décembre 1873.)

La séance est levée à cinq heures et demie.

Le secrétaire, TILLAUX.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Hôpitaux de Paris. — Un concours pour la nomination à une place de pharmacien dans les hôpitaux de Paris sera ouvert le jeudi 15 janvier 1874, à deux heures précises, dans l'amphithéâtre de la pharmacie centrale de l'administration générale de l'assistance publique, à Paris, quai de la Tournelle, 47.

Les candidats devront se faire inscrire au secrétariat général de l'administration, depuis le mardi 16 décembre 1873 jusqu'au mardi 30 du même mois inclusivement, de onze heures à trois heures de relevée.

— La Société de médecine de Paris a procédé dans sa séance du 13 décembre au renouvellement de son bureau pour l'année 1874. Sont nommés :

Président : M. Peter ; *vice-président* : M. Gallard ; *secrétaire général* : M. Charrier ; *secrétaires annuels* : MM. Gillette, Lolliot ; *trésorier* : M. Perrin ; *archiviste* : M. A. Voisin.

Le Directeur : Dr E. LE SOURD.

Paris. — Typographie A. POUGIN, quai Voltaire, 13.

Ce journal parait trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix d'abonnement doit être envoyé en mandats-poste ou en ... sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Bureaux : 57, rue des Saints-Pères, 57
PRÈS L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

On s'abonne hors de Paris dans les Bureaux des Messageries et chez les Libraires
Les lettres non affranchies sont refusées.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS
Trois mois. . . 8 fr. 50 c.
Six mois. . . 16 —
Un an. . . 30 —

POUR L'ÉTRANGER le port en sus suivant les derniers tarifs des Postes.

Paris, le 17 décembre 1873.

SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

Une discussion courte, précise et sans phrases, comme il serait désirable d'en entendre plus souvent, a eu lieu hier sur quelques points de la question des signes certains de mort, au sujet du rapport de M. Devergie.

Nous n'avons reproduit de ce rapport, dans le numéro de jeudi dernier, que les propositions annexées en appendice. Il est nécessaire pour l'intelligence de cette petite discussion dont on trouvera un résumé dans le compte rendu, que nous rappelions les dispositions principales du rapport où tous les points de la question ont été examinés et étudiés avec une profonde attention.

La première partie du programme du marquis d'Ourches, celle qui est relative à la découverte d'un moyen simple et vulgaire de reconnaître d'une manière certaine et indubitable les signes de la mort réelle (prix de 20,000 fr.) est hors de cause, la commission ayant déclaré qu'il n'y avait pas lieu d'adjuger le prix.

C'est sur les moyens qui ne peuvent être employés que par des hommes de l'art (prix de 5,000 fr.), que se concentrait tout l'intérêt du rapport, et c'est sur quelques-uns des moyens proposés et mis en relief par le rapporteur qu'ont porté les observations.

Quelques-uns des mémoires envoyés pour ce concours, quoique n'ayant pas résolu la question au point de vue de la mise à la portée de paysans ignorants des moyens proposés, ayant néanmoins une valeur incontestable au point de vue de la deuxième partie du programme, ont été reportés par la commission de cette seconde série.

L'auteur de l'un des mémoires (n° 101), indépendamment d'une étude pratique et rigoureuse de tous les signes connus dans la science, prise en grande considération par la commission, a précisé d'une manière beaucoup plus exacte qu'on ne l'avait fait jusqu'à présent les caractères, la marche et la durée des lividités cadavériques.

L'un des compétiteurs, l'auteur du mémoire n° 11, croit avoir découvert un signe certain de mort qui précède à longue date la putréfaction générale et qui cependant en dérive. Ce signe, c'est la tache ombrée et grisâtre qui apparaît sur la sclérotique à la partie externe de la cornée transparente d'abord, pour se manifester ensuite à sa partie interne et envahir plus tard toute sa circonférence. L'auteur démontre aussi que l'œil est l'organe qui se putréfie le premier, et non pas le ventre, comme on le pense généralement.

Bien que ce signe ait été déjà signalé en 1838 par un médecin de Copenhague, M. Sommer, probablement à l'insu du concurrent, la commission n'en considère pas moins ce dernier comme ayant fait réellement cette découverte, par les soins qu'il a apportés à l'étude de ce signe observé sur un très-grand nombre de sujets, dans toutes ses phases et dans les diverses influences qu'il subit de la part de la cause de la mort et surtout de la température et de la sécheresse de l'atmosphère.

Le même auteur a fait des observations utiles sur la contractilité fibrillaire et sur la rigidité cadavérique.

Les auteurs des mémoires inscrits sous les n°s 8 et 43 ont appliqué l'étude de la thermométrie à la constatation des décès. Ils sont arrivés aux mêmes résultats, après des vérifications très-nombreuses et dans des conditions différentes. Il en résulte que, toutes les fois que le thermomètre, placé dans l'aisselle ou dans le rectum, descend graduellement et régulièrement à une température de 27 à 28 degrés, on peut acquérir la certitude de la mort.

L'auteur du mémoire n° 6, se fondant sur une observation que le hasard lui a suggérée, a proposé, comme signe distinctif de la mort apparente et de la mort réelle, ces deux phénomènes différents produits par l'approche d'un corps enflammé, la formation de phlyctènes avec sérosité durant la vie et d'ampoules sèches ou remplies de vapeur après la mort.

C'est entre les auteurs de ces mémoires que la commission a proposé de partager le prix de 5,000 francs, subdivisé en prix et récompenses de valeurs diverses.

Des mentions honorables et des encouragements ont été proposés pour les auteurs du n° 6, qui a proposé pour signe de mort la dessiccation de la peau après frictions fortes ; du n° 60, qui a fait connaître le premier signe d'arrêt de la circulation capillaire, en observant la rétine à l'aide de l'ophthalmoscope ; du n° 32, qui a fait connaître les résultats que l'on peut obtenir, pour acquérir la certitude de la mort, de l'application de ventouses scarifiées sur l'épigastre ; du n° 1, qui s'est attaché à rendre pratique l'application de l'électricité dynamique à la constatation des décès.

Les observations qui ont été faites n'ont porté que sur les trois points traités dans le numéro 11 et dans les numéros 8 et 43, la tache scléroticale, le signe fourni par l'état de la rétine et par l'application thermométrique à la détermination du degré de température incompatible avec la vie. Les observations présentées sur ces trois points par M. Colin, très-justes au point de vue de la physiologie générale, ont été, comme on le verra dans le compte rendu, réduites à leur juste valeur pratique par la réponse qu'y ont faite MM. Devergie, Gavarret et Béclard ; sauf toutefois une réserve à faire encore sur le degré extrême de température auquel le corps vivant peut s'abaisser sans que la mort s'ensuive nécessairement. Il reste aussi un point à éclaircir relativement au débat survenu entre M. Gubler et M. Devergie sur la valeur absolue de la tache scléroticale.

On voit par là que la discussion n'aura pas été tout à fait inutile, les doutes qui en sont ressortis sur quelques points qui semblaient résolus dans le rapport, étant de nature à nécessiter et à provoquer encore de nouvelles recherches.

Quant aux vœux annexés, dont nous avons fait connaître la teneur, il en est un qui nous avait paru pouvoir faire l'objet de quelques observations. Aucun membre de l'Académie n'y ayant fait allusion, nous nous proposions d'en dire un mot ; mais nous nous apercevons que l'espace et le temps vont nous manquer. Nous y reviendrons.

Avant la discussion l'Académie a entendu les rapports de M. Bernutz sur le prix Itard et de M. Devilliers sur le prix Capuron.

Dr Brochin.

HOPITAL DE LA CHARITÉ. — M. Bernutz.

LEÇONS SUR LES MALADIES DES FEMMES.

Dispositions anatomiques des organes génitaux et leur mode de développement pour servir à l'histoire des vices de conformation très-multiples qu'ils présentent.

I

Les organes génitaux féminins, dont j'ai à vous rappeler succinctement les dispositions anatomiques principales pour vous faire comprendre les vices de conformation multiples qu'ils présentent, forment deux groupes distincts, ayant chacun leur mode de développement propre. Ces deux groupes d'organes, dont l'un est superficiel et comprend les organes génitaux externes, dont l'autre, au contraire, est intra-pelvien et comprend les organes de la génération proprement dite, organes génitaux internes, sont réunis l'un à l'autre par un organe intermédiaire, le vagin, interposé au bas-fond de la vessie en avant, au rectum en arrière, qui se rattache par son développement à celui des deux autres groupes, de telle sorte que c'est un organe mixte, non-seulement par sa situation, mais au point de vue tératologique. Dans le fond du vagin se rend supérieurement le canal excréteur des organes génitaux internes dont le conduit vaginal est la continuation, tandis qu'inférieurement les parties génitales externes forment à l'orifice inférieur du vagin une sorte de corolle doublement étagée, qui constitue à l'organe de la copulation une sorte de vestibule colerетté, dont les duplicatures sont bien plus souvent le siége de manifestations syphilitiques que le col utérin, comme j'aurai à vous l'indiquer ultérieurement.

Entre la double corolle constituée extérieurement par le mont de Vénus en haut, les grandes lèvres latéralement, et puis antérieurement par les petites lèvres et la membrane hymen ou les caroncules myrtiformes qui la remplacent après la défloration, le groupe des organes génitaux externes comprend le clitoris et entre les racines de celui-ci, le méat urinaire, qui s'ouvre au milieu d'un grand nombre de follicules muqueux. Ces follicules muqueux constituent, avec les deux glandes vulvo-vaginales dont les conduits viennent s'ouvrir en avant et en bas de la membrane hymen, un appareil glandulaire excessivement remarquable, sur lequel Huguier a appelé tout spécialement l'attention dans un mémoire que je ne saurais trop vous engager à lire.

J'aurai à vous reparler des glandes vulvo-vaginales, mais je dois vous signaler ici l'existence de ces follicules muqueux, si nombreux dans le vestibule, et vous indiquer qu'ils peuvent être le siége d'inflammations de nature diverse, en particulier le siége d'inflammation blennorrhagique, comme cela existait chez la malade qui a servi à la planche que je vous présente. Dans des cas de cette espèce, parfois il ne suffit pas de cautériser chacun de ces follicules avec un crayon de nitrate d'argent très-effilé ; il faut, à l'aide d'un ciseau fin, agrandir l'orifice du follicule pour assurer l'action du caustique. Je vous ai parlé incidemment de ces folliculites, parce que, dans les hôpitaux généraux, ces affections sont assez rares, et que je pourrai n'avoir pas cette année d'affection de cette espèce à vous montrer. Si j'ai cette bonne fortune, j'en profiterai pour vous les décrire un peu longuement.

Le méat urinaire, qui est placé au milieu de ces follicules muqueux, n'appartient pas à proprement parler aux organes génitaux chez la femme, et je n'ai pas à vous indiquer les vices de conformation assez multiples qu'il peut offrir. Je vous indiquerai seulement que, le plus ordinairement, le méat urinaire est placé, comme je vous l'ai dit, sur la ligne médiane, entre les racines des corps caverneux du clitoris, à égale distance de cet organe, et de l'orifice vaginal, d'où il résulte qu'on peut, le plus souvent, sonder les femmes sans les découvrir, ce à quoi je vous engage à vous exercer. Le procédé est très-simple. On introduit, et à peine, l'index gauche dans l'orifice vaginal, la pulpe en haut, on place sur cette pulpe la sonde, et on la fait cheminer doucement, bien perpendiculairement, de ce point vers le clitoris ; elle rencontre l'orifice vaginal à moitié de ce chemin à parcourir, le tubercule formé par le méat urinaire, que vous reconnaissez facilement avec un peu d'habitude de ce procédé, et vous introduisez doucement votre sonde dans la vessie. Ce procédé n'est pas applicable quand le méat urinaire est situé à l'orifice vaginal, comme je l'ai vu ; il faut bien alors explorer *de visu* pour le cathétérisme ; mais c'est, je vous en préviens, infiniment désagréable aux malades dont vous devez alors écarter les organes génitaux externes, et vous arrivez souvent alors à toucher sans le vouloir le clitoris.

Ce dernier organe, le plus important des organes génitaux externes à cause de la sensibilité spéciale dont il est doué plus que tout autre, est comme enfoncé à la partie supérieure de la vulve, au milieu des duplicatures qui l'environnent et le protégent contre les frottements extérieurs ; aussi est-il assez rarement le siége de chancres. Le clitoris est constitué par deux petits corps caverneux surmontés d'un gland rudimentaire ; il est complétement l'analogue du pénis de l'homme, dont il présente en miniature toutes les dispositions anatomiques, si ce n'est toutefois qu'on ne lui trouve pas accolé inférieurement, comme chez celui-ci, le canal de l'urèthre, et qu'il est, par suite de cette différence, creusé en demi-gouttière inférieurement. Le clitoris peut être le siége d'éruptions communes, mais il en est bien

moins souvent le siége que les autres parties de la vulve ; en revanche, il peut être le siége d'une affection propre d'hyperesthésie symptomatique, le plus souvent d'hystérie, qui, dans un cas où j'ai été consulté après mon honorable collègue M. Béhier, présentait des caractères singuliers. La douleur, presque nulle pendant le jour, excepté lors des explorations qui suscitaient une érection très-pénible, reparaissait la nuit quand la malade était couchée, et imitait la douleur de la chaude-pisse cordée chez l'homme. Aussi la malade, malgré les assurances que lui avait données M. Béhier qu'elle n'était affectée d'aucune maladie contagieuse, ne voulait pas croire qu'il s'agissait là d'une névralgie clitoridienne, comme le lui avait affirmé mon honorable collègue. Elle a été soulagée par l'usage répété chaque soir de lavements camphrés et l'hydrothérapie. Je ne l'ai plus revue.

Le clitoris, ordinairement de proportions très-exiguës, présente anormalement, chez certaines femmes, un développement exagéré qui peut arriver à celui qu'offre le volume du pénis d'un enfant de cinq à six ans, mais dont il diffère, comme je vous l'ai indiqué, en ce qu'il est creusé inférieurement en demi-gouttière.

De là viennent les histoires d'hermaphrodisme de l'antiquité, qui n'avaient d'autre fondement que les faits se rapportant à ces anomalies de conformation qu'une observation insuffisante avait travesties.

Je n'ai pas à vous parler des procès plus ou moins scandaleux auxquels des faits de cette espèce ont donné lieu et qu'on trouve consignés dans les Ephémérides des Curieux de la nature. J'ai à vous signaler seulement que cette exagération de volume du clitoris a paru dans quelques cas être l'indication de faire l'amputation du clitoris à cause des excitations occasionnées par la marche et qui amenaient le dépérissement des malades. Cette opération, à ma connaissance, a été faite pour cette cause, par MM. Robert et Richet et a donné dans les premiers temps un résultat avantageux, mais qui n'a été d'une durée que de quelques années, dans le fait de mon honorable ami, M. Richet. Lorsque nous étions attachés tous deux à l'hôpital de la Pitié, la malheureuse demoiselle à laquelle il avait fait l'amputation du clitoris était de nouveau en proie pendant la marche à des excitations excessivement pénibles par suite de l'hyperesthésie, dont le col utérin était devenu le siége, qui était venu remplacer celle dont avait été affecté le clitoris qu'on avait enlevé. Aussi, messieurs, avant de conseiller l'amputation de cet organe qui est une opération délicate à cause des ligatures qu'elle exige, faut-il avoir bien déterminé si l'hyperesthésie ne se rattache pas à une maladie générale, n'est pas symptomatique de l'hystérie comme l'hyperesthésie de l'orifice vaginal que présentait au commencement de cette année une malade que vous avez vue assez longtemps couchée au numéro 22 de la salle St-Joseph. J'ai fait prier cette jeune femme, par une des malades qui est encore dans notre service et qui la voit de temps en temps, de revenir un de ces jours dans le service pour vous faire apprécier par vous-mêmes ces perversions de la sensibilité, qui, chez la malade dont je vous parle, simulait le vaginisme vulgaire dont je vous parlerai dans un instant.

Je reviens aux vices de conformation du clitoris, dont l'exagération de volume est assez facile à reconnaître parce que cet organe est creusé inférieurement d'une demi-gouttière et par la configuration de son prépuce qui a la forme d'un capuchon au lieu d'un fourreau chez l'homme bien conformé. Malheureusement on peut trouver une conformation analogue chez l'homme lorsqu'il est affecté d'un hypospadias complet, dans lequel le canal de l'urèthre s'arrête comme chez la femme à la racine de la verge, au lieu de se prolonger accolé à la face inférieure des corps caverneux jusqu'à l'extrémité du gland.

J'ai dû vous signaler ce vice de conformation qu'on observe chez l'homme en vous parlant de ceux qu'on observe chez la femme, parce qu'à la naissance on peut être très-embarrassé pour la détermination du sexe. On peut faire inscrire sur les registres de l'état civil comme fille, un enfant affecté d'hypospadias complet, parce que ce vice de conformation s'accompagne presque toujours de gracilité de la verge, et que les testicules ne sont pas descendus dans chacune des bourses, qui sont alors séparées l'une de l'autre comme les grandes lèvres, par une profonde scissure, à la partie inférieure de laquelle on voit s'ouvrir le méat urinaire qui imite l'orifice vaginal. J'ai été témoin d'une méprise de cette espèce.

MALADIES DE L'OREILLE

Par M. J. TOYNBEE, F. R. S.
(Traduction de M. DARIN.)

POLYPES DU CONDUIT AUDITIF EXTERNE

A. POLYPES VASCULAIRES.

OBS. I. — *Polypes vasculaires situés près de la M. T.; tintements d'oreilles; diminution de l'ouïe; traitement par le caustique de Vienne. — Guérison.*

M. W. L., 40 ans, me fut adressé le 20 juillet 1850, par M. Lock, de Guy's Hospital. Homme gros, fort et de bonne santé, il dit avoir remarqué, cinq ou six mois auparavant, une dureté de l'ouïe du côté gauche; cette infirmité disparut à l'aide d'injections, qui chassèrent une grande quantité de cérumen. Plus rien jusqu'il y a trois mois, époque où les mêmes symptômes apparurent du même côté. L'emploi de la seringue amena de nouveau quelque soulagement, mais cette opération fut suivie d'un écoulement d'odeur repoussante, accompagné de bourdonnements d'oreille. De temps en temps, il éprouvait une légère otalgie.

L'examen montra le conduit auditif rempli d'une matière qui, enlevée, se trouva composée de mucus adhésif mélangé de cellules épidermiques, celles-ci donnant au produit un aspect lactescent. Le mucus présentait de nombreux petits flocons, ou plutôt de petites particules semblables à des fils de coton, de 3 à 6 millimètres de longueur.

L'examen du méat, renouvelé après l'extraction de ce fluide muqueux, fit voir un polype de couleur rouge situé profondément dans le conduit, dont il paraissait occuper le quart interne, empêchant complétement de voir la M. T. L'ouïe était diminuée au point que, pour que la montre fût entendue, il fallait l'appuyer sur le pavillon. Le traitement de cas semblables m'avait appris qu'il n'était pas convenable de tenter l'extraction de cette masse à l'aide d'instruments, non-seulement à cause de la nature molle du polype et de son extrême sensibilité, mais encore à cause de l'incertitude du point d'implantation de ses racines; dans le cas où le polype serait fixé à la M. T., l'emploi d'une force si minime qu'elle fût pourrait léser cet organe. Mes dissections (1) m'ayant montré depuis que la couche dermoïde du méat se continue avec la lame dermoïde de la M. T., c'est encore une raison pour ne pas arracher un polype qui s'insérerait dans le voisinage de cette membrane, car une lacération du méat pourrait s'étendre jusqu'à elle.

21 juillet. — Le caustique de Vienne fut appliqué à la surface du polype de la manière décrite ci-dessus; au bout d'une minute, tout ce qu'on pouvait voir de la masse prenait une teinte livide, et cinq

(1) Voir un article de l'auteur : « *On the structure of the membrana tympani in the human ear.* » *Philos. trans.*, part. I, 1851.

minutes après, des injections d'eau tiède entraînaient de nombreuses particules du polype, ramollies et désagrégées. Le malade n'éprouvait qu'une douleur fort légère, qui se dissipa complétement à l'aide d'injections.

29 juillet. — Le polype est plus petit et moins rouge, l'écoulement du méat est très-abondant. Nouvelle application du caustique avec les mêmes résultats.

(*A suivre.*)

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 16 décembre 1873. — Présidence de M. DEPAUL.

CORRESPONDANCE NON OFFICIELLE

Elle comprend : 1° une lettre de M. le docteur Romanowski, relative au choléra ; — 2° un pli cacheté, déposé par M. le docteur Dupré (Accepté) ; — 3° une lettre de M. le docteur Guillery, par laquelle il annonce qu'il a perfectionné une paire d'attelles, qu'il a présentées dernièrement à l'Académie.

PRÉSENTATIONS

M. TH. ROUSSEL présente, au nom de M. le docteur Paul Bert, un projet de loi relatif à l'enseignement supérieur.

M. LARREY présente les mémoires de l'Académie des sciences de Toulouse.

M. LE PRÉSIDENT annonce la mort de M. le docteur De la Rive, correspondant étranger de l'Académie.

RAPPORTS

M. LEFORT, au nom de la commission des remèdes secrets, lit une série de rapports dont les conclusions sont adoptées sans discussion.

M. BERNUTZ donne lecture du rapport sur le prix Itard.

M. DEVILLIERS lit le rapport sur le prix Capuron.

Discussion sur le rapport de M. Devergie.

M. COLIN désire présenter quelques observations au sujet du rapport de M. Devergie, et surtout des mémoires qui y sont analysés.

Dans l'un de ces mémoires, celui qui porte le n° 11, l'auteur dit que l'œil se putréfie avant l'abdomen. M. Colin craint bien qu'il n'ait confondu un phénomène d'exosmose avec la putréfaction. De ce que l'œil se plisse et s'humecte il ne faut pas en conclure qu'il se putréfie ; c'est là une grave erreur qui fait douter à M. Colin de la valeur des observations présentées par le même auteur sur la contractilité fibrillaire après la mort.

Dans un autre mémoire l'auteur propose d'appliquer le thermomètre à la constatation des décès. Mais, à ce sujet, M. Colin fait observer qu'un individu qui n'est que dans l'état de mort apparente, par cela même qu'il ne respire plus ou du moins presque plus, présente un abaissement graduel de la température tout à fait semblable à celui que l'on constate sur un cadavre. Il ne pourrait y avoir de différence qu'autant qu'il respirerait encore, et alors la respiration seule suffirait à lever tous les doutes. Il est possible, ajoute M. Colin, que le frottement du sang contre les parois vasculaires entretienne encore un certain degré de chaleur, mais c'est là fort peu de chose et l'individu en état de mort apparente se refroidit tout aussi bien que le vrai cadavre. M. Colin cite à l'appui de son opinion plusieurs expériences physiologiques qu'il a entreprises sur les animaux. La température est donc, suivant lui, un mauvais moyen pour arriver à la certitude de la mort réelle.

M. DEVERGIE fait remarquer à M. Colin qu'il est en contradiction avec lui-même quand il attribue la calorification aux fonctions de la respiration et qu'il dit que l'homme en état de mort apparente ou l'animal en expérience se refroidissent tout de même. Suivant cette théorie, du moment qu'ils respirent ils ne peuvent pas se refroidir. Mais on sait bien aujourd'hui que les phénomènes de calorification ne dépendent pas seulement des fonctions de la respiration, et qu'il y a des cas où ces fonctions ont diminué de moitié et où cependant la calorification a augmenté d'une façon considérable. C'est là, par exemple, ce qu'on observe dans les cas de pneumonie double. Quoi qu'il en soit, la vie ne peut pas coïncider avec une température inférieure à 20 degrés. Si donc le thermomètre est descendu graduellement jusqu'à cette température, on peut être certain que l'individu est mort.

Quant à l'état de l'œil, il n'est pas moins vrai que la vie s'éteint dans l'œil, alors que la vie générale subsiste encore. La tache sclérotica le peut donc aussi être considérée comme un signe certain de mort réelle.

M. GIRALDÈS, dans un mémoire où il est question de l'application de l'ophthalmoscope à la constatation de la mort réelle, l'auteur parle d'une décoloration de la rétine. M. Giraldès n'admet pas qu'une membrane transparente puisse se décolorer. Cette assertion de l'auteur de ce mémoire lui donne à penser qu'il ne connaît pas parfaitement bien la question d'opthalmoscopie.

M. GAVARRET répond à M. Giraldès qu'il y a tout au plus de la part de l'auteur de ce mémoire une erreur d'expression qui n'a pas l'importance que M. Giraldès y attache ; l'auteur est d'ailleurs un anatomiste très-distingué.

M. COLIN proteste contre l'opinion que lui a prêtée M. Devergie et qui consisterait à placer le siége de la calorification dans le poumon seul; il a seulement voulu dire que lorsqu'il n'y avait plus de respiration, il n'y avait plus d'absorption de l'oxygène et partant plus de calorification interstitielle. Mais, suivant M. Colin, ce n'est pas du côté de la respiration, mais bien du côté de la circulation qu'il faut chercher des signes de mort réelle ; ou pour mieux dire des signes de mort apparente. C'est en effet cette dernière locution qu'aurait dû employer le marquis d'Ourches. Ce ne sont pas des signes de mort réelle qu'il faut trouver ; on ne trouvera jamais en pareil cas que des signes négatifs ; ce sont des signes de mort apparente. Celui-là aurait atteint le but qui aurait trouvé un moyen simple de constater la persistance de la circulation. L'auteur qui s'est servi, dans ce but, de l'ophthalmoscope, s'est montré vraiment physiologiste. Quand il y a mort apparente, on doit aussi pouvoir constater une certaine contractilité musculaire mise en évidence par les courants induits.

M. GAVARRET partage l'avis de M. Colin quand il dit qu'il peut s'adresser à la circulation et à la contractilité musculaire. L'auteur qui a eu recours à l'ophthalmoscope a fait un travail considérable, mais malheureusement l'emploi de cet instrument en pareil cas devient promptement impossible par suite de la rapidité avec laquelle l'œil devient opaque et ne permet plus de rien distinguer.

Quant à la question de la calorification, M. Gavarret fait observer à M. Colin que la commission n'avait pas à l'examiner. Il est vrai qu'un individu à l'état de mort apparente se refroidit, mais jamais il n'atteint la température de 20° qui est incompatible avec la vie.

M. COLIN, d'après ce qu'il a vu sur les animaux, croit qu'un homme en état de mort apparente peut atteindre une température voisine de 20°; dans tous les cas, il ne connaît pas de faits qui permettent d'affirmer que la température de 20° est incompatible avec la vie.

M. CHAUFFARD partage l'opinion émise par M. Colin, il pense que lorsque l'on constate une température de 20° il y a de très-grandes probabilités pour que la vie soit éteinte; mais ce n'est pas là, suivant lui, un signe certain de mort réelle. Voici un exemple à l'appui de cette opinion : une femme en état d'ivresse tombe sans connaissance dans la rue; on la transporte à l'asile Sainte-Anne où on constate chez elle une température rectale et vaginale de 26°, ce qui ne l'a pas empêchée non-seulement de ne pas mourir, mais même de guérir. Il ne serait donc pas absolument impossible que, sous l'influence de l'alcoolisme ou de toute autre cause, un individu en état de mort apparente présentât une température plus voisine encore de 20°. Ce signe ne peut donc pas être considéré comme un signe certain de mort réelle.

M. BÉCLARD fait observer que la commission ne l'a jamais considéré comme tel, puisqu'elle n'a pas cru devoir accorder le prix à l'auteur de ce mémoire, quelque remarquable que fût d'ailleurs ce mémoire.

M. GUBLER s'étonne d'avoir entendu donner comme un signe certain de mort réelle la tache sclératicale; cette tache, en effet, s'observe très-souvent chez les cholériques, par exemple, bien avant leur mort, et peut-être bien aussi chez ceux qui guérissent.

M. DEVERGIE répond que chez le cadavre cette tache se présente avec des caractères particuliers. Elle apparaît d'abord toujours au côté externe de la cornée, s'étend, un peu plus tard seulement, au côté interne. Elle va ainsi progressivement jusqu'à ce qu'elle ait envahi toute la sclérotique.

M. GUBLER maintient que la tache sclératicale, telle que vient de la décrire M. Devergie, s'observe identiquement de la même façon chez les cholériques.

A cinq heures, l'Académie se forme en comité secret pour entendre et discuter les conclusions du rapport de M. Devergie et de ceux de MM. Bernutz et Devilliers.

VARIÉTÉS

LES LIVRES D'ÉTRENNES

Les applications de la physique aux sciences, à l'industrie et aux arts, par M. AMÉDÉE GUILLEMIN (1). — **Les merveilles de l'industrie**, par M. LOUIS FIGUIER (2). — **Nouvelle iconographie fourragère**, par MM. GOURDON et NAUDIN (3). — **L'album vocabulaire du premier âge**, par MM. LE BRUN, HAMILTON et HEUMANN (4).

On éprouve une véritable satisfaction quand on voit le succès récompenser des travaux utiles et consciencieux. C'est ce que nous éprouvons en inscrivant ici le titre du livre que M. Guillemin offre cette année à ses lecteurs. Depuis quelque temps, M. Guillemin a pris une place des plus honorables dans la classe si utile des vulgarisateurs. — Son livre : *Le Ciel*, a eu le succès le plus mérité : ses *Phénomènes de la physique* ont été très-appréciés ; et voici que sous le titre des *Applications de la physique*, nous retrouvons la même netteté d'exposition, le même intérêt descriptif et le même luxe d'illustrations. Ce nouvel ouvrage est le complément des *Phénomènes de la physique*.

L'auteur divise son travail en cinq livres. Il passe successivement en revue les applications des phénomènes et des lois de la pesanteur, du son, de la lumière, de la chaleur et de l'électricité.

Les lecteurs qui depuis quelques années ont parcouru les œuvres de M. Guillemin voudront lire ce nouvel ouvrage. Quant à ceux qui ne connaissent pas encore le talent de l'auteur, nous leur assurons une très-agréable surprise. Ce livre sort de la maison Hachette : c'est dire le luxe avec lequel il est traité.

— Encore un de ces hommes qui se sont consacrés à la vulgarisation et qui ont obtenu une popularité très-justifiée.

M. Louis Figuier continue son œuvre déjà si considérable par un livre intitulé : *les Merveilles de l'industrie*. Ici, nous retrouvons l'auteur avec ses mêmes qualités d'exposition. M. Louis Figuier est un chef d'école; il a créé un genre et maintient la manière qui lui a valu sa réputation. Les *Merveilles de l'industrie* nous font assister à la fabrication du verre, du cristal, des poteries, des faïences et porcelaines, du savon, des soudes et potasses, du sel, du soufre et de l'acide sulfurique. Les industries chimiques passent ainsi sous nos yeux. La science ne perd rien, comme on le voit, à la publication de ces livres d'étrennes qui chaque année viennent proclamer sa haute influence.

— Nous venons de voir la physique et la chimie dignement représentées, voici venir à son tour la botanique. Nous avons à plusieurs reprises appelé l'attention de nos lecteurs sur un ouvrage publié par MM. Gourdon et Naudin. Cette œuvre se publiait par fascicules; elle est complète aujourd'hui, et certes ceux qui aiment la botanique ne sauraient trouver d'occasion plus tentante que celle du jour de l'an, pour acquérir la *Nouvelle iconographie fourragère*. Ce livre est traité avec tant de soin, la rédaction en est si sobre, si contenue, si pratique ; l'illustration — un magnifique atlas de 125 planches finement coloriées — en est si remarquable, que tout concourt à assurer le succès d'un livre que nous devons au zèle éclairé d'un de nos excellents éditeurs de médecine, M. P. Asselin.

— Après les grandes personnes, reportons un instant notre pensée sur nos chers enfants.

L'année dernière, nous annoncions le *Vocabulaire illustré* où les mots usuels se trouvaient reproduits sous l'illustration en langue française, anglaise et allemande. C'était un essai de vulgarisation des langues : il a parfaitement réussi. Le succès que nous annoncions a dépassé les espérances des éditeurs, et cette année MM. Furne et Jouvet ont voulu continuer l'heureuse expérience. Ils ont pour les enfants publié un *Album-vocabulaire* où les mots revêtent une forme, chaque mot est illustré; c'est l'enseignement par les yeux. Et nous ne pouvons nous empêcher en ce moment de songer à ces pauvres déshérités les sourds-muets qui trouveront dans ce livre un soulagement à leur infortune. Mais ce n'est pas seulement un album, ce livre est un album polyglotte, donnant le mot français, anglais, allemand, espagnol et italien. MM. Le Brun, Hamilton et Heumann, auteurs de ces livres, rendent un service véritable, et font beaucoup pour donner le goût des langues étrangères à ce besoin si vif de notre époque. On ne saurait donc trop encourager ces efforts.

Goître et crétinisme, par M. le docteur BAILLARGER.

Le Comité consultatif d'hygiène publique de France vient de publier le rapport de M. le docteur Baillarger sur le goître et le crétinisme. Ce travail considérable mérite l'attention de tous ceux qui ont sujet d'observer cette endémie, et nos lecteurs liront avec intérêt les conclusions générales déduites de cette enquête considérable par le savant rapporteur lui-même.

CONCLUSIONS GÉNÉRALES.

I. DE L'ENDÉMIE DU GOÎTRE. — DE L'ENDÉMIE DU CRÉTINISME. DES RAPPORTS DU GOÎTRE ET DU CRÉTINISME.

§ 1. *De l'endémie du goître.*

1. La proportion comparée des cas de goître dans les deux sexes est très-différente suivant le degré d'intensité de l'endémie ; dans les départements les plus gravement atteints, on peut admettre approximativement qu'il y en a seulement deux fois plus chez les femmes que chez les hommes. Lorsque, au contraire, l'endémie est légère, il y en a cinq ou six fois plus.

D'une manière générale, et pour toute la France, le nombre des cas de goître, chez les hommes et chez les femmes, paraît être dans la proportion de deux à cinq.

2. Le goître est fréquent chez les enfants dès l'âge de six ou huit ans; à partir de cet âge, le nombre des cas augmente graduellement ; mais, sous ce rapport, la différence chez les garçons et chez les filles est beaucoup plus grande qu'elle ne le deviendra plus tard.

On peut admettre d'une manière approximative que la proportion des goîtreux, dans la population au-dessous de vingt ans, est moitié plus faible que dans la population au-dessus.

Le goître se développe très souvent chez les femmes de vingt-cinq à cinquante ans ; la proportion est beaucoup moindre chez les hommes dans la même période de la vie.

(1) Un vol. grand in-8 jésus vélin, 427 fig., 22 grandes planches, dont 6 imprimées en couleur et 3 cartes. — Prix : 20 fr. — Paris, Hachette et Ce.

(2) Un grand vol. in-4, 413 fig. — Prix : 10 fr. — Paris, Furne, Jouvet et Ce.

(3) Deux vol. in-4 un de texte et un Atlas de 125 planches coloriées. — Prix : 100 fr. — Paris, P. Asselin.

(4) Un vol in-4, riche reliure toile. — Prix : 6 fr. — Paris, Furne, Jouvet et Ce.

3. Le goitre s'observe très-fréquemment chez les animaux domestiques, et principalement chez les chiens, les chevaux, mais surtout chez les mulets.

§ 2. *De l'endémie du crétinisme.*

1. Le crétinisme et l'idiotie sont plus fréquents chez les garçons que chez les filles, dans la proportion d'un quart environ.

2. Le crétinisme est souvent une affection congéniale ; mais il se développe aussi après la naissance, dans les premiers mois ou dans les premières années de la vie.

3. Dans les localités atteintes par l'endémie, on rencontre souvent, au milieu des goitreux et des crétins, une assez forte proportion d'idiots. Il semble même, quand le crétinisme diminue, que les cas d'idiotisme deviennent plus nombreux, pour disparaître à leur tour, à mesure que l'état de la population s'améliore.

4. Dans les mêmes localités, on trouve aussi assez souvent des cas d'arrêt de développement. Certains enfants de douze à quinze ans paraissent n'en avoir que cinq ou six, et leur dentition n'est pas encore terminée ; le même retard a lieu pour les signes de la puberté.

5. La surdité, la surdité-mutité, le bégaiement s'observent souvent dans les populations fortement atteintes par l'endémie ; en outre, ces populations présentent à différents degrés des signes généraux de dégénérescence indiquant une tendance au crétinisme.

§ 3. *Des rapports du goitre et du crétinisme.*

1. Il existe sur les rapports du goitre et du crétinisme deux doctrines très-différentes.

D'après la première, les deux maladies devraient être attribuées à une même cause spécifique, et ne seraient par conséquent que deux manifestations d'une seule et même endémie.

Les auteurs qui soutiennent la seconde doctrine professent, au contraire, que les deux maladies sont essentiellement distinctes. Quelques-uns même vont jusqu'à déclarer que la concomitance fréquente du goitre et du crétinisme est purement accidentelle.

2. La première doctrine est démontrée par les cinq faits suivants :

Premier fait. L'endémie du crétinisme n'existe jamais sans l'endémie du goitre.

Deuxième fait. Les endémies graves du goitre sont toujours accompagnées d'une tendance à la dégénérescence de la race, attestée par des cas disséminés de crétinisme, ou tout au moins par des cas plus nombreux d'idiotie, d'arrêt de développement, de surdité, de surdité-mutité, de bégaiement, etc.

Troisième fait. Les crétins sont atteints du goitre dans une proportion considérable et tout à fait exceptionnelle.

Quatrième fait. Les parents goitreux engendrent des enfants crétins dans une proportion considérable et tout à fait exceptionnelle, comparativement aux parents exempts de goitre.

Cinquième fait. Dans les contrées atteintes par l'endémie goitreuse, les cas disséminés de crétinisme comparés jusqu'ici à la population générale, ont été considérés, avec juste raison, comme ne formant qu'une proportion très-faible ; mais ils doivent surtout être comparés à la population goitreuse dans laquelle ils se trouvent, au contraire, dans une proportion très-forte.

(A suivre.)

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Hôpitaux de Paris. — MM. Pidoux, Marrotte, Cazalis, Barthez, ayant donné leur démission de médecins des hôpitaux, ou étant arrivés à leur limite d'âge, l'administration ayant, de plus, supprimé une des deux places de médecin de l'hospice d'Ivry et créé une nouvelle place de médecin à l'hôpital Saint-Antoine, le mouvement suivant aura lieu le 1er janvier 1874 dans les divers hôpitaux :

M. Woillez, médecin de Lariboisière, remplace à la Charité M. Pidoux;

M. Gombault, médecin de Saint-Antoine, remplace à la Pitié M. Marrotte;

M. Ed. Labbé, médecin d'Ivry, remplace M. Cazalis à la Maison de santé;

M. Cadet de Gassicourt, médecin de Saint-Antoine, remplace M. Barthez à Sainte-Eugénie;

M. Isambert, médecin de Saint-Antoine, remplace M. Woillez à Lariboisière;

M. Blachez, médecin de Lourcine, remplace M. Gombault à Saint-Antoine;

M. Proust, médecin de l'hospice Sainte-Périne, remplace M. Cadet de Gassicourt à Saint-Antoine;

M. Constantin Paul, médecin de la Direction municipale des nourrices, remplace M. Isambert à Saint-Antoine;

M. Brouardel, médecin du Bureau central, est nommé médecin de Saint-Antoine (place créée);

M. Lancereaux, médecin du Bureau central, remplace M. Blachez à Lourcine;

M. Cornil, médecin du Bureau central, remplace M. Proust à Sainte-Périne;

M. Bouchard, médecin du Bureau central, remplace M. C. Paul à la Direction municipale des nourrices.

— La Société de médecine légale vient de procéder au renouvellement de son bureau et de ses commissions, qui pour l'année 1874, sont composés comme il suit :

1° Président, M. Guérard ; — vice-présidents, MM. Chaudé, Mialhe ; — secrétaire général, M. Gallard ; — secrétaires des séances, MM. E. Horteloup, Ladreit de la Charrière ; — trésorier, M. Mayet ; — archiviste, M. Jules Falret.

2° Membres de la commission permanente chargée de répondre dans l'intervalle des séances à toutes les demandes de consultation ou d'avis dont la solution a un caractère d'urgence : MM. Guérard, Gallard, Béhier, Chaudé, Cornil, Falret, Hémar, Hemey, Paul Horteloup, Roucher, Tarnier.

3° Membres du conseil de famille : MM. Béhier, Devergie, Mayet, Mialhe, de Rothschild.

4° Membres du comité de publication : MM. Brière de Boismont, Chaudé, Gobley, Legrand du Saulle, Mouton.

— La Société qui, dans une précédente séance, avait nommé membres correspondants nationaux, MM. Henri Boudet, procureur de la République à Epernay; Huart de Verneuil, procureur de la République à Sancerre; E. Lallement, professeur d'anatomie à la Faculté de médecine de Nancy, vient de déclarer la vacance de deux places de membres titulaires et de douze places de membres correspondants nationaux.

Les candidats à ces places sont invités à faire parvenir leur demande dans le plus bref délai, à M. le docteur T. Gallard, secrétaire général, rue Monsigny, 7, à Paris.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Agenda médical pour 1874. — *Prix* : broché, 1 fr. 75; cartonné à l'anglaise, 2 fr.; — divisé en 5 cahiers et doré sur tranche, de façon à pouvoir être mis dans une trousse ou portefeuille. 3 fr. — Paris, P. Asselin.

RELIURES DIVERSES :

N° 1. Maroquin à coulisseau avec crayon, doublé en papier.	3 fr.	»
N° 2. — à patte — — ...	3	50
N° 3. — — — l'agenda divisé en 5 cahiers.	3	75
N° 4. — — — en un seul cahier, emboîté dans le portefeuille........	4	50
N° 5. — — — l'agenda divisé en 5 cahiers.	4	75
N° 6. — — — et petite trousse..............	5	»
N° 7. — — — —	7	»
N° 8. — — — — avec fermoir maillechort.	9	»

Éléments de médecine opératoire, par le docteur A. Dubrueil, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris. Premier fascicule in-8° de 352 pages avec 42 gravures intercalées dans le texte. — Le second fascicule in-8° de 450 pages, avec 150 gravures dans le texte, paraîtra fin mars 1874. — Prix de l'ouvrage complet, payé d'avance. — 1 vol. in-8° de 800 pages avec 300 gravures dans le texte, 10 francs. — J. Savy.

L'Étudiant micrographe, traité pratique du microscope et des préparations, par Arthur Chevalier, O. ❄, 1 vol. de 600 pages, 600 figures : 7 fr. 50. — Delahaye, place de l'École-de-Médecine. — Catalogue illustré des microscopes, gratis, chez Arthur Chevalier, Palais-Royal.

Traité élémentaire d'histologie, contenant l'histologie des éléments anatomiques, des tissus et des organes en particulier, d'après les travaux les plus récents, publiés en France et à l'étranger, par le docteur Fort, ancien interne des hôpitaux, professeur libre d'anatomie à l'École pratique. 1 beau vol. in-8° avec 522 fig. dans le texte. 2e édition entièrement refondue. — Prix : 14 francs *franco*.

Les ouvrages de M. Fort se trouvent à la librairie Adrien Delahaye.

Le Directeur : Dr E. Le Sourd.

Paris. — Typographie A. Pougin, quai Voltaire, 13.

N° 147. — SAMEDI 20 DÉCEMBRE 1873. 46e ANNÉE. SAMEDI 20 DÉCEMBRE 1873. — N° 147.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

Le prix d'abonnement
doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

La Lancette française

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES.

Bureaux : 57, rue des Saints-Pères, 57
PRÈS L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

On s'abonne hors de Paris
dans les bureaux des Messageries et chez les Libraires.
Les lettres non affranchies sont refusées.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 185[illegible] a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 3,000 fr pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui n'en peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS : Trois mois . . . 8 fr. 50 c. — Six mois . . . [illegible] — Un an . . . 30 [illegible]

POUR L'ÉTRANGER, le port en sus suivant les derniers tarifs des Postes.

REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE

Blessure du cervelet par arme à feu. — Absence de symptômes spéciaux.

Un de ces événements dont les journaux à sensation aiment à entretenir leur public, un suicide, nous a fourni l'occasion d'une observation intéressante au double point de vue physiologique et pathologique. Un homme atteint d'aliénation mentale et chez qui aux troubles intellectuels habituels se joignait le violent chagrin que lui causait une perte d'argent récente, avait consacré le peu qui lui restait à l'achat d'un revolver. Muni de cette arme, il alla s'installer sur un banc dans un de nos jardins publics, et là, appliquant le canon sur l'oreille, il lâcha la détente et tomba. Relevé par des gardiens, il fut aussitôt transporté à l'hôpital de la Clinique dans le service de M. le professeur Broca.

Là où finit le drame pour le public, commence l'enseignement pour le physiologiste. Le blessé reçut les premiers soins des internes. M. Broca ne le vit que le lendemain, environ vingt-quatre heures après l'événement. Il avait été assez calme dans la journée. Il était couché sur le dos. Il n'avait perdu aucune de ses fonctions cérébrales ; il délirait, mais d'un délire calme ; la parole était libre ; il avait conservé sa mémoire ; tous ses sens paraissaient intacts. La sensibilité et la contractilité ne présentaient aucune altération. Il n'y avait aucune paralysie ni de la vessie ni du rectum. Les pupilles n'étaient ni contractées, ni dilatées ; la langue n'était point déviée. Il n'y avait point eu de vomissements. La prudence interdisait d'essayer de faire marcher le blessé pour s'assurer s'il n'y avait aucun trouble dans la coordination des mouvements. Mais ce que l'on n'avait osé faire à titre d'expérience, le blessé l'avait fait lui-même ; il avait fait quelques pas lorsqu'on l'a amené à l'hôpital ; il s'était levé pour satisfaire à des besoins ; et, autant qu'il a été possible d'en juger, il ne paraissait y avoir aucun trouble dans la coordination des mouvements. En un mot, on ne constatait aucun symptôme qui pût être mis sur le compte d'une lésion encéphalique, autre que celle dont il était atteint auparavant. Il n'y avait ni trouble des sens, ni trouble de la motilité, ni aucun trouble viscéral.

Derrière l'oreille existait une petite plaie en fente aux dépens de la conque de l'oreille. C'était le point d'entrée de la balle. Il n'y avait point de trou de sortie.

La deuxième journée paraissait devoir être aussi calme que la précédente. L'état du blessé ne semblait présenter rien d'alarmant ; mais dans la soirée, il se manifesta des symptômes de méningite auxquels il succomba promptement.

Vu l'absence de tout symptôme pouvant être considéré comme indice d'une lésion cérébrale ou cérébelleuse, on pouvait se demander si le projectile avait pénétré dans l'encéphale, s'il ne s'était pas arrêté dans l'intérieur de l'os ou entre celui-ci et les méninges.

L'autopsie a résolu la question. La balle avait traversé le temporal à la base de l'apophyse mastoïdienne, où elle avait fait un trou rond et étroit ; elle avait traversé le sinus latéral sans produire d'hémorrhagie et elle était allée s'appliquer contre la paroi occipitale opposée qu'elle avait fracturée, en décrivant un trajet curviligne à travers le grand axe du cervelet, sans léser le quatrième ventricule. La balle paraissait s'être brisée dans le trajet, probablement dans son premier choc contre l'apophyse mastoïdienne, elle était en deux fragments inégaux, un petit fragment s'étant détaché du corps de la balle qui se trouvait ainsi présenter à la surface de section une sorte d'arête tranchante.

Ainsi deux faits principaux ressortent de cette observation : l'un, le plus important au point de vue physiologico-pathologique, est l'absence pendant la courte durée de la vie du blessé, de tout symptôme fonctionnel d'une lésion aussi étendue du cervelet. — Le second fait, sur lequel M. Broca a appelé également l'attention de son auditoire, est cette circonstance, en apparence insolite, de l'irrégularité du trajet de la balle à travers une substance homogène et d'une consistance toujours égale dans toute l'étendue du trajet. La déviation du projectile, dont la direction dans ces conditions spéciales eût semblé devoir être rectiligne, s'expliquait ici par la circonstance de la déformation et de l'irrégularité de la balle au moment où elle a traversé la substance cérébelleuse.

Hématocèle rétro-utérine cataméniale.

Une jeune femme est entrée dans le service de M. Brouardel à l'hôpital de la Charité (service de Clinique de M. le professeur Bouillaud), pour une hématocèle cataméniale. Cette femme avait eu un retard dans ses règles, puis l'éruption menstruelle s'étant faite, avait été brusquement arrêtée, et cet arrêt suivi tout aussitôt d'accidents péritonéaux. C'est là, comme on le sait, la marche la plus commune de ce genre d'accident. Au moment où la malade est entrée à l'hôpital, elle était en proie à des douleurs

ayant le caractère expulsif. L'exploration a fait reconnaître que l'utérus au lieu d'être remonté et appliqué contre le pubis, comme cela a lieu le plus habituellement dans ces circonstances, était, au contraire, refoulé en bas, en antéversion et en antéflexion. On constatait par la double exploration vaginale et rectale en arrière et au-dessus de l'utérus, l'existence d'une tumeur volumineuse qui dépassait le niveau de son fond de cinq travers de doigt environ. On n'avait point assisté au début de l'accident, de sorte qu'on n'avait pu être exactement renseigné sur les premiers symptômes. On sait que lorsqu'on assiste au début, on ne constate point encore de tumeur, le sang étant épanché dans le bassin ; ce n'est que consécutivement, alors que le sang se trouve collecté et emprisonné dans une membrane de nouvelle formation, que l'on commence à percevoir à la palpation une tumeur appréciable, d'une consistance molle et pâteuse, ce qui la différencie de la tumeur de la pelvi-péritonite qui est dure et pulsatile. Dans cette première période, la palpation abdominale ne donne que des renseignements insuffisants, elle est d'ailleurs rendue difficile par l'excessive sensibilité que présente dans ces cas la région hypogastrique. Au toucher vaginal, on trouve ordinairement le col élevé et l'utérus appliqué contre le pubis. Nous venons de voir la disposition différente qu'offrait l'utérus chez cette femme. Au toucher rectal, on contourne la tumeur qui est comme moulée sur le bassin.

Au bout de quelques jours de séjour à l'hôpital, le volume de la tumeur avait déjà diminué de moitié, en même temps que les accidents péritonitiques s'étaient très-sensiblement amendés, ainsi que tous les autres symptômes. Mais il est arrivé ce qui arrive toujours dans ce cas, le retour des règles a été l'occasion d'une recrudescence des accidents et de la manifestation d'accidents nouveaux. Une nouvelle hémorrhagie s'est produite, qui a nécessité une grande surveillance.

Le diagnostic ne présentait pas ici de difficulté sérieuse, et s'il y eût eu le moindre sujet de doute, la rapidité avec laquelle se sont produits les premiers accidents, les circonstances dans lesquelles ils sont survenus, pendant la période cataméniale et après un brusque arrêt de l'écoulement menstruel, et enfin cette dernière circonstance d'une recrudescence brusque à l'occasion du retour des règles, auraient suffi à le faire cesser.

Peut-être eût-on pu prévenir cette recrudescence par une application de sangsues à l'époque du molimen ; mais on avait été pris au dépourvu, n'étant pas prévenu de l'époque probable du retour du molimen menstruel. Ce sera là une indication à suivre pour la prochaine époque.

On sait quels sont les modes divers de terminaison de ce genre d'accidents, modes de terminaison d'où dépend le pronostic : résorption du sang épanché, qui peut s'effectuer en quelques mois, ouverture spontanée par le vagin ou par le rectum, ou bien enfin rupture et évacuation du contenu de la poche dans le péritoine, dont le résultat est toujours mortel. La résorption paraissant être de beaucoup la solution la plus fréquente d'après les statistiques qui ont été dressées, la gravité du pronostic en est atténuée d'autant. Voici d'après M. le professeur Courty (*Traité pratique des maladies de l'utérus et de ses annexes*), quelles seraient les proportions de ces divers modes de terminaison : Sur 52 cas dans lesquels la tumeur a été abandonnée à elle-même, on a observé 26 fois la résorption, 6 fois l'évacuation du contenu dans le péritoine, 13 fois son expulsion par le rectum et 7 fois par le vagin. Si cette proportion n'est pas rompue par les cas non publiés ou restés inconnus, on voit quelles chances heureuses elle laisse à la méthode de l'expectation.

Dans ce cas-ci, M. Brouardel n'a pas eu à intervenir, autrement que par la recommandation expresse du repos, l'immobilisation de la malade, et par l'administration de quelques doses d'opium et de boissons glacées pour calmer les douleurs péritonitiques et combattre les vomissements dont les secousses sont si souvent à craindre en pareil cas, enfin, en respectant la constipation, les efforts de défécation n'étant pas moins à redouter. S'il eût assisté au début, il eût eu probablement recours à la médication alcoolique, dont on connaît l'influence heureuse sur les hémorrhagies et sur l'état syncopal qui les accompagne. Mais l'indication de cet ordre de moyens n'existait plus au moment où la malade est entrée dans son service.

Dr B...

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 12 novembre 1873. — Présidence de M. TRÉLAT.

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

CORRESPONDANCE

La correspondance comprend :

La *Gazette des Hôpitaux*; — l'*Union médicale*; — la *Gazette hebdomadaire*; — le *Journal de Médecine et de chirurgie pratiques*; — la *Gazette obstétricale*; — le *Progrès médical*; — le *Mouvement médical*; — la *France médicale*; — la *Tribune médicale*; — le *Lyon médical*; — l'*Alger médical*.

M. le docteur Patrick Heron Watson envoie à la Société un mémoire sur : l'*Extirpation de la thyroïde*.

M. DEMARQUAY offre de la part du docteur Esmarch, membre correspondant étranger, un *Mémoire sur un procédé hémostatique préventif dans les opérations*.

M. DE SAINT-GERMAIN : un mémoire de M. le docteur Hand Vogel sur : l'*Orlotomie*.

M. TRÉLAT offre de la part du docteur Wecker un mémoire sur l'*Iridotomie*.

M. MAGITOT offre de la part du docteur Moreau un mémoire sur : l'*Hémorrhagie consécutive à l'extraction des dents*.

M. DEMARQUAY rend compte à la Société d'une observation adressée par le docteur Bailly de Chambly. Il s'agit d'une hernie crurale étranglée qui nécessita la kélotomie. Après avoir mis l'intestin à nu, M. Bailly pratiqua l'aspiration sept fois de suite avec la seringue de Pravaz, et la réduction s'opéra très-aisément.

Quinze jours après l'opération la malade se levait et marchait.

M. DEMARQUAY fait la communication suivante à l'occasion du nouveau procédé hémostatique du professeur Esmarch.

Pendant mon dernier séjour à Vienne, j'ai vu appliquer deux fois ce mode de compression par le chirurgien de Kiel dans le service de mon ami le docteur Mosetig. M. Ricord assistait également aux opérations dont je vais rendre compte. Nous avons assisté à une amputation de cuisse faite par M. Esmarch et à une amputation de pied par le procédé de Pirogoff, faite avec une grande habileté par M. le professeur Mosetig. L'amputation de la cuisse était nécessitée par une brûlure étendue et profonde de la jambe, l'amputation du pied était indiquée par une lésion profonde des os du tarse. Pendant ces deux graves opérations les malades ont perdu quelques grammes de sang. Frappé des avantages de ce mode de compression que je ferai connaître plus loin, je l'ai employé trois fois dans les circonstances suivantes à l'hôpital et en ville, en présence de MM. Ricord et Hervez de Chégoin. 1° J'ai pratiqué une amputation de la jambe droite à la partie inférieure; grâce à cette compression, mon opérée n'a point perdu 20 gouttes de sang. L'opération terminée, j'ai dû lier les vaisseaux artériels, en les isolant des veines et du nerf avec la plus grande facilité. 2° L'ablation de l'indicateur et d'une partie du premier métacarpien correspondant sans perte de sang.

3° Enfin, j'ai enlevé du bras droit d'un enfant une tumeur fibro-vasculaire volumineuse. La compression élastique bien faite m'a permis de disséquer avec une grande facilité cette tumeur sans perdre une goutte de sang, et de lier les vaisseaux importants pendant que le membre était encore soumis à la compression. Celle-ci enlevée, j'ai dû lier encore quelques petits vaisseaux. L'enfant a à peine perdu quelques grammes de sang. Ce procédé d'hémostase très-simple est destiné, suivant moi, à rendre un véritable service à la chirurgie; il permet au chirurgien de pratiquer les opérations les plus graves sur les membres avec le secours d'un seul aide intelligent pour donner le chloroforme, et de quelques aides assez forts pour contenir les opérés; la compression des vaisseaux, grâce au professeur Esmarch, est devenue d'une grande facilité. Voici en quoi elle consiste : il faut avoir une bande assez longue de 8 à 10 mètres en soie et caoutchouc, ou en coton et caoutchouc, ayant assez de consistance pour faire une compression élastique suffisante; avec cette bande on exerce une compression depuis l'extrémité du membre jusqu'à sa partie supérieure. Afin que la pression des doigts ne soit point douloureuse, je les ai enveloppés d'ouate. Si le membre sur lequel on doit faire la compression est couvert de plaies, on le recouvre soit avec un taffetas gommé ou avec de l'ouate ; j'ai enveloppé le pied de mon amputée avec de l'ouate. La compression méthodique du membre sur lequel on doit opérer se fait pendant le sommeil chloroformique; elle pourrait se faire en dehors, n'étant point douloureuse; il faut que cette compression soit bien faite, méthodique, et modérément serrée; son but est de chasser le sang des vaisseaux veineux et capillaires et d'interrompre la circulation artérielle sur tout le parcours du membre. Cela fait, on applique une compression circulaire sur la partie supérieure du membre, à l'aide des deux ou trois circulaires faits avec un gros tube en caoutchouc élastique; cette dernière compression assure l'arrêt complet de la circulation dans le membre à opérer. Cette compression terminée, le chirurgien découvre la partie qu'il veut enlever et se met à opérer avec la même facilité que s'il opérait sur le cadavre, qu'il s'agisse d'une amputation, d'une résection, ou d'une ablation de tumeur. L'opération terminée, le chirurgien lie les vaisseaux importants, ceux dont les rapports sont bien connus, les isole des veines et des nerfs. Cela fait, toute compression est enlevée, le membre sur lequel on a agi a un aspect tout à fait cadavérique, qui disparaît rapidement avec le retour de la circulation capillaire; alors le chirurgien découvre quelques petits vaisseaux qu'il n'avait point vus, ce sont les seuls qui donnent du sang. Tel est dans sa simplicité le procédé d'hémostase de M. Esmarch destiné, suivant moi, à rendre de grands services à la chirurgie.

Ceux de nos collègues qui voudront y avoir recours trouveront chez M. Galante les éléments nécessaires à cette compression. Avant de recourir à ce moyen hémostatique, j'ai voulu calmer certaines inquiétudes que j'avais, 1° sur la douleur; je me suis bien vite convaincu en l'appliquant de 15 à 20 minutes sur le membre d'une femme affectée de varice, que cette double compression n'était point très-douloureuse et qu'elle était très-supportable quoique très-efficace; car le membre, après une compression de 15 à 20 minutes, avait pris un aspect tout à fait cadavérique; 2° on pouvait craindre que le refoulement de tout le sang d'un membre dans le torrent circulatoire n'eût une influence fâcheuse, il n'en est rien ; M. Esmarch, voulant enlever sur un homme des portions de tibia nécrosé sur les deux membres, soumit les deux membres de cet individu à une double compression sans aucune suite fâcheuse. 3° On pouvait se demander si la suspension dans un membre de toute circulation pendant un temps qui peut varier de 15 à 45 minutes, n'avait point de suite fâcheuse sur l'opération elle-même, soit au point de vue des hémorrhagies primitives, soit au point de vue des suites ultérieures des opérations.

On pouvait aussi se demander si la compression énergique faite avec un gros tube en caoutchouc, n'avait point une fâcheuse influence sur les gros vaisseaux. J'ai consulté à ce sujet MM. les professeurs Billroth et Mosetig ; ces messieurs m'ont parfaitement rassuré à ce sujet ainsi que l'auteur de la méthode. Les résultats primitifs de ce mode de compression que j'ai vus à Vienne, ceux que j'ai obtenus à Paris, m'ont engagé en déposant sur le bureau la brochure de M. Esmarch, de vous exposer sa manière de faire; bientôt d'ailleurs, dès que nos collègues l'auront expérimenté, nous pourrons avec plus de connaissance de cause, discuter la valeur et l'opportunité de son emploi dans la chirurgie civile comme dans la chirurgie d'armée.

ÉLECTION

La société procède à l'élection de la commission pour le prix Duval.

Sont nommés : MM. Marjolin, Dubrueil, Dolbeau, Paulet, Guéniot.

RAPPORTS

M. GIRAUD-TEULON lit le rapport suivant, sur deux mémoires adressés à la Société par M. le docteur Gayat, de Lyon.

De l'inflammation des anciennes opacités de la cornée. — Le titre qui précède, et donné par l'auteur à son mémoire, nous a paru trop concis, et même insuffisant : en y ajoutant quelques mots, il en eût fait à l'instant comprendre la portée, tout en la circonscrivant. Ce complément eût dû, suivant nous, être celui-ci : *Des anciennes opacités de la cornée, sous le rapport de leur prédisposition aux récidives inflammatoires.* Sous cette forme, on eût eu, à l'avance, une idée générale du sujet traité par notre confrère.

M. Gayat, observant les opacités cornéales consécutives aux ulcérations superficielles d'une certaine durée, a cru remarquer que ces cicatrices opaques se comportaient parfois de la même façon que les cicatrices ayant leur siége dans le derme. Il exclut, bien entendu, de ce rapprochement, les opacités déposées dans les strata profonds, couches qui n'ont point, comme l'ont prétendu quelques-uns, la spécialité exclusive des cicatrices opaques.

Il ne s'agira pas non plus dans ce travail des leucômes adhérents, dans lesquels le tissu cornéal se voit histologiquement envahi par du tissu irien, mélange dont on connaît la facilité inflammatoire et la tendance au ramollissement staphylomateux. Les seules opacités en question dans cette étude seront donc exclusivement celles des couches superficielles, en y comprenant leur limite naturelle, la membrane de Bowmann. Avant de les envisager sous le rapport clinique, l'auteur les étudie au microscope, et retrace le tableau qui en a déjà été présenté par les micrographes. La lecture de cette exposition anatomo-pathologique suffit à elle seule pour faire comprendre que les tissus qui ont été le siége de semblables évolutions cellulaires se voient plus que les tissus normaux prédisposés à la desquamation ou à l'exfoliation. Cette remarque a conduit notre confrère à relever, parmi ces kératites à récidive, qui font le désespoir des cliniciens, un certain nombre de cas, dans lesquels la nouvelle ulcération s'offrait d'emblée sur la cicatrice laissée par une ulcération antérieure. Son travail en rapporte quatre observations, d'où l'on peut, sans apparente témérité, conclure que, dans le cours de plusieurs poussées herpétiques ou impétigineuses sur la cornée, d'anciennes cicatrices se sont vues le siége de prédilection des ulcères successivement apparus et guéris.

Ces coïncidences de lieu dans l'éclosion des vésico pustules herpétiques sur la cornée, à différentes époques, ont conduit M. Gayat à reconnaître une certaine analogie entre ces processus et ceux que présentent les cicatrices du derme et des muqueuses.

Dans les cicatrices cutanées, le vernis extérieur (l'épiderme) est toujours constitué par des couches assez minces et irrégulièrement déposées ; ces inégalités d'épaisseur et de fermeté le rendent beaucoup plus sujet que l'épiderme des parties voisines à la desquamation comme à l'inflammation. Ce serait assurément là une ressemblance à noter entre les réparations épithéliales de la cornée et celles du derme.

La même analogie ne s'observerait-elle pas entre certaines taies cornéales, avec proéminence verruqueuse ou fongueuse (ulcère végétant de la cornée) et les hypertrophies des cicatrices de la peau; connues sous le nom de chéloïdes ?

Ce point de vue nouveau s'est fondé chez l'auteur sur cette con-

sidération qu'il ne pouvait guère s'être rencontré dans les cas tombés sous son observation une maladie de nature et de forme nouvelles. Il a dû y reconnaître les mêmes origines qu'aux premières invasions observées. D'où venait donc cette constance dans l'élection du siége? Sans doute, a pensé M. Gayat, de l'altération de l'épithélium. A l'état normal une couche d'épithélium intacte oppose une barrière infranchissable aux infiltrations et communications extérieures; mais il en est tout autrement, lorsque le stratum est fendillé ou interrompu dans sa continuité. Il se passe ici ce qui s'observe couramment dans les cicatrices de la peau que l'on voit s'ulcérer si facilement au moindre frottement, et dont les ulcérations secondaires offrent une telle tendance à la durée et à la récidive.

Nous terminons ici l'exposition des idées suggérées à notre confrère par l'observation de faits qui lui ont paru nouveaux, ou non signalés jusqu'ici. La raison d'être qu'il leur attribue n'a rien en soi qui doive être repoussé, et la logique y donne son assentiment. Assurément on peut expliquer ainsi la plus longue résistance au traitement que présentent parfois certaines kératites, que rien n'eût pu faire distinguer à priori de celles si communes qui affluent dans nos cliniques et aux consultations publiques. Cependant il serait imprudent de se prononcer trop vite, et nous attendrons une plus grande masse de faits, pour l'observation desquels les sujets ne manqueront certainement pas.

En terminant, puisqu'il ne s'agit que de signaler aux praticiens un objet d'observation, rappelons-leur le grand intérêt qui s'attache, au point de vue pratique, à la solution des deux questions suivantes :

1° Doit-on considérer, avec les auteurs anciens, comme *devant être curatives* des inflammations provoquées sur des taies anciennes, circonstance qui se présente quelquefois, les cicatrices se trouvant, après cette crise inflammatoire, remplacées par un tissu sain ou transparent. Le travail de M. Gayat semble démontrer qu'il n'en est pas toujours ainsi.

2° Au même point de vue de la disparition des taies cornéales, réunir le plus de faits possible, de nature à établir l'influence de l'iridectomie sur la résorption de ces taies. L'observation de faits de cette nature devient tous les jours plus fréquente; il serait avantageux de fixer positivement les idées sur le mérite de cette intervention, employée directement comme traitement des taies.

Résultats de quatorze expériences relatives à la régénération du cristallin des lapins. — Conclusions applicables à l'homme. — La régénération par le périoste de l'os extrait de son enveloppe a ému plus d'une fois les échos de cette enceinte. Celle du cristallin par sa capsule, après une semblable extraction, sera-t-elle moins sujette à difficultés? C'est une question dont je vais avoir l'honneur de vous entretenir, et qui a été soulevée, dans un travail présenté à la compagnie par M. le docteur Gayat, de Lyon, et renvoyé par elle à une commission composée de MM. Verneuil, Després et le soussigné rapporteur.

Cette question n'est encore, pourrait-on dire, qu'à l'état embryonnaire, ainsi que les éléments sur lesquels elle repose. Introduite pour la première fois en 1825 par MM. Cocteau et Leroy d'Etiolles, continuée par Backhausen, Lowenhardt, Davidson en 1827, Day en 1828, Mayer et Middlemore en 1832, Textor et Valentin en 1842, elle avait été reprise en 1867 par M. Milliot, auquel on doit et de bonnes expériences et une étude bibliographique que je viens, d'après lui, de vous cataloguer. Tous ces auteurs, sauf Backhausen, ont admis la régénération du cristallin, et telle était aussi la conclusion de M. Milliot, dont le travail figure en résumé dans les comptes rendus de l'Académie des sciences pour 1867.

Dans une note lue devant la Société de biologie, en avril 1870, M. Felippeaux apporta de nouvelles expériences confirmatives de celles dues à M. Milliot, et desquelles il résultait également que l'on doit admettre au nombre des régénérations incontestables celles du cristallin chez les jeunes mammifères, sous cette condition, toutefois, que la capsule ait été laissée en place et n'ait pas subi une trop grande dilacération.

Ces conclusions ont paru excessives à M. le docteur Gayat : « Utilisant ces premières expériences, dit-il, et appliquant à mes expériences personnelles entreprises sur d'autres données les résultats de mes recherches antérieures sur la capsule du cristallin, j'ai été amené à conclure que ce qu'on regardait comme une régénération n'était qu'*un complément de développement des cellules épithéliales de la cristalloïde et des fibres nucléées de la gouttière équatoriale*, lesquels éléments restent adhérents à la capsule, même dans les extractions les plus complètes du cristallin hors de son enveloppe. A part de très-rares exceptions, je n'ai observé l'apparition de masses nouvelles que sur de jeunes lapins non encore parvenus au terme de leur croissance. »

En suivant l'auteur dans la description de ses expériences, dont le nombre s'est élevé à quatorze, et dont la durée maximum a été de 393 jours, on constate que M. Gayat a pu reconnaître, avec MM. Milliot et Felippeaux, que les sacs capillaires des cristallins extraits renfermaient, en effet, des produits de sécrétion nouveaux, mais que ces masses offraient une transparence plutôt incomplète que parfaite, des formes un peu moins que géométriques, et enfin une composition histologique rappelée plus haut et différant assez notablement de la constitution normale du cristallin, au point de vue du groupement très-irrégulier des éléments.

L'analyse des expérimentations de M. Gayat n'est pas moins affirmative sous le rapport optique : « L'examen ophthalmoscopique, dit l'auteur, pratiqué sur les yeux soumis à l'expérience, n'a jamais donné une image, même passable, des détails du fond de l'œil; et les animaux opérés s'orientaient péniblement dans leur cage à la recherche de leur nourriture. On voit donc qu'il y a loin des propriétés optiques de ces productions à la perfection du cristallin normal. »

Nous nous associerons volontiers aux conclusions suspensives qui semblent se dégager du travail de M. Gayat.

L'ensemble des expériences témoigne de ce fait, que chez de très-jeunes mammifères la couche endothéliale de la cristalloïde antérieure, laissée en place et la plus intacte possible, à la suite d'une extraction, se reprend à proliférer et reconstitue un bloc de tubes cristalliniens, plus ou moins irréguliers dans leur groupement, et présentant, par conséquent, une transparence laissant à désirer. Cela ne doit choquer aucune conviction : la période embryonnaire n'est pas assez loin du moment de l'expérience pour rendre ces faits merveilleux; ce n'est là qu'une question histologique se rattachant encore aux périodes de développement physiologique de l'individu. A ce titre, elle ne peut être que favorablement reçue et encouragée. Mais la chirurgie y peut-elle, dès ce moment, relever, pour son propre compte, quelque résultat avantageux? Nous ne le croyons pas, si ce n'est au point de vue indirect.

Si la capsule laissée trop intacte après une extraction est encore apte à proliférer, l'état pathologique de la nutrition chez un cataracté opéré doit nous faire redouter, plutôt qu'accueillir comme un bienfait, cette prolifération, et si sa transparence est plus ou moins parfaite chez un jeune lapin, plein d'énergie vitale, nous nous assurons que les produits de cette régénération chez nos opérés sont à l'avance frappés dans leur transparence.

Restituons donc ces intéressants travaux aux laboratoires de la physiologie expérimentale, et n'en retenons pour le moment que cette conclusion de M. Gayat : Au point de vue opératoire chez l'homme, il faut faire à la capsule de larges dilacérations, facilitant la sortie du cristallin, et s'opposant, en même temps, en toute éventualité, à la reproduction d'éléments nouveaux.

Autrement dit, au lieu d'accueillir comme un bienfait la reproduction possible de quelque chose qui vienne remplacer le cristallin, envisageons cette éventualité comme un danger chirurgical, et plaçons-nous dans les conditions les moins propres à amener une semblable reproduction.

Concurremment avec les mémoires que nous venons d'analyser, et à l'appui de sa candidature comme correspondant national, M. le docteur Gayat a déposé sur le bureau de la Société :

1° Sa thèse inaugurale, traitant des indications de *l'amygdalotomie*;

2° Un article bibliographique extrait des Ann. d'ocul. sur l'important ouvrage de Ed. de Jæger : *Contributions à la pathologie de l'œil;*

3° Une observation de choroïdite suppurative avec collection purulente au-dessous du tendon du Droit supérieur ;

4° Une étude sur les corps étrangers de la conjonctive et de la cornée.

Après avoir proposé à la Société d'adresser des remerciments à l'auteur pour ses communications et d'ordonner leur admission dans ses mémoires, nous rappellerons la distinction dont il a déjà été l'objet de la part de la Société (Prix Laborie, encouragement, en 1872), et nous proposerons l'inscription du candidat sur la liste des correspondants nationaux.

LECTURE

M. CAZIN (de Boulogne) lit une observation intitulée : *Contributions à la cure radicale de l'extroversion de la vessie.* (Renvoyé à une commission composée de MM. Marjolin, Tarnier, Dubrueil.)

COMMUNICATION

M. GUÉNIOT communique l'observation suivante :

Hernie congénitale étranglée, chez un enfant de trois mois. — Opération. — J'ai dû pratiquer récemment la kélotomie dans des conditions très-exceptionnelles, qui me paraissent dignes d'être mentionnées.

Le malade était un enfant de trois mois, entré dans mon service le 26 septembre dernier, pour une petite tumeur de l'aine droite. Après un examen minutieux de cette tumeur, qui avait le volume d'un marron, je conclus à l'existence d'une hydrocèle de la tunique vaginale, ou d'un kyste du cordon spermatique. Elle était, en effet, de forme sphéroïdale, à parois tendues et élastiques comme celles d'une collection liquide ; à la lumière, elle offrait une certaine translucidité. Quoique légèrement mobile dans tous les sens, elle était néanmoins irréductible et n'augmentait pas de volume pendant les cris du petit malade. Le testicule de ce même côté restait contenu dans l'abdomen, et la bourse correspondante était complétement affaissée. Du côté gauche, au contraire, le testicule et toute la région inguino-scrotale se trouvaient régulièrement conformés. L'état général de l'enfant était d'ailleurs très-satisfaisant.

Environ dix jours plus tard, sous l'influence d'une toux passagère, la tumeur descendit au-dessous de l'orifice cutané du canal inguinal; elle avait conservé son volume primitif, et sa translucidité était devenue plus facile à constater. Le testicule paraissait adhérent à sa partie supérieure et occuper la terminaison du canal. Je m'abstins de toute médication, me bornant à observer l'évolution de la tumeur.

Sur ces entrefaites, il s'était produit, sans cause connue, à la partie interne et inférieure de la jambe gauche, un petit ulcère qui, malgré des soins attentifs, fut très-long à se cicatriser. Enfin, une conjonctivite purulente se déclara aux deux yeux.

L'enfant, confié dès son entrée à une bonne nourrice, continuait néanmoins à prospérer; son ophthalmie était en traitement, sa bronchite guérie et son ulcère cicatrisé, lorsque, le 11 novembre, on m'apprit que, depuis la veille, il n'avait cessé de vomir, qu'il s'était affaissé rapidement, et se trouvait alors mourant. La nourrice ajouta que, depuis deux jours, il n'avait pas eu d'évacuation alvine, et même avait peu uriné.

Je trouvai, en effet, le petit malade pâle, amaigri, et dans une sorte de torpeur due à son extrême faiblesse. Ses paupières, quoique complétement désenflées, restaient fermées. Sa respiration était courte et précipitée; le ventre, très-ballonné, était sillonné par de nombreuses veines qui s'étendaient jusque sur le devant de la poitrine. La tumeur était sensiblement modifiée. Elle s'offrait alors sous la forme d'un cylindre gros comme le doigt, qui se prolongeait à travers le canal inguinal jusque dans le ventre. L'extrémité inférieure ou cutanée de ce cylindre était seule fluctuante : c'était le vestige de la tumeur liquide primitive. Tout le reste, au contraire, était dur et n'offrait aucune partie distincte. Le cathétérisme de la vessie n'amena que quelques grammes d'urine, et les tentatives du taxis furent totalement infructueuses.

A n'en pas douter, il s'agissait d'un étranglement herniaire, l'intestin formant, avec l'appareil testiculaire, une masse compacte et en quelque sorte homogène. L'enfant était moribond; je crus lui donner, par l'opération de la kélotomie, une faible chance de salut.

J'incisai avec précaution jusqu'à la tunique vaginale, que je ponctionnai à sa partie inférieure. Il s'écoula alors quelques grammes de liquide visqueux. Le testicule et l'épididyme furent mis à nu; derrière et un peu au-dessus de ces organes, se trouvait la portion herniée de l'intestin, formant une tumeur grosse comme une cerise et couverte de quelques fausses membranes d'apparence assez anciennes. Une sonde cannelée ne put être introduite qu'avec difficulté entre l'intestin et l'anneau externe, siége de l'étranglement. Je débridai ensuite, en haut et un peu en dedans, à l'aide d'un ténotome à lame très-fine. La réduction devint ainsi facile.

Aucun incident ne se produisit pendant l'opération, qui fut simple et pratiquée sans chloroforme. L'enfant, très-affaibli, sentit d'ailleurs à peine la douleur de l'incision. Je plaçai deux serres-fines à la partie supérieure de la plaie, puis j'exerçai une pression modérée avec de la charpie et un bandage. Enfin, je prescrivis une cuillerée à café du sirop de rhubarbe composé et l'application d'un suppositoire simple.

Pendant une heure, l'enfant parut être en meilleur état; après quoi, les vomissements de matières intestinales reparurent, et la mort survint dix heures après l'opération.

A l'autopsie, l'examen de la plaie me fit constater que la hernie ne s'était pas reproduite au dehors. Je trouvai l'intestin grêle, extrêmement distendu par des gaz et formant de nombreuses circonvolutions, toutes agglutinées entre elles par des pseudo-membranes d'origine récente. Du liquide roussâtre s'écoula en assez grande abondance de la cavité péritonéale. Le gros intestin, dans toute sa longueur, contrastait par son affaissement et ses petites dimensions avec celles de l'intestin grêle démesurément développé.

La portion étranglée de l'intestin appartenait à l'iléon et n'était distante du cœcum que de cinq centimètres. Elle se trouvait encore engagée dans le canal inguinal, occupant les deux tiers profonds de ce dernier; et je dus, pour l'en retirer, exercer un certain effort de traction. Elle était brunâtre, grosse comme une aveline et recouverte de quelques pseudo-membranes. Ce n'était pas la circonférence entière de l'intestin qui se trouvait ainsi herniée, mais les deux tiers seulement de cette circonférence. L'autre tiers, adhérent au mésentère, ne participait pas à l'étranglement; toutefois, le calibre de l'intestin n'en était pas moins complétement effacé. Il s'agissait donc, comme on peut le voir sur la pièce, d'un véritable pincement. Les deux portions d'intestin, faisant suite à la partie herniée, avaient chacune un calibre de deux à trois centimètres, par conséquent très-supérieur au diamètre des orifices du canal inguinal, qui ne mesurait que sept millimètres. Ces orifices offraient l'un et l'autre un bord tranchant et résistant. A leur niveau, le péritoine n'était pas altéré. Enfin, le débridement de l'anneau externe qui, seul avait été incisé, était accusé par une encoche de deux millimètres de profondeur. Le cordon testiculaire présentait son trajet accoutumé.

De l'observation qui précède, je crois pouvoir déduire les conséquences suivantes :

1° L'âge du petit malade est une circonstance très-insolite : jusqu'ici, c'est à ma connaissance le premier exemple de ce genre qui ait trait à un enfant aussi jeune ;

2° Dans ce cas, l'étranglement paraît bien avoir eu pour agent les deux anneaux fibreux du canal inguinal, l'anneau sous-cutané principalement. La doctrine absolue de Malgaigne, en vertu de laquelle la striction serait toujours produite par le collet du sac herniaire, se trouverait par conséquent ici en défaut ;

3° Après avoir levé l'étranglement, il est d'usage, dans la kélotomie pratiquée chez l'adulte, d'attirer au dehors la portion herniée de l'intestin, afin de voir si elle n'est point trop altérée pour être réduite dans l'abdomen. Cette pratique n'aurait pu être réalisée

chez mon petit malade sans risquer de produire des lésions très-dangereuses. On se rappelle, en effet, l'énorme disproportion qui existe entre le diamètre des anneaux et celui de la portion d'intestin qui fait suite à la partie herniée. Je ne tentai pas cette manœuvre, et je crois qu'en semblable circonstance il conviendrait de s'en abstenir ;

4° Pareillement, chez l'adulte, une fois l'intestin rentré, on s'assure de sa bonne et complète réduction en introduisant le doigt jusque dans l'abdomen. Chez l'enfant du premier âge, au contraire, en raison même de l'étroitesse des anneaux, cette manière de faire serait ou impossible ou très-nuisible. Cependant, la présence (constatée à l'autopsie de mon petit malade) d'une partie de la hernie dans les deux tiers supérieurs du canal inguinal, démontre qu'il est nécessaire de s'assurer par un moyen quelconque si l'intestin est totalement rentré dans l'abdomen. Pour réaliser cette indication, si j'avais à répéter la kélotomie sur un aussi jeune sujet, j'emploierais volontiers le moyen suivant : Avec une pince ordinaire à ligature, pince dite à verrou, je saisirais fortement un petit morceau d'éponge ou d'amadou, et à l'aide de ce piston improvisé je parcourrais toute la longueur du canal inguinal, refoulant ainsi devant l'instrument les portions d'intestin qui auraient pu s'attarder dans ce conduit;

5° Enfin, je rappellerai en terminant la diminution rapide du liquide de l'hydrocèle et la disparition brusque de la tuméfaction des paupières, qui furent constatées dans le cours des accidents. On devine aisément la cause physiologique de ce double phénomène. Pour ma part, depuis six ans que je dirige le service des Enfants-Assistés, j'ai toujours vu, sur les sujets atteints d'ophthalmie purulente, les paupières s'affaisser et la sécrétion du pus se tarir dans les vingt-quatre ou quarante-huit heures qui précèdent la mort. Ce serait donc, en matière de statistique, une grave erreur de considérer comme guéris de leur affection oculaire, des enfants qui succombent à une maladie intercurrente.

M. MARJOLIN. Les hernies étranglées chez les très-jeunes enfants avant l'âge de douze à quinze mois sont excessivement rares. J'en ai vu deux ou trois cas pendant mon séjour à l'hôpital Sainte-Eugénie. Elles ont été réduites par le taxis. Lorsqu'on manœuvre sur un champ aussi restreint, je pense, contrairement à l'opinion de M. Guéniot, que l'usage du doigt est préférable à celui d'un instrument spécial.

Quant à la mort occasionnée par une ophthalmie purulente, je n'ai jamais été témoin de cas de ce genre. La mort est due alors à des complications telles que péritonite, méningite, entérite. Il faut faire exception pour l'ophthalmie diphthéritique qui peut entraîner la mort.

M. BLOT pense aussi que l'usage du doigt est préférable, lorsque cela est possible, à celui de tout autre instrument spécial.

M. LARREY. C'est à tort que l'on attribue à Malgaigne la théorie de l'étranglement par le collet du sac, car Dupuytren insistait sur ce point d'une façon toute particulière.

M. PANAS. M. Guéniot a dit que dans le cas qu'il nous présente, l'étranglement n'était pas produit par le collet du sac ; mais je lui ferai observer qu'il s'agit ici d'une hernie congénitale, qu'il y a en réalité deux étranglements et que c'est bien la portion rétrécie du canal péritonéal qui constitue l'agent constricteur. La preuve qu'il en est ordinairement ainsi, c'est qu'on a observé des cas de réduction de la hernie en masse.

Je rappellerai à la Société l'observation d'une petite fille âgée de six mois que j'opérai à l'hôpital Saint-Antoine, il y a six ans, d'une hernie inguinale droite étranglée. Le sac contenait, outre l'intestin, l'ovaire et la trompe.

M. GUÉNIOT. D'une façon générale, je préfère, comme mes collègues, le doigt à un instrument quelconque ; mais je ferai observer que dans le cas actuel, j'aurais encore agrandi l'anneau en me servant du doigt. Je pense encore que l'étranglement n'était pas produit par le collet du sac, puisque le péritoine est partout complétement sain.

PRÉSENTATION D'INSTRUMENTS

M. NOTTA présente à la Société son uréthrotome à l'aide duquel il a pratiqué avec succès cinquante-cinq uréthrotomies.

Le manuel opératoire a d'ailleurs été exposé par l'auteur dans un mémoire publié dernièrement dans le journal l'*Union médicale*. —

(*A suivre.*)

SOUSCRIPTION

en faveur de la veuve et des quatre enfants d'un confrère.

(7e liste.)

Un étudiant	3	francs.
Dr Folla, à Solenzora	3	—
Dr Leblanc, à Courçais	5	—
Dr Bridou, à Château-Landon	5	—
Dr Victor Besnard, à Joué-les-Tours	5	—
Dr Hobon, à Alençon	5	—
Dr Martrès, médecin-major au 52e de ligne	5	—
Dr Caillau, à Saint-Vaury	5	—
Dr Kleczkowski, à Époisses	5	—
Dr Cabasse, à Bourbonne-les-Bains	5	—
Dr Lombard, à Terrusson	5	—
Dr G***, à Héricourt	5	—
Dr Ollivier, à Grasse	5	—
Dr Bourelle, à Orbais-l'Abbaye	10	—
Un confrère	10	—
Un médecin de la Bourgogne	10	—
Plusieurs élèves de l'École de médecine de Grenoble	20	—
Dr Antonin Désormeaux	20	—
Dr Amussat	20	—
Listes précédentes	1026	—
Total	1177	francs.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Dans sa séance du 5 décembre, la commission générale de l'Association des médecins de la Seine a désigné, à l'unanimité, pour être proposés aux suffrages de l'assemblée générale :

A la place de président, M. Barth; à celle de vice-présidents, MM. Béclard et Noël Gueneau de Mussy ; à celle enfin de secrétaire général, M. Orfila.

L'assemblée générale aura lieu le 25 janvier 1874.

— *École de médecine de Bordeaux.* — A la suite d'un concours, MM. Testut, Bitot et Troquart sont nommés aides d'anatomie.

— *École de médecine de Lyon.*— Le chiffre des inscriptions prises en novembre 1873 s'élève à 291, se décomposant ainsi : 203 pour le doctorat ; 20 pour le titre d'officier de santé; 10 pour celui de pharmacien de première classe, et 58 pour celui de pharmacien de deuxième classe.

— Les études thérapeutiques vont recevoir un nouvel essor par la publication d'un journal de thérapeutique, qui sera publié par M. le professeur Gubler, MM. Bordier et Ernest Labbée, le 10 et le 25 de chaque mois, à partir du 10 janvier 1874.

En saluant ce nouveau confrère, nous croyons devoir signaler aussi les changements qui viennent de se produire dans le *Bulletin de thérapeutique*. Ce journal, qui depuis la mort de M. F. Bricheteau était publié avec talent par M. le docteur Gauchet, vient d'être acquis par M. le docteur Dujardin-Beaumetz qui s'est assuré le concours de MM. les professeurs Béhier, Bouchardat et Dolbeau.

Nous ferons profiter nos lecteurs de l'impulsion que va donner à la thérapeutique l'existence de ces deux feuilles spéciales.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Des névroses menstruelles ou la menstruation dans ses rapports avec les maladies nerveuses et mentales, par le docteur BERTHIER, médecin de Bicêtre, etc. — 1 vol. in-8°, 5 fr. — Paris, Adrien Delahaye.

Pathogénie des hémorrhagies traumatiques secondaires, par le docteur CH. CAUCHOIS. — in-8°, 3 francs. — Paris, Adrien Delahaye.

Guide pratique de la jeune mère ou l'éducation du nouveau-né, par le docteur BROCHARD. — 1 vol. in-18, 2 francs. — Adrien Delahaye.

L'Ouvrière mère de famille, par le docteur BROCHARD. — 1 vol. in-18, 0 f. 50. — Adrien Delahaye.

De l'allaitement maternel étudié au point de vue de la mère, de l'enfant et de la société, par le docteur BROCHARD, ouvrage couronné, 2e édition revue et augmentée. — 1 vol. in-12, 2 francs. — Paris, Adrien Delahaye.

De l'amputation du pénis, par le docteur LOUIS JULLIEN. — In-8°, 2 fr. 50. — Paris, Adrien Delahaye.

Le Directeur : Dr E. LE SOURD.

Paris. — Typographie A. POUGIN, quai Voltaire, 13.

N° 148. — MARDI 23 DÉCEMBRE 1873. 46e ANNÉE. MARDI 23 DÉCEMBRE 1873. — N° 148.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Bureaux : 57, rue des Saints-Pères, 57
PRÈS L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix d'abonnement doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

On s'abonne hors de Paris dans les bureaux des Messageries et chez les Libraires
Les lettres non affranchies sont refusées.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1855 a institué en faveur de la Gazette un fonds de 3,000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 2,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui n'en peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS	
Trois mois. .	8 fr. 50 c.
Six mois. . .	16 —
Un an. . . .	30 —

POUR L'ÉTRANGER le port en sus suivant les derniers tarifs des Postes.

HOPITAL DE LA CHARITÉ. — M. BERNUTZ.

LEÇONS SUR LES MALADIES DES FEMMES (1).

Dispositions anatomiques des organes génitaux et leur mode de développement pour servir à l'histoire des vices de conformation très-multiples qu'ils présentent.

II

En 1849, au moment où M. Robert, que j'accompagnais, allait sortir de l'hôpital Beaujon, une femme du quartier de condition moyenne, se présenta à lui pour lui demander un certificat destiné, disait-elle, à rectifier l'acte de l'état civil de son enfant de trois à quatre ans, qu'elle amenait avec elle. Elle nous raconta que la sage-femme qui l'assistait lui avait déclaré que l'enfant qu'elle venait de mettre au monde était une fille, et que sur cette déclaration confirmée par tous ses parents, cet enfant avait été inscrit sans aucune objection sur les registres de l'état civil comme appartenant au sexe féminin.

Pendant l'allaitement et l'année qui suivit, rien n'éveilla le soupçon d'une méprise ; il ne commença à naître qu'au moment où l'enfant attira l'attention sur lui par sa pétulance, son aversion pour tous les jeux des petites filles, tandis qu'il recherchait ardemment tous ceux des garçons. On se mit à l'observer d'autant plus attentivement, nous dit cette femme, que le grand-père paternel de cet enfant a été comme lui inscrit comme fille sur les registres et qu'on a dû faire une rectification analogue à celle qu'elle sollicite aujourd'hui.

Il y a six mois environ, après quelques douleurs accusées dans l'aine droite, la pseudo grande lèvre de ce côté devint plus grosse que la gauche et acquit le volume qu'elle présente aujourd'hui. Les mêmes phénomènes se sont produits à gauche il y a quinze jours ou trois semaines seulement.

Les deux pseudo grandes lèvres séparées l'une de l'autre par une scissure profonde constituent deux bourrelets allongés du pubis à la partie antérieure du périnée rappelant complétement la disposition des grandes lèvres, si ce n'est qu'elles sont plus rebondies dans leur partie moyenne. En pressant cette partie moyenne de chacune des pseudo grandes lèvres on sent très-distinctement qu'elles contiennent chacune un corps arrondi qui offre toutes les dispositions d'un testicule. En remontant de ce corps vers l'aine on sent très-distinctement le cordon spermatique qui s'engage de chaque côté dans le canal inguinal.

Entre ces deux bourses scrotales bifides inférieures se trouve supérieurement une petite verge ayant à peine la moitié du volume que présente cet organe à cet âge de la vie. Elle est creusée inférieurement en demi-gouttière par suite de l'absence du canal de l'urèthre. Inférieurement au contraire on trouve un hiatus de forme arrondie par lequel, nous dit la mère de cet enfant, a été émise l'urine depuis qu'il est au monde.

Pour le contrôler, nous introduisons dans cet hiatus une petite sonde qui pénètre de suite dans la vessie et donne lieu à l'écoulement d'une notable quantité de l'urine, qu'on interrompt pour combiner au cathétérisme le toucher rectal. Le petit doigt introduit dans le rectum fait constater qu'il n'y a pas de vagin interposé entre le rectum et le réservoir urinaire. En le portant un peu plus profondément, on ne sent aucun vestige, soit d'utérus, soit d'un quelconque des organes génitaux féminins internes. Ce qui nous permit d'assurer que l'enfant qu'on nous présentait était un garçon, et qu'en l'inscrivant comme fille sur les registres de l'état civil, il y avait eu erreur basée sur une apparence trompeuse, résultant d'un hypospadias complet, qui a entraîné la séparation des deux bourses du scrotum, dans chacune desquelles existe aujourd'hui un testicule qui est l'organe fondamental du sexe masculin.

La méprise est facile à éviter lorsqu'au lieu d'un hypospadias il s'agit simplement d'une augmentation monstrueuse du clitoris, et qu'elle n'est accompagnée d'aucune autre malformation. Dans ce cas, il suffit pour ainsi dire d'être prévenu de la possibilité d'une erreur pour qu'elle soit évitée. Un examen attentif permet facilement de déterminer le sexe. Mais il n'en est plus de même lorsqu'on trouve associé à la monstruosité du clitoris un autre vice de conformation des organes génitaux, fût-il même aussi simple que l'est, par exemple, l'adhérence des petites lèvres dont j'ai à vous rappeler succinctement les dispositions anatomiques.

Les deux petites lèvres, ou nymphes, réunies supérieurement pour former le capuchon du clitoris, qui est complétement l'analogue du prépuce de l'homme, constituent après avoir fourni le frein, deux sortes de voile membraneux, l'un à droite, l'autre à gauche, qui sont insérés chacun sur la face interne de la

(1) Fin. — Voir le numéro du 18 décembre 1873.

grande lèvre correspondante. Ces petites lèvres se portent du clitoris en bas et en arrière vers le périnée en contournant les parties latérales de l'orifice du vagin dans une étendue plus ou moins grande, qui est variable d'une femme à l'autre. Très-courtes chez quelques-unes, les membranes sont loin d'arriver jusqu'à la fourchette où elles se terminent chez le plus grand nombre, tandis que chez d'autres femmes où elles sont très-longues, elles dépassent plus ou moins la fourchette pour se rapprocher plus ou moins de la partie antérieure de l'anus, et en formant alors un bourrelet périnéal double qui rappelle le raphé qui existe chez l'homme. Constituée par une duplicature de la muqueuse dans laquelle est interposé un peu de tissu érectile, cette sorte de collerette du vestibule, fermée supérieurement, plus ou moins ouverte inférieurement, d'un rose pâle chez le plus grand nombre des femmes, bistré chez les brunes, surtout quand elles ont eu plusieurs enfants, offre de très-grandes différences de dimension dans les diverses races, et comme nous venons de le dire, dans la même race, suivant les individus. Les dissemblances chez les femmes de même race pour être moins notables que celles qui existent entre les petites lèvres des Européennes et le tablier des Hottentotes, n'en sont pas moins très-marquées. L'exagération du volume des nymphes reconnaît des causes diverses, au nombre desquelles on a rangé l'onanisme; mais je ne puis vous dire si cette remarque de Brantôme est fondée ou non, parce que mon attention ne s'est jamais portée sur ce point, le nom de nymphomanie imposé à la forme d'aliénation caractérisée par des désirs désordonnés, pourrait y faire croire.

La partie des deux nymphes, placée au-dessous du frein et qui seule mérite véritablement le nom de petites lèvres, correspond à la double cloison interscrotale de l'homme. Mais tandis que les deux lames, qui constituent celle-ci, sont intimement accolées l'une à l'autre, les deux voiles membraneux, qui la représentent chez la femme, sont séparés l'un de l'autre et ne s'affrontent que par leur bord libre quand elles se rapprochent l'une de l'autre dans certains mouvements des membres inférieurs. Cette juxta-position du bord libre des deux petites lèvres, qui, normalement n'est que temporaire et correspond à des mouvements déterminés des membres inférieurs, est permanent chez quelques rares petites filles, mal conformées, chez lesquelles le bord libre des deux petites lèvres est resté soudé l'un à l'autre, soit dans toute, soit dans une partie seulement de sa hauteur par suite d'un arrêt de développement.

Ce défaut de séparation des deux petites lèvres, altère considérablement la physionomie de la vulve, comme vous pouvez le voir sur la planche que je vous présente, qui est annexée à une observation très-intéressante publiée par Debout, dans les mémoires de la *Société de chirurgie*, et peut, lorsqu'elle est associée à un développement exagéré du clitoris, embarrasser beaucoup pour la détermination du sexe.

Les deux petites lèvres, soudées l'une à l'autre, forment une membrane tendue entre les deux grandes lèvres, et laissent persister comme seul vestige de la fente vulvaire, un hiatus de dimension variable, suivant l'étendue de sa fusion, mais en général assez petit par lequel s'échappe les urines et par lequel s'écouleront plus ou moins difficilement les règles à l'époque de la puberté, si avant cette époque on n'a pas obvié au vice de conformation à l'aide d'une opération. Il y a plusieurs procédés opératoires. Le plus simple, en ce qu'il n'exige pas d'instrument tranchant, est celui d'Amussat, qui consiste dans des tractions exercées sur les petites lèvres de leur soudure vers leur insertion aux grandes lèvres, en même temps qu'on presse d'arrière en avant sur la ligne de fusion des nymphes, à l'aide d'une sonde de femme qu'on a introduite verticalement par l'hiatus, derrière la membrane qu'on veut désunir. Mais je dois vous dire que ce procédé opératoire ingénieux, n'a de chance de réussir que dans le premier âge. Lorsque la fusion est intime, il faut avoir recours à l'instrument tranchant, comme l'a fait Huguier dans l'observation à laquelle j'ai emprunté la planche que je vous ai soumise; je dois ajouter qu'il faut souvent, comme dans ce fait, revenir à une opération supplémentaire pour obtenir la restauration des parties externes; mais je ne puis entrer dans ce détail de l'opération que vous trouverez exposée dans l'histoire de la malade publiée par Debout. Je dois ajouter que dans ce fait on trouvait, comme particularité intéressante, une hernie de l'ovaire droit qui était descendu dans une des grandes lèvres dont j'ai à vous indiquer très-sommairement les dispositions anatomiques.

DE LA TRÉPANATION DE L'APOPHYSE MASTOIDE
DANS LES CARIES DU ROCHER

Par le docteur Garrigou-Desarènes.

Après avoir constaté les conséquences si graves des écoulements chroniques des oreilles au point de vue de la santé générale, nous n'hésitons pas, pour notre compte, d'accord avec Wilde, Toynbée, Traoeltsch, Triquet, à considérer l'otorrhée chronique comme une cause fréquente de carie du rocher, de phthisie, et souvent même d'abcès métastatiques du cerveau, du foie et d'autres viscères.

Recherchant les moyens de traitement de ces écoulements avec carie du rocher, nous voulons dire quelques mots de la trépanation de l'apophyse mastoïde qui, dans un grand nombre de cas, permet d'obtenir la guérison d'écoulements qui s'étaient montrés rebelles à tous les traitements.

Cette opération fut proposée par Riolan en 1649, pour combattre la cophose et les bourdonnements causés par l'obstruction de la trompe. Rollfink, en 1656, la conseilla également dans le même but.

Petit et Houerman ont cherché à combattre la carie et les accidents provoqués par la présence du pus dans les cellules mastoïdiennes par la perforation de cet os.

Mais c'est J.-L. Petit qui, le premier, a pratiqué cette opération à l'aide de la gouge et du maillet.

Gasser, en 1796, ayant constaté un gonflement considérable des téguments qui recouvraient l'apophyse mastoïde chez un soldat atteint d'une otorrhée ancienne, chez qui des douleurs violentes et la fièvre s'étaient déclarés depuis quelques jours, ouvrit, à l'aide du bistouri jusqu'à l'os, sans faire sortir de pus.

Ayant alors promené un stylet dans la plaie, il pénétra dans l'apophyse mastoïde ramollie, et le pus s'écoula aussitôt. Il profita de cette ouverture pour pratiquer des injections et finit par guérir son malade. Il renouvela depuis cette opération chez d'autres malades en se servant d'un trocart. Son procédé est bien connu et porte son nom.

Cette opération fut pratiquée ensuite par beaucoup de médecins dans le seul but de diminuer les bourdonnements ou de rétablir l'audition, et elle fut considérée longtemps comme utile et peu dangereuse, quand Berger, médecin du roi de Danemark, pour se guérir d'une surdité accompagnée de bourdonnements très-pénibles, se fit perforer l'apophyse mastoïde. L'opération fut-elle mal faite? Le chirurgien tomba-t-il, non dans les cellules

mastoïdiennes, mais dans la boîte crânienne? Toujours est-il qu'il survint une méningite, à laquelle succomba Berger. Cette opération fut alors à peu près abandonnée. Mais depuis quelques années, les succès incontestables qu'elle procure dans le traitement des otorrhées rebelles, accompagnées de carie ou de paralysie de la septième paire, ont ramené les médecins vers des idées plus justes; et il est certain que le malade guéri ainsi par Valsava à l'aide d'injections par une fistule déjà existante dans cette région, que les succès de Gasser, que les cas de guérison dus à cette opération pratiquée par Toynbée, le cas de Troeltsch, les trois observations de Pagenstecher, d'Elberfeld (*Archiv für Klin. Chirurgie*, t. IV, pages 525, 529, 533); de Turbull (*The med., and. Surg. reporter of Philadelphia*, 1862, 15 fév., pages 22...); de Schwartre, de Haher de Haguenau, de Flair, etc.; enfin, les observations que nous allons publier ici, pour vous prouver que cette opération, inoffensive quand elle est bien pratiquée, peut sauver la vie à un grand nombre de malades.

1re Observation. — M. B..., employé dans les bureaux à la Banque de France, âgé de vingt-sept ans, était atteint depuis huit ans d'un écoulement de l'oreille gauche, pour lequel il avait employé plusieurs traitements qui étaient demeurés impuissants à faire cesser cette otorrhée; la santé du malade était assez bonne, cependant il commençait à maigrir, et enfin son médecin songea à combattre ce flux d'oreille en instillant de la teinture d'iode coupée avec moitié eau. Sous l'influence de ce traitement, trois jours après, l'écoulement par le conduit externe avait cessé. Alors le malade fut pris de douleurs des plus violentes, fièvre, vomissement. Le huitième jour, un gonflement considérable occupait toute la région mastoïdienne gauche. Appelé près de ce malade, je constatai une obstruction presque complète du conduit auditif gauche par la peau tuméfiée. Le malade se plaignait de douleurs très-violentes, de difficulté à fermer la paupière gauche; la bouche était déjà déviée.

Devant ces symptômes si sérieux, je ne vis d'autre ressource que la trépanation de l'apophyse mastoïde. Je fis appeler en consultation le docteur Péan, qui partagea mon avis. Nous fîmes l'opération. L'instrument employé fut un perforateur puissant; il fut appliqué sur l'os après avoir fait aux téguments une incision cruciale au niveau de la base de l'apophyse mastoïde. Le perforateur arriva dans la grande cellule mastoïde, sur un foyer plein de pus.

J'instituai le traitement à l'aide d'injections par la fistule osseuse et de cataplasmes sur l'oreille. Au bout de quelques jours, le gonflement de la peau du conduit auditif avait disparu et le liquide des injections sortait très-bien, soit par l'oreille en le poussant par l'apophyse, et *vice versa*.

Les liquides employés pour les injections furent d'abord de l'eau tiède, puis de l'eau avec 1/20 de sulfate pur d'alumine, puis de l'eau avec 1/100e de teinture d'iode et d'iodure de potassium.

Trois mois après, le malade était complétement guéri. Le point trépané était rempli de bourgeons charnus et tout était cicatrisé.

Chez ce malade et chez un grand nombre d'autres que j'ai été appelé à voir, après un arrêt brusque de la suppuration, des inflammations de l'apophyse mastoïde ne tardaient pas à se déclarer. Cherchons comment se passaient les choses. Il est bon de montrer que si l'on voit survenir dans ces cas des accidents graves, cela tient non pas à la guérison de l'otorrhée, car la guérison est la seule chose que puisse souhaiter le médecin, mais simplement à ce que le pus qui continue à se former ne peut plus s'écouler par le conduit auditif ou par la trompe tuméfiés par les moyens trop irritants que l'on a employés.

C'est le cas de M. B... L'injection de teinture d'iode avait enflammé le conduit auditif, et le pus, retenu dans la caisse, avait gagné les cellules mastoïdiennes et provoqué l'inflammation de l'os et la compression du nerf facial.

Un refroidissement sur l'oreille peut agir de même, et les cas en sont très-nombreux.

Wilde a proposé dans le cours d'une otorrhée, si l'apophyse mastoïde commence à devenir douloureuse à la pression et si la peau se tuméfie, de faire une incision derrière l'oreille, dans toute la profondeur des parties molles, en y comprenant le périoste.

L'incision, longue et profonde, doit être faite à 1 centimètre du pavillon, dirigée verticalement; on évite ainsi de blesser l'artère auriculaire postérieure. Ce moyen a donné de bons résultats.

(*A suivre.*)

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 12 novembre 1873 (1). — Présidence de M. Trélat.

PRÉSENTATION DE PIÈCES

Hernie inguinale étranglée. — Kélotomie sans ouverture du sac. — Persistance de l'étranglement. — Mort. — M. Cruveilhier. Le 5 novembre à 11 heures du matin se présente à la consultation de chirurgie de l'hôpital Saint-Louis le nommé Gr..... Claude, âgé de trente-cinq ans, employé de chemin de fer.

Il porte depuis huit ans environ une hernie de médiocre volume, habituellement bien contenue par un bandage. La hernie n'est sortie qu'une fois il y a deux ans et le malade put la réduire lui-même très-facilement.

Hier à 9 heures du soir sans cause connue (pas d'effort, pas de fatigue, pas de constipation) il éprouve en rentrant chez lui une douleur assez vive dans la moitié gauche des bourses. Le bandage enlevé, il constate la sortie de la hernie; séance tenante il fait lui-même, mais en vain, quelques tentatives de taxis.

Pendant toute la nuit le malade est en proie à des coliques très-vives accompagnées bientôt de nausées et de vomissements et dès le matin il fait appeler un médecin. Ce dernier, après avoir infructueusement pratiqué le taxis (nous n'insistons pas sur la façon dont ce taxis a été pratiqué, sur sa durée; le malade ne donne que des renseignements peu clairs) déclare à la famille qu'une opération est nécessaire et qu'il faut transporter le malade à l'hôpital. A la consultation M. Péan constate une hernie inguino-scrotale gauche, peu volumineuse, assez douloureuse à la pression recouverte d'une peau sans rougeur apparente, mais avec un léger œdème de la partie inférieure du scrotum. Il fait des tentatives de taxis extrêmement courtes bien qu'il lui semble qu'une portion de la tumeur se soit réduite sous leur influence. Admis à l'hôpital, le malade est immédiatement envoyé au bain où il reste environ une heure.

A une heure et demie voici ce que constate M. Fioupe, interne de M. Péan. Le volume de la tumeur a peu augmenté; celle-ci est plus tendue, plus douloureuse à la pression, l'œdème a visiblement envahi une plus grande partie du scrotum; pas de rougeur de la peau; la percussion donne une sonorité très-marquée, il est difficile de se rendre un compte exact de la dimension du pédicule; pas de vomissements; quelques nausées seulement; pas de selles ni de vents. Le facies n'est pas altéré; le pouls est normal; l'état général est assez satisfaisant.

Après avoir chloroformisé le malade et l'avoir placé dans une position telle que les membres inférieurs et le siége fussent plus élevés que le reste du corps, des tentatives de taxis sont faites avec prudence par les internes du service; à un certain moment il se fait entendre un gargouillement qui fait croire à la réduction partielle de la hernie. Cependant la sonorité à la percussion persistant, on pratique encore quelques pressions qui restent infructueuses.

Avant l'arrivée du chirurgien le malade est renvoyé au bain, des

(1) Fin. — Voir le numéro du 20 décembre 1873.

applications de glace sont faites, on donne un quart de lavement avec deux grammes d'infusion de tabac.

J'arrive à huit heures et je suis frappé de l'œdème considérable qui a envahi les bourses, surtout à gauche et la partie inférieure de la paroi abdominale : je l'attribue d'abord à un taxis immodéré, mais les internes m'assurent que de leur part au moins il a été très-peu prolongé et ils insistent sur l'idée qu'une partie de la tumeur a été réduite. Le pédicule est gros, l'état général grave, je me décide à opérer 24 heures après le début des signes d'irréductibilité. Incision longue par suite du volume des bourses; écoulement de sérosité sanguinolente à un moment donné et section sur la sonde cannelée de ce que je crois être les parois du sac; je suis confirmé dans cette idée par la présence de pseudo-membranes analogues à celle des séreuses. Je cherche alors à isoler l'intestin, mais si le doigt passe facilement en arrière et sur les côtés, il y a une adhérence intime entre le fond des bourses et la tumeur. Sachant la rareté des adhérences de l'intestin dont j'ai rencontré seulement un exemple, je cherche à m'assurer si je n'ai pas sous les yeux une membrane distincte de l'intestin; je fais une ponction et un assez grand nombre de bulles de gaz s'échappent et me confirment dans la pensée que j'ai pénétré dans la cavité de l'intestin. Je m'occupe alors de lever l'étranglement; je trouve une bride très-serrée sous laquelle j'ai beaucoup de peine à introduire l'ongle; la section est faite en divers points et le doigt passe par l'orifice débridé. La peau est suturée par-dessus l'intestin non réduit.

Le 6 novembre on trouve le malade dans l'état suivant : insomnie pendant la nuit; pas de selles; des gorgées d'une potion au rhum sont données; pouls assez fort : 70, T. R. 37.8. Le ventre est assez incolore et sans ballonnement; l'état général, quoique moins satisfaisant que la veille, n'est pas mauvais.

6 novembre soir. — Absence de selles; nausées mais pas de vomissements; crachotements assez fréquents; le pouls est plus fréquent (92 pulsations); T. R. 38.4. Le ventre n'est ni douloureux ni ballonné; le faciès s'altère.

7 novembre. — Nuit très-agitée; pas de vomissements, beaucoup de nausées et de crachotements; ventre ballonné, mais peu douloureux; pouls très-faible, ne se laisse plus compter. T. R. : 39.4. Mort dans la soirée.

Autopsie. — Quarante heures après la mort. Peu de traces de péritonite; peu de liquide dans le péritoine; pas d'adhérence des anses intestinales entre elles; un peu de vascularisation seulement des anses situées au-dessus de la portion étranglée; celle-ci appartient à l'intestin grêle et est située à 75 centimètres de la valvule iléo-cœcale.

L'examen de la pièce montre que le sac n'a pas été ouvert et que ce qu'on a pris pour le sac était une de ces bourses séreuses développées par l'usage d'un bandage herniaire mal mis, ou un sac déshabité; l'étranglement n'a pas été levé ou du moins le débridement a porté en dehors du collet du sac qui était l'agent de l'étranglement.

Le sac ouvert montre que la portion étranglée était une anse de 2 à 3 centimètres, perforée à son bord libre, et c'est cette perforation qui ayant permis l'issue des gaz dans la cavité du sac, avait été en partie cause de l'erreur, puisque la ponction du sac ayant donné issue à des gaz on en avait inféré que c'était sur le tube intestinal que la ponction avait porté. J'ajouterai qu'il faut peut-être établir une relation entre le gargouillement si nettement entendu pendant le taxis qui fit croire à une réduction partielle, et la perforation située sur le bord libre de l'intestin, qui résultait évidemment d'une des manœuvres tentées pour la réduction.

Cette observation m'a paru intéressante à plusieurs titres :

1° Elle vient à l'appui de la rareté des adhérences de l'intestin et du sac, adhérences niées presque absolument par M. Gosselin.

2° Elle démontre l'existence des cavités séreuses accidentelles établies par Verneuil au devant des hernies anciennes et mal contenues; elle montre que ces poches peuvent contenir un liquide séro-sanguinolent et des pseudo-membranes tout comme un sac herniaire.

3° Elle montre que la méthode du débridement fait en dehors du sac et qui est érigée en règle générale par J. L. Petit, offre des exceptions dont ce cas est un exemple bien net.

4° Elle confirme cette doctrine qui veut que toutes les fois que l'on n'a pas l'absolue certitude d'avoir mis à nu l'intestin, il faut inciser couche par couche; on avait dans ce cas quelques raisons de croire qu'on était en face de l'intestin puisque ni l'opérateur, ni les cinq aides internes distingués des hôpitaux n'ont émis de doute. La présence d'une cavité; l'écoulement d'une collection liquide, la présence de pseudo-membranes; enfin, la ponction donnant issue à gaz; tout cela était propre à faire admettre que le sac était incisé, et qu'on avait en face de soi l'intestin : il fallait cependant aller plus loin car un anus contre nature était moins grave que la persistance de l'étranglement amené par la non-ouverture du sac, et de plus dans ce cas particulier, l'intestin offrait déjà une large perforation, un anus contre nature accidentel.

5° Le seul moyen d'éviter l'erreur dans ce cas, moyen auquel j'ai recouru le plus souvent mais dont je n'usai pas dans l'espèce, était d'attirer l'intestin à l'extérieur; l'impossibilité d'exécuter cette manœuvre aurait levé tous les doutes.

La séance est levée.

Le secrétaire : TILLAUX.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Séance du 10 mai 1873 (1). — Présidence de M. LUNIER.

LECTURE

M. ONIMUS termine ainsi la lecture de son rapport :

Voici comment nous comprenons le mécanisme de l'occlusion des orifices auriculo-ventriculaires. Au moment où le ventricule est rempli de sang, les valvules, comme on le voit sur un cœur plein d'eau, flottent autour de l'orifice auriculo-ventriculaire, et au premier instant, où la contraction systolique se produit, le sang éprouve une pression, vient gonfler les valvules qui, à ce moment empêchent le reflux du sang dans les oreillettes; puis la contraction se prononçant de plus en plus, les membranes valvulaires sont attirées en bas et viennent s'appliquer contre les parois; elles ramènent ainsi avec elles tout le sang qui se trouve derrière elles, le refoulent vers les orifices artériels (leur direction agit également dans ce sens), et en s'appliquant contre les parois ventriculaires, elles chassent tout le sang qui se trouve dans le ventricule. Leur usage est ainsi plus compliqué et plus utile que celui qu'on leur prête d'ordinaire.

Quant à l'occlusion de l'orifice auriculo-ventriculaire il a lieu au second moment de la systole, par la contraction des fibres musculaires et le rapprochement des parois sur lesquelles reposent ces orifices.

Un grand nombre de preuves démontrant cette occlusion par l'action des muscles, nous ne vous indiquerons que les principales.

La disposition des fibres musculaires du cœur est telle que leur contraction a pour effet de resserrer les orifices auriculo-ventriculaires. Sur les figures que je vous montre et que nous avons obtenues en photographiant directement le cœur en mouvement, on voit très-bien la diminution du cœur dans ses divers diamètres pendant la systole, ainsi que la projection de la pointe. Mais vous pouvez bien voir que c'est à la base du cœur, près des orifices, que le cœur, pendant sa contraction, est le plus rétréci.

De toutes les preuves qui viennent à l'appui de notre théorie, la plus simple de toutes, comme aussi la plus convaincante, est le serrement qu'éprouve le doigt introduit dans l'orifice auriculo-ventriculaire au moment de la systole.

Quoique dans les conditions où l'on opère l'animal soit affaibli et

(1) Fin. — Voir le numéro du 9 décembre 1873.

par la perte de sang et par les désordres graves que l'on a déterminés, et que, par conséquent, le cœur ne possède plus son énergie normale, il y a un fait surprenant : c'est la force avec laquelle le doigt se trouve serré. La constriction éprouvée est telle, qu'il est presque impossible de retirer son doigt dans le moment. Cela s'accorde parfaitement avec l'aspect extérieur des ventricules. A la flaccidité des ventricules, disent MM. Chauveau et Faivre, succèdent la rigidité et la tension, et il y a vraiment *quelque chose d'extraordinaire* dans cette transformation radicale si instantanée (*loc. cit.*, p. 407).

Senac a observé que si l'on insinue le doigt dans les ventricules, on sent que « la cloison palpite, se resserre et devient plus dure. » (*Traité du cœur*, 1749, t. II, p. 25.)

M. Bouillaud est tout aussi explicite : « Si l'on introduit le doigt comme je l'ai fait, dans un orifice auriculo-ventriculaire, ce doigt éprouve une *forte pression, se sent serré de toutes parts pendant la systole du ventricule*. Ce serrement disparaît aussitôt que cesse la systole et que commence la diastole, pour reparaître dès que la systole succède à cette dernière. » (*Discours à l'Académie de médecine*, 1864.)

Toute une grande classe d'animaux vient confirmer la théorie que nous proposons. Chez les oiseaux, le cœur droit ne possède pas de valvule. Remarquons en même temps que, chez les oiseaux, le système vasculaire est des plus importants et des plus perfectionnés. Au lieu de valvule, on trouve un muscle très-fort, un véritable sphincter. Si l'absence de valvule démontre que l'orifice auriculo-ventriculaire se trouve fermé par la contraction des fibres musculaires, la disposition de ce sphincter chez les oiseaux confirme également l'usage que nous avons indiqué pour les valvules auriculo-ventriculaires. Ce sphincter, en effet, n'est pas adhérent dans toutes ses parties à la paroi externe, il n'y adhère qu'à sa partie supérieure. La partie inférieure est libre et flotte dans le ventricule. Il y a donc, entre la paroi et ce sphincter, une impasse assez considérable, dans laquelle pénètre le sang pendant la réplétion du ventricule (cette impasse répond à celle qui existe pendant la diastole entre les valvules et les parois ventriculaires). Au moment de la systole, le sang qui se trouve au pourtour de l'orifice auriculo-ventriculaire, au lieu de s'échapper dans l'oreillette, est refoulé vers la pointe et vers l'orifice artériel.

Je ne veux pas insister sur la concordance qu'il y a entre cette théorie et les faits pathologiques. Le docteur Touatre, dans sa thèse inaugurale, fait ressortir quelques-unes de ces conséquences. Nous ajouterons seulement que sans rien modifier d'essentiel à la théorie généralement admise des bruits de souffle et des modes de succession des temps de repos et de contraction, elle permet d'y ramener les faits sur lesquels Beau se fondait pour combattre cette théorie. Ce célèbre clinicien insistait surtout sur le retrait du cœur, sur l'effacement de l'orifice auriculo-ventriculaire (orifice qu'il avait senti avec le doigt, fermé et imperméable au sang) et sur le bruit de souffle au premier temps, et à la pointe dans le cas de rétrécissement sans insuffisance.

D'autres médecins ont observé des bruits de souffle au premier temps avec rétrécissement, et ce phénomène ne se comprend que si l'on admet une insuffisance due à l'empêchement que les muscles éprouvent dans leurs contractions par la présence d'un tissu fibreux.

D'un autre côté, cette étude physiologique fait considérer, comme des plus graves, les lésions de la grande valve de la valvule mitrale, les altérations des orifices qui empêchent le rapprochement des parois sur lesquelles reposent les orifices auriculo-ventriculaires, et enfin les altérations musculaires qui, amenant une contraction moins énergique, peuvent, par cela seul, amener de l'insuffisance au second temps de la systole. Tous les faits pathologiques nous semblent confirmer ces déductions.

DISCUSSION

M. DUROZIEZ n'admet pas qu'un cœur sectionné pour des expériences physiologiques soit dans des conditions normales, et qu'on puisse tirer de ces observations des conclusions applicables au fonctionnement normal.

Il faut surtout considérer deux points : le raccourcissement du cœur d'une part, le raccourcissement des muscles valvulaires d'autre part. M. Onimus admet le raccourcissement des ventricules; il admet aussi, et M. Duroziez est disposé à l'admettre, bien qu'il ne soit pas démontré, le raccourcissement des papilles, résulant de leur contraction. Mais ces deux points admis, la pointe du cœur se rapprochant de la base, comment est-il possible que les papilles tirent les valvules en bas ?

Lorsque la valvule se redresse il reste, à sa face inférieure, une certaine quantité de sang; il y a perte de travail. Toutefois, il ne paraît pas impossible à M. Duroziez que les têtes des muscles papillaires comblent la cavité. Ce serait, d'ailleurs exagérer que dire que les valvules prennent, à la systole cardiaque, la forme d'un dôme.

Le cœur des oiseaux offre à droite une disposition très-remarquable; il n'y a qu'une valvule musculaire ; elle a un double jeu; elle ferme l'orifice en raison de sa contractilité musculaire; mais elle a aussi un rôle passif; elle bouche mécaniquement, poussée par le sang et formant un nid de pigeon.

Les faits pathologiques semblent à M. Duroziez insuffisants pour prêter un appui à la théorie de M. Onimus. M. Hérard, par exemple, a publié l'observation d'un malade chez qui il avait entendu un bruit de souffle à la pointe et au premier temps, et à l'autopsie duquel il ne constata point d'insuffisance valvulaire. Mais la lésion de l'insuffisance peut être une lésion très-minime, très-réelle cependant sur le vivant, mais dont l'appréciation soit impossible sur le cadavre.

M. ONIMUS ne partage pas l'opinion de M. Duroziez, relativement aux expériences physiologiques; elles peuvent affaiblir l'énergie de la contraction musculaire, mais elles n'en sauraient modifier la direction, et toutes démontrent que les valvules sont tirées en bas. Le cœur diminue dans ses dimensions, ainsi que le dit M. Duroziez. Mais cette diminution a lieu beaucoup plus en largeur qu'en longueur. Enfin, du moment que M. Duroziez admet que les valvules sont soulevées par le sang, que c'est lui qui forme le nid de pigeon, il est impossible qu'il soit complétement expulsé.

M. DUROZIEZ ne nie pas qu'il ne reste une petite quantité de sang; mais il n'estime pas que cette perte de travail ait une grande importance. D'ailleurs, en mécanique, ne voit-on pas constamment de ces pertes de travail, et n'est-on pas obligé d'en tenir compte dans l'évaluation du travail utile ?

La séance est levée à cinq heures et demie.

P. BLUMENTHAL.

VARIÉTÉS

—

Goitre et crétinisme (1), par M. le docteur BAILLARGER.

—

CONCLUSIONS GÉNÉRALES.

II. DISTRIBUTION GÉOGRAPHIQUE DU GOITRE ET DU CRÉTINISME EN FRANCE.

§ 1er. *Distribution géographique du goitre.*

1° Il y a en France au moins quarante-six départements atteints plus ou moins fortement par l'endémie du goitre, et dans lesquels la proportion des goitreux dans la population au-dessus de vingt ans varie de 10 à 150 pour 1,000.

2° Dans neuf départements, cette proportion est de 50 à 150 pour 1,000.

3° Il y a vingt-trois départements dans lesquels elle varie entre 20 et 50 pour 1,000.

4° Dans quatorze autres, elle n'est plus que de 10 à 20 pour 1,000.

(1) Suite. — Voir le numéro du 18 décembre 1873.

5° On trouve ensuite trente-cinq départements dans lesquels le nombre des goîtreux, dans la population au-dessus de vingt ans, n'est plus que de 1 à 10 pour 1,000, et 8 où ce nombre s'abaisse au-dessous de 1 pour 1,000.

6° Le nombre des goîtreux en France peut être évalué au chiffre minimum de 420,000.

7° L'endémie du goître depuis cinquante ans, a été progressivement en augmentant dans vingt-six départements.

En réunissant ces vingt-six départements, on constate que l'augmentation, pour l'ensemble, a été de 2/5 environ.

8° Le nombre des goîtreux a au moins doublé dans sept départements. Dans quatorze autres, il a augmenté d'au moins 1/3.

9° L'augmentation a été progressive depuis cinquante ans sans aucune tendance momentanée à la diminution dans huit départements.

10° Le nombre des goîtreux est arrivé à une proportion assez forte dans plusieurs départements où il en existait à peine autrefois.

11° L'endémie a diminué dans dix-sept départements, mais la diminution n'a réellement été très-marquée que dans le Bas-Rhin, le Haut-Rhin et la Meurthe.

12° En suivant sur une carte la position des départements dans lesquels l'endémie a diminué ou augmenté, on constate que les changements ne se sont pas produits çà et là, comme au hasard, mais par régions bien déterminées. C'est ainsi que les dix-sept départements où il y a eu diminution, forment quatre groupes distincts.

§ 2. *Distribution géographique de l'endémie du crétinisme.*

1° L'endémie du crétinisme sévit surtout avec une assez grande intensité dans les deux départements des Hautes-Alpes et de la Savoie. La proportion des crétins et des idiots réunis est de 22 pour 1,000 dans les Hautes-Alpes et de 16 pour 1,000 dans la Savoie, celle des goîtreux de 110 et de 150 pour 1,000.

2° Dans la Haute-Savoie, les Basses-Alpes, l'Isère, l'Ardèche, la Drôme, les Alpes-Maritimes, les Hautes-Pyrénées, l'Ariége, la Haute-Garonne, l'existence du crétinisme endémique est attestée en même temps par l'Enquête statistique et par les tableaux du recrutement; la proportion des idiots est, en effet, de 4 à 6 pour 1,000, en même temps que la proportion des goîtreux s'élève de 20 à 100 pour 1,000.

3° Il résulte de l'Enquête statistique que le crétinisme endémique existe encore, mais à un degré beaucoup moindre, dans un certain nombre de départements, parmi lesquels on peut citer l'Aveyron, le Lot, la Haute-Loire, les Vosges, le Puy-de-Dôme, les Pyrénées-Orientales, l'Oise, l'Aisne, la Meurthe, le Bas-Rhin, le Haut-Rhin, la Moselle et la Haute-Marne.

4° Les variations de l'endémie du crétinisme n'ont pu jusqu'ici, faute de documents, être étudiées comme l'ont été celles de l'endémie du goître. Cependant on a signalé une augmentation considérable qui aurait eu lieu depuis soixante ans dans les Hautes-Alpes, département dans lequel le nombre des crétins et idiots réunis atteint, en effet, la proportion tout à fait exceptionnelle de 22 pour 1,000.

(A suivre.)

ADMINISTRATION GÉNÉRALE DE L'ASSISTANCE PUBLIQUE A PARIS

INTERNAT. — EXTERNAT.

La séance de distribution des prix aux élèves internes et externes des hôpitaux et hospices civils, qui ont concouru en 1873, aura lieu le mercredi 24 décembre 1873, à une heure de l'après-midi, dans l'amphithéâtre de l'administration, avenue Victoria, n° 3.

Dans cette même séance aura lieu la proclamation des noms des élèves internes et des élèves externes nommés à la suite des concours de 1873.

MM. les élèves actuellement en fonctions, et ceux qui ont été nommés à la suite des derniers concours, sont prévenus qu'il sera procédé, dans les formes ordinaires, à leur classement et à leur répartition dans les établissements de l'Administration, pour l'année 1874. En conséquence, MM. les élèves internes et externes devront se présenter au secrétariat général de l'Administration, avenue Victoria, n° 3, pour retirer leur carte de placement, sans laquelle ils ne seraient pas admis dans les établissements.

Ces cartes seront délivrées : A MM. les élèves internes de 2e, 3e et 4e année, le mardi 23 décembre, à deux heures précises, dans l'amphithéâtre de l'administration centrale, avenue Victoria, 3; — de 1re année, et aux internes provisoires, le mercredi 24 décembre, à trois heures, dans l'amphithéâtre de l'administration centrale, avenue Victoria, 3;

A MM. les élèves externes de 2e et 3e année, le vendredi 26 décembre, à une heure très-précise; — de 1re année, le samedi 27 du même mois, à une heure très-précise, dans le même amphithéâtre.

MM. les élèves sont prévenus que, pour le classement, l'année 1870 ne comptant pas, chaque promotion remontera d'une année en arrière.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Par décret en date du 6 décembre 1873 ont été nommés ou promus dans l'ordre de la Légion d'honneur :

Au grade de commandeur, M. Cabrol, médecin de 1re classe.

Au grade de chevalier, M. Vizerie, médecin-major de 2e classe.

— *École de médecine de Bordeaux.* — Le nombre des inscriptions prises pour le premier trimestre de l'année scolaire 1873-74, est de 384, se décomposant ainsi : 233 pour le doctorat ; 65, pour le titre d'officier de santé ; 23 pour celui de pharmacien de 1re classe, et 63 pour celui de pharmacien de 2e classe.

— *Hôpitaux de Paris.* — Un concours pour la nomination aux places d'élèves en pharmacie vacantes, s'ouvrira le 26 janvier 1874, à une heure précise, dans l'amphithéâtre de la pharmacie centrale des hôpitaux de Paris.

Le registre d'inscription, ouvert au secrétariat général de l'Administration le 2 janvier, sera fermé le 14 janvier 1874, à trois heures.

— MM. les concurrents au prix proposé par la Société médicale du VIe arrondissement de Paris sont prévenus que les travaux doivent être adressés à M. le docteur Billiard, secrétaire général de la Société, rue Notre-Dame-des-Champs, 70, à Paris, avant le 31 décembre 1873, terme de rigueur.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

La saison d'hiver en Algérie, par le docteur Amédée Maurin. — Un beau volume in-18. — Prix : 3 francs. — Paris, Georges Masson.

Leçons sur les maladies du système nerveux, faites à la Salpêtrière, par le professeur Charcot, recueillies et publiées par le docteur Bourneville. 2e partie, 1er fascicule. *Anomalie de l'ataxie locomotrice.* — In-8° avec une planche, 2 francs. — 2e série, 2e fascicule. (*De la compression lente de la moelle épinière.*) — In-8° avec deux planches gravées, 2 francs. — Paris, Adrien Delahaye.

L'Étudiant micrographe, traité pratique du microscope et des préparations, par Arthur Chevalier, O. ✻, 1 vol. de 600 pages, 600 figures : 7 fr. 50. — Delahaye, place de l'École-de-Médecine. — Catalogue illustré des microscopes, gratis, chez Arthur Chevalier, Palais-Royal.

Résumé d'anatomie, par le docteur Fort. — 1 vol. in-32 de 500 pages, avec figures. — Prix : 5 fr.

Le Directeur : Dr E. Le Sourd.

Paris. — Typographie A. Pougin, quai Voltaire, 13.

N° 149. — JEUDI-SAMEDI 25-27 DÉCEMBRE 1873. 46e ANNÉE. JEUDI-SAMEDI 25-27 DÉCEMBRE 1873. — N° 149.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Bureaux : 57, rue des Saints-Pères, 57
PRÈS L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix d'abonnement doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

On s'abonne hors de Paris dans les bureaux des Messageries et chez les Libraires. Les lettres non affranchies sont refusées.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui n'en peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS : Trois mois. . 8 fr. 50 c. Six mois. . . 16 — Un an. . . . 30 —

POUR L'ÉTRANGER le port en sus suivant les derniers tarifs des Postes.

SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

La séance de mardi dernier a été en partie consacrée à la suite de la discussion sur le choléra. M. Woillez s'est joint à MM. Fauvel, Chauffard, Hervieux et Barth, pour combattre la doctrine de M. J. Guérin.

Les deux termes du problème de la genèse du choléra, importation et spontanéité, présentent cette condition particulière, dit M. Woillez, qu'ils s'excluent réciproquement, et que résoudre l'un des deux par l'affirmative, c'est transformer l'autre en proposition erronée.

Convaincu que la doctrine de l'importation a été parfaitement établie et démontrée par les documents de la Conférence de Constantinople, et qu'il n'y aurait rien à ajouter à cet égard à l'exposé qui en a été fait par M. Fauvel, M. Woillez n'a pas jugé qu'il fût utile de la défendre afin de combattre indirectement la doctrine de la spontanéité. C'est à celle-ci qu'il s'en prend directement dans la personne de son principal représentant, M. Guérin.

Sur les trois points qui forment la base du système de M. Guérin : la diarrhée prodromique des épidémies, la diarrhée prémonitoire de l'attaque de choléra et la diarrhée pendant les épidémies, M. Woillez a cité des faits d'une incontestable valeur, qui atténuent, sans la détruire complétement toutefois, la portée des propositions de M. Guérin. Comme la plupart des faits déjà invoqués dans cette discussion, ceux qu'apporte M. Woillez laissent debout, par exemple, le fait de la diarrhée prémonitoire de l'attaque de choléra, mais ils lui enlèvent son caractère de constance et le circonscrivent dans les limites d'une simple prédisposition.

Contre le fait des diarrhées prémonitoires des épidémies, M. Woillez a accumulé les exemples d'épidémies cholériques survenues sans avoir été précédées de diarrhées, à côté des exemples de diarrhées saisonnières évoluant le plus souvent vers la fièvre typhoïde et la dysentérie, et jamais vers le choléra.

Quant aux diarrhées, pendant les épidémies, que M. Guérin groupe sous la dénomination de diarrhées périphériques du choléra, comme pour montrer leur dépendance mutuelle, M. Woillez les a mises en opposition avec plusieurs des épidémies qu'il a été à même d'observer de plus près, particulièrement celle qui a sévi avec une si terrible intensité en 1846 à l'asile d'aliénés de Clermont et qui a fourni à notre savant confrère l'occasion de déployer un dévouement, une énergie et un courage au-dessus de tous les éloges.

Il nous a montré cette épidémie débutant brusquement avec violence, sans diarrhée prémonitoire de l'attaque dans la très-grande majorité des cas ; et au lieu d'une évolution graduelle, on y voit une gravité subite se montrer dès l'invasion, se caractérisant par des cas rapidement mortels qui se succédèrent sans interruption et cesser brusquement.

Telle est, dans ses principales dispositions, l'argumentation de M. Woillez, sur laquelle nous ne voulons relever qu'une seule chose aujourd'hui, l'ensemble des faits qu'elle a apportés au débat devra faire partie de l'appréciation générale qui sera faite plus tard de cette discussion. C'est la proposition même qui lui sert d'introduction et qui semble ne laisser place, dans sa pensée, pour aucune opinion ni pour aucun fait entre les deux termes du problème de la genèse du choléra, l'importation et la spontanéité, considérés comme s'excluant absolument. C'est justement contre cette prétention de nous obliger à choisir entre ces deux termes qui ne nous paraissent contenir ni l'un ni l'autre la vérité tout entière et qui ne s'excluent pas autant qu'on paraît le croire, que nous nous sommes élevé depuis le début de cette discussion.

Dr Brochin.

HOPITAL DE LA CHARITÉ. — M. Bouillaud
Suppléé par M. Bouchard.

Obstruction intestinale causée en deux points différents par des tumeurs fibreuses des deux ovaires. — Mort et autopsie.

Observation recueillie par Henry de Boyer, externe du service, et communiquée à la Société de chirurgie dans sa séance du 26 novembre.

Le 26 octobre 1873, entre salle Sainte-Madeleine n° 7, dans le service de médecine de M. le professeur Bouillaud, la nommée Andaule (Jeanne), âgée de trente-huit ans, exerçant la profession de fille de cuisine.

Cette malade arrive avec des symptômes d'obstruction intestinale :

Depuis longtemps ses selles ne se faisaient que difficilement; souvent après les repas elle avait des digestions difficiles, des éructations, des renvois gazeux, elle était également sujette à des alternatives de diarrhée et de constipation.

Cependant les selles deviennent de plus en plus rares et il y a, lors de son entrée dans nos salles, quatre jours que la malade n'a

eu d'évacuations par le rectum, sauf quelques gaz et de peu abondantes mucosités.

Peu à peu le ventre a pris un développement considérable, il est distendu, mais on n'y remarque pas de trace des contractions intestinales; les vomissements sont survenus depuis la veille et sont porracés.

La palpation de l'abdomen est assez douloureuse, le ventre est brûlant.

Malgré l'existence d'une tumeur dans la région inguinale droite (l'autopsie démontra que c'était un kyste et non une hernie), les symptômes abdominaux ne sont pas dus à un étranglement herniaire; car, existant déjà depuis près de huit mois, et survenus graduellement, ils ont pris ces derniers jours un état d'acuité; par la palpation on ne sent pas de tumeur intra-abdominale, si ce n'est au-dessus du pubis, où l'on trouve une masse s'élevant de cinq travers de doigt au-dessus de la symphyse et donnant à la percussion une matité convexe en haut, en tout semblable à celle que fournirait une vessie distendue par l'urine; on sonda alors la malade; on pénétra dans la vessie, mais on n'en put faire écouler que quelques gouttes d'urine; la matité précédente ne paraissait donc pas formée par la vessie.

En touchant par le vagin, on constate que le col utérin est dur, proéminent, bosselé; les culs-de-sac sont comblés par une masse dure, homogène, non fluctuante et bosselée; on constate la même induration sur la paroi vésicale du vagin.

En touchant par le rectum, après avoir pénétré dans une ampoule singulièrement dilatée, le doigt est arrêté par une masse fort dure qu'il sent à travers les parois du rectum affaissé; cette masse semble faire corps avec le promontoire, et il est absolument impossible au doigt de la déplacer ou de la soulever pour passer au delà.

Cette masse inégale et dure semble faire corps avec celle que l'on sent par le vagin.

L'absence de signes du côté de l'utérus, d'hémorrhagies, de suintement ichoreux, de cachexie cancéreuse font rejeter l'idée de cancer de l'utérus, on pense donc avoir probablement là un cas de corps fibreux de l'utérus plus ou moins développé, peut-être multiple, sans doute extra-utérin, et ayant causé des accidents de compression, puis d'obstruction intestinale.

Les selles ne reviennent pas, les vomissements deviennent de plus en plus fréquents, le tympanisme augmente et bientôt la malade meurt à six heures du matin, après quelques heures de séjour à l'hôpital.

(A suivre.)

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 23 décembre 1873. — Présidence de M. Depaul.

CORRESPONDANCE OFFICIELLE

M. le ministre de l'instruction publique transmet l'ampliation d'un décret par lequel est approuvée l'élection de M. le docteur Laboulbène comme membre titulaire de l'Académie dans la section d'anatomie pathologique.

Sur l'invitation de M. le président, M. Laboulbène prend place parmi ses collègues.

M. le ministre de l'agriculture et du commerce transmet : 1° un mémoire de M. Dupuy, pharmacien à Bruxelles, sur le suc concentré du cresson; — 2° Une demande en autorisation d'exploiter, pour l'usage médical, une nouvelle source minérale située dans la commune de Cette (Hérault); — 3° Le rapport final de M. le docteur Contesse, médecin des épidémies pour l'arrondissement de Lons-le-Saunier, sur une épidémie de fièvre typhoïde qui a régné cette année dans les communes d'Ausigey, Courbouzon et Géruze (Jura) (comm. des épidémies); — 4° Un rapport de M. le docteur Dubois, médecin inspecteur des eaux minérales de Vichy, sur le service médical de cet établissement pendant l'année 1872 (comm. des eaux minérales).

CORRESPONDANCE NON OFFICIELLE

La correspondance non officielle comprend :

1° Un mémoire de M. le docteur Bourguignon, sur la *phlébothérapie*, ou traitement des maladies par les injections veineuses (Comm.: MM. Barth, Gosselin et Vulpian); — 2° Une note de M. le docteur Demarquette, intitulée : *Sécrétions purulentes sous-cutanées apparaissant sans cause connue sur plusieurs régions des membres, symptômes de morve, guérison* (Comm. : MM. Bouley, Tardieu, Goubaux).

M. Condereau soumet à l'examen de l'Académie une pompe aspirante fabriquée par M. Capron.

PRÉSENTATIONS

M. Depaul présente, au nom de M. Noel Gueneau de Mussy, le premier volume d'un ouvrage intitulé : *Clinique médicale*.

M. Gosselin, au nom de M. Simon Duplay, le troisième fascicule du tome IV du *Traité élémentaire de pathologie externe de Follin*.

M. Devilliers, au nom de M. le docteur Brochard, une brochure ayant pour titre : *Les enfants trouvés à Lyon et à Moscou*.

L'ordre du jour appelle la suite de la discussion sur le choléra.

La parole est à M. Woillez.

Discussion sur le Choléra

M. Voillez : La question en litige est la genèse du choléra épidémique : question complexe, qui se résume dans la spontanéité ou l'importation. Ces deux expressions sont à elles seules la formule de deux problèmes de haute importance, qui présentent cette condition particulière qu'ils s'excluent réciproquement, et que, résoudre l'un des deux par l'affirmative, c'est transformer l'autre en proposition erronée.

Il y a sans doute quelques réserves à faire à ce sujet; mais elles ne changent pas le fond du débat.

Après avoir observé de près les épidémies du choléra qui ont sévi en province depuis vingt-cinq ans, après avoir étudié les principaux documents dont elles ont été l'objet, il m'a paru facile de prendre un parti.

Pour moi, comme pour beaucoup d'autres, la genèse des épidémies de choléra par importation est un de ces points lumineux qui se dégagent des obscurités de l'étiologie, grâce aux documents recueillis par la commission internationale de Constantinople, et mis si bien en évidence par M. Fauvel.

En me rangeant dans le camp des partisans de l'importation, je crois inutile de discuter indirectement contre la spontanéité en défendant l'importation, qui me semble n'avoir plus besoin de démonstration nouvelle.

Je veux m'adresser directement au système de la spontanéité.

M. Woillez rappelle ici la doctrine de M. J. Guérin, le défenseur principal de la spontanéité. Il n'entend contredire son éminent collègue que sur l'interprétation complexe, exagérée, selon lui, qu'il a faite de sa proposition vraie, d'ailleurs, dans sa généralité, de la diarrhée prodromique.

Pour en rechercher la valeur, à ce point de vue, M. Woillez envisage la diarrhée, comme l'a fait M. Guérin, dans ses rapports avec le choléra, savoir :

1° La diarrhée prémonitoire de l'attaque du choléra; 2° la diarrhée pendant l'épidémie; 3° la diarrhée prémonitoire des épidémies. Pour se conformer davantage à la logique, il renversera l'ordre des propositions.

1° *Diarrhée prémonitoire des épidémies.* — De la discussion à laquelle il se livre sur ce sujet, M. Woillez se croit en droit de conclure que l'on ne saurait voir le germe particulier des épidémies de choléra dans ces diarrhées saisonnières annuelles, qui peuvent évoluer vers la dysentérie ou vers la fièvre typhoïde, mais non vers le choléra épidémique.

2° *Diarrhée prémonitoire de l'attaque de choléra.* — Il n'y a pas qu'une seule espèce de diarrhée, de nature cholérique, qui paraisse avant l'attaque pendant les épidémies de choléra. Certaines diarrhées non compliquées de phénomènes cholériques, peuvent à la

rigueur être véritablement sous l'influence du choléra, mais d'une manière latente ou cachée ; enfin, elles peuvent être simples ou de nature non cholérique, et, dans ce cas, dues le plus souvent, soit à un refroidissement, soit à une constitution saisonnière régnante.

M. Woillez conclut en disant que la diarrhée, en temps d'épidémie, ne présentant pas dans la plupart des cas de caractère qui la spécialise comme expression du choléra, on doit y voir le plus souvent un état pathologique prédisposant au choléra, plutôt qu'un prodrome caractéristique de cette maladie.

C'est, dit-il, dans cette limite de la prédisposition, qu'il me paraît raisonnable de concevoir son existence.

3° *Diarrhée précédant les épidémies* (*diarrhées périphériques du choléra de M. Guérin.*) — Ici M. Woillez met en opposition avec le système de M. Guérin l'histoire de plusieurs épidémies particulières, qu'il a été à même d'observer.

J'ai été témoin, dit-il, et même acteur principal comme médecin, d'une très-grave épidémie de ce genre. Cette épidémie observée, en 1846, dans le département de l'Oise, était d'autant plus facile et intéressante à étudier, qu'elle resta confinée dans un établissement d'aliénés. Elle occasionna dans sa courte durée de cinq semaines des désastres semblables à ceux des épidémies les plus meurtrières, puisque sur 965 aliénés ou serviteurs des deux sexes, 214 furent affectés du choléra, et 127 succombèrent. En somme, près du quart de la population de l'asile fut atteinte, et la mortalité générale fut de 1 sur 7,6.

Dès l'apparition du premier cas tout à fait inattendu, la surveillance fut extrême. On ne put constater que dans un petit nombre de cas l'existence préalable d'une diarrhée accidentelle prémonitoire, en dehors de 25 aliénés des deux sexes qui étaient atteints de diarrhée chronique.

L'invasion du choléra, généralement subite, avait lieu le plus souvent la nuit, alors que les aliénés étaient renfermés dans leur dortoir, sous la surveillance des gardiens. Chez plusieurs, le choléra débuta par l'altération des traits et le refroidissement.

Dans la ville de 3,000 âmes touchant à cet établissement, le nombre des atteints fut insignifiant, de dix seulement, et le choléra fit absolument défaut dans une prison tout à fait voisine de l'asile.

Ainsi voilà une épidémie de choléra, observée malade par malade, débutant brusquement avec violence, sans diarrhée prémonitoire de l'attaque dans la très-grande majorité des cas. Et au lieu d'une évolution graduelle, nous y voyons une gravité subite se montrer dès l'invasion, se caractériser par des cas rapidement mortels, se succédant sans interruption du 26 juin au 1er août, et, brusquement, ne se montrant plus à partir de ce dernier jour à la suite d'un violent orage.

Ainsi, dans cette épidémie, l'invasion fut subite et non graduelle. Du reste, la rapidité de l'invasion existe aussi dans certaines épidémies puerpérales auxquelles M. J. Guérin attribue, toujours à tort, cette évolution graduelle qu'il a accidentellement observée. J'ai vu, pour ma part, deux fois à l'hôpital Cochin une épidémie de ce genre éclater avec violence dès le début à la suite de l'admission dans une petite salle de femmes en couches d'une malade venant de la Maternité.

A l'époque de l'épidémie de 1849 que j'ai observée, je croyais à la spontanéité du choléra. La conférence de Constantinople n'avait pas encore fixé la science au sujet de l'importation, et je me trouvais mêlé aux libéraux qu'a rappelés M. J. Guérin; je croyais au choléra né sur place. Aussi je n'attachais aucune importance à un fait capital d'étiologie que j'enregistrai pourtant dans le mémoire que j'adressai à l'Académie en 1849 et qui est celui-ci :

« Le 19 juin, *sept jours avant l'éclosion de l'épidémie*, trois femmes aliénées venant de l'hospice d'Amiens où le choléra sévissait, avaient été reçues dans l'asile et placées dans la division des femmes où les premiers cas se montrèrent. »

M. J. Guérin me reprochera-t-il de ne plus admettre, aujourd'hui, la spontanéité du choléra comme je l'admettais autrefois ? je ne le pense pas, car il a lui-même fait remarquer combien étaient nombreux autrefois ceux qui rejetaient l'importation, et combien le sont aujourd'hui ceux qui l'admettent. C'est que depuis lors la science a marché, notre collègue a subi aussi l'influence de ce progrès. Il n'admet pas, il est vrai, la grande importation des épidémies, mais il en admet une petite entre localités peu éloignées d'un même pays. C'est déjà un pas de fait, il serait surprenant qu'en présence des coups répétés portés à sa doctrine, il restât inébranlable dans ses affirmations.

LECTURE

M. PANAS, candidat pour la section de pathologie externe, lit un travail sur la résection du nerf buccal, branche du nerf maxillaire inférieur, comme moyen de traitement de certaines névralgies (renvoyé à la section).

— Avant de lever la séance publique, M. Depaul présente une petite fille âgée de six ans qui a été amenée le matin même à sa consultation à la Clinique, et qui offre un exemple de monstruosité double par inclusion.

De la paroi antérieure du bassin de cette petite fille partent deux appendices dirigés horizontalement et ayant la forme et la constitution de deux membres inférieurs très-régulièrement conformes.

A quatre heures et demie l'Académie se forme en comité secret.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 19 novembre 1873. — Présidence de M. TRÉLAT.

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

CORRESPONDANCE

La correspondance comprend :

La Gazette des Hôpitaux; — l'*Union médicale*; — la *Gazette hebdomadaire*; — le *Mouvement médical*; — le *Progrès médical*; — la *France médicale*; — la *Tribune médicale*; — le *Bulletin général de thérapeutique*; — le *Bordeaux médical*; — le *Bulletin médical du nord de la France*; — le *Journal médical de la Mayenne*; — le *Montpellier médical*.

M. RIZZOLI, membre correspondant étranger, envoie à la Société une brochure intitulée : *Végétations de l'urèthre de la femme et leur traitement*.

M. TILLAUX dépose sur le bureau le 3e fascicule du *Bulletin de la Société de chirurgie* pour 1873.

M. MOURLON, chirurgien de l'hôpital de Batna, adresse un *Relevé statistique des opérations pratiquées par lui du 1er janvier 1870 au 1er juillet* 1873 (Comm.: MM. Larrey, Forget, Dolbeau).

M. CAZIN, chirurgien de l'hôpital de Boulogne, adresse une *Observation d'amputation du bras, pratiquée à l'aide du procédé hémostatique d'Esmarch* (Comm.: MM. Marjolin, Tarnier, Dubrueil).

DISCUSSION

Sur les amputations d'après le procédé hémostatique d'Esmarch. — M. VERNEUIL. Je désire présenter quelques réflexions sur le travail de M. Esmarch, qui nous a été présenté par M. Demarquay et qui a trait à l'*ischémie préliminaire* dans les opérations qu'on pratique sur les membres. Cette innovation, qui fait en ce moment son tour du monde, est assez importante pour qu'il soit utile sinon de la juger définitivement, au moins d'en étudier les principes.

On la désigne dès aujourd'hui sous le nom de *méthode d'Esmarch*, parce que ce chirurgien en a fait l'objet d'une communication publique à Berlin. Mais avant de lui donner un nom, il ne serait pas inutile de trancher la question de priorité et de savoir, en particulier, si elle n'a pas été découverte par un autre chirurgien étranger, M. Grandesso Silvestri (de Vicence) ou par quelque chirurgien de Padoue. Il pourrait se faire que la dénomination de méthode italienne représentât mieux la vérité historique.

En tout cas, l'innovation susdite résume en elle plusieurs idées distinctes et réalise plusieurs progrès que le chirurgien allemand eût bien fait de rappeler dans l'intérêt de la justice, ce qui ne saurait diminuer d'ailleurs la valeur pratique de sa conception.

Pour ma part, j'y distingue deux simplifications opératoires et aussi une amélioration pour le pronostic.

La première simplification consiste à supprimer la compression digitale préliminaire, dont personne ne saurait contester les difficultés et même les dangers. Depuis près de trois ans, je vous ai entretenu, presque jusqu'à vous fatiguer, de mes tentatives sur ce point. Elles sont reproduites en entier dans la thèse de M. Pillet, que j'ai déposée sur votre bureau. La crainte fort légitime de la phlébite inguinale et la peine qu'on a à obtenir une compression manuelle irréprochable, m'ont conduit à proposer une série de procédés dans lesquels on ampute un membre comme on enlèverait une tumeur et en faisant l'hémostase directe avant ou pendant l'acte opératoire.

La seconde simplification consiste à supprimer, dans la plaie d'amputation elle-même, l'écoulement sanguin auquel nous étions habitués, il est vrai, mais qui n'en gêne pas moins notablement la manœuvre; à l'amphithéâtre, sur le cadavre, les amputations comptent parmi les opérations les plus faciles, l'œil y dirige sans peine le manche de l'instrument et guide sûrement la main; sur le vivant, et en particulier dans les désarticulations, le sang qui coule masque notablement les parties et embarrasse au moins les commençants. Or, deux de nos collègues ici présents ont donné le moyen de mettre de côté cet obstacle par des expédients très-simples que, d'après eux, j'ai mis en usage, et qui m'ont paru aussi pratiques qu'ingénieux. MM. Guyon et Lannelongue s'en expliqueront tout à l'heure devant vous.

Arrêter le sang dans un membre et prévenir son écoulement dans la plaie, sont choses fort utiles. Mais économiser la perte de ce sang, le conserver à l'opéré qui parfois en a tant besoin, est un point d'une importance plus grande encore, car il est de nature à diminuer la gravité malheureusement trop grande des amputations.

Avant la découverte de l'hémostase préliminaire, la perte brute du sang arrêta longtemps la main de nos ancêtres, l'introduction dans la pratique des tourniquets, des garrots et plus tard de la compression digitale indirecte, rassura et enhardit les chirurgiens contre l'hémorrhagie foudroyante, et leur fit oublier les dangers de l'hémorrhagie moyenne. Ils acceptèrent comme inévitable la perte du sang contenu dans le membre sacrifié et parfois même la crurent salutaire pour prévenir une pléthore problématique. Aujourd'hui, l'économie non plus relative mais réelle du sang paraît à presque tous les chirurgiens un progrès désirable, que le procédé de M. Esmarch réalise à un haut degré, puisqu'il fait rentrer dans la partie conservée du système circulatoire tout le sang que renfermaient les vaisseaux du segment que l'amputation supprime.

Mais cette conservation du sang et son transport du membre amputé dans le reste du corps n'ont-ils jamais été recherchés ni obtenus, c'est ce qu'on ne saurait avancer. Vous entendrez MM. Guyon et Lannelongue vous expliquer comment, en combinant l'élévation prolongée du membre et la compression digitale ordinaire ils sont arrivés à produire l'ischémie à peu près complète sans avoir recours à la compression élastique. On voit donc que l'idée n'est pas la propriété exclusive de M. Esmarch.

Mais, dira-t on, à quoi bon rappeler ces tentatives imparfaites, puisque nous sommes désormais en possession d'un procédé simple et précieux qui les englobe et les résume toutes?

Je vois à cette revue rétrospective deux avantages : elle montre d'abord que, de divers côtés, on s'occupait de modifier utilement le manuel des amputations, et permet de donner à plusieurs une petite part de mérite dans cette réforme. Ensuite, elle indique qu'au cas où la méthode nouvelle serait inapplicable pour diverses raisons, on pourrait encore utiliser l'un ou l'autre des expédients ou des idées dont elle se compose.

Ceci nous conduit à examiner brièvement si le procédé d'Esmarch est applicable à *toutes* les amputations. La réponse est facile. Il n'y faut point songer pour les désarticulations de l'épaule et de la hanche, pour les amputations du bras et de la cuisse au tiers supérieur. A la rigueur, le bandage élastique pourrait anémier le membre au-dessous de la section, mais non empêcher l'abord du sang jusqu'à la plaie opératoire.

Dans ces cas, au contraire, en combinant l'élévation du membre, l'application d'une ligature inférieure, la compression ordinaire, ou mieux encore les ligatures artérielles préliminaires, on remplira les indications de l'ischémie opératoire.

C'est de cette manière qu'a procédé M. Lannelongue dans une désarticulation de la cuisse, c'est ainsi que je me comporte également dans l'amputation scapulo-humérale.

L'application rigoureuse de l'appareil élastique et le refoulement complet du sang me semblent bien difficiles en cas de broiement des membres par les voitures pesamment chargées, les roues de wagons, les gros projectiles de guerre; ici encore l'élévation du membre, quoique agissant d'une manière imparfaite, serait seule praticable. Mais, à la vérité, la ligature élastique circulaire pourrait remplacer la compression digitale.

Il est enfin des cas assez fréquents dans lesquels il serait dangereux de reporter dans le tissu circulatoire tout le contenu des vaisseaux du membre malade. Au bout de quelques jours, s'il s'agit de fractures compliquées ou d'inflammations vives, ou d'ostéo-périostites aiguës, les veines au voisinage du foyer morbide sont remplies de caillots plus ou moins étendus, plus ou moins adhérents, et dont quelques-uns sont en suppuration ou imbibés de matière septique, la compression circulaire expulsive risquerait fort de faire de ces thromboses des embolies et de produire artificiellement la pyohémie. Peut-être suis-je dominé par la théorie que j'ai adoptée pour l'infection purulente; mais j'ai grand' peur de ces migrations soudaines, c'est pourquoi, lorsque j'ampute dans ces conditions, je m'efforce d'éviter toute manipulation, tout mouvement étendu du segment sacrifié, et je consentirais plutôt à perdre tout le sang qu'il renferme qu'à emmagasiner ce sang suspect.

En formulant ces réserves, je ne songe nullement à proscrire ni même à critiquer une innovation que je crois appelée à rendre de grands services. Je veux seulement avertir les praticiens et les mettre en garde contre l'engouement qui engendre des applications intempestives, et, par suite, des déceptions. J'ai voulu montrer également que l'idée de réformer le manuel des amputations germant de divers côtés dans les esprits, quelqu'un devait arriver à résumer ces tendances et à les condenser en procédés pratiques. Les Italiens peut-être et M. Esmarch surtout ont eu l'honneur de promulguer cette réforme.

M. GUYON. La communication qui nous a été faite dans la dernière séance par M. Demarquay, chargé par M. Esmarch de nous offrir son travail sur la méthode qu'il propose pour opérer sans perte de sang, me conduit à vous entretenir d'un moyen que je mets en usage depuis plus d'une année et qui m'a donné les meilleurs résultats.

Je m'empresse de déclarer que je n'ai en aucune façon l'intention d'opposer le moyen que j'ai imaginé à ceux que préconise notre éminent collègue de Kiel. Je vous demande cependant la permission de présenter sur la méthode d'Esmarch quelques observations qui me paraissent de nature à montrer que le moyen dont je me sers peut utilement aider à remplir ce grand desideratum de la chirurgie : opérer en ménageant autant que possible le sang du malade.

La procédé hémostatique d'Esmarch a déjà fait ses preuves, non seulement entre les mains de M. Esmarch, mais aussi dans un nombre déjà grand d'opérations pratiquées en Allemagne, en Angleterre et en France. Les faits personnels cités par M. Demarquay sont, comme la plupart de ceux qui ont été publiés à l'étranger, parfaitement concluants. La procédé d'Esmarch a cependant rencontré, à côté d'approbations très-vives et très-légitimes, des objections importantes.

Elle est parfaitement hémostatique, cela ne paraît pas contestable; mais son application exige certaines conditions que ne présentent pas toujours les membres qu'il faut amputer, et la perfection même des résultats qu'elle permet d'obtenir lui crée des contre-indications.

Sous l'influence de la compression élastique totale d'un membre, celui-ci est pour ainsi dire exprimé ; les veines sont complétement vidées de leur contenu, et la circulation artérielle, bientôt interrompue, ne leur fournit plus aucun aliment. On comprend donc que des liquides de mauvaise nature puissent être refoulés dans la circulation générale sous l'action si complète de la compression élastique. Esmarch lui-même a prévu ce cas. Dans le travail que notre collègue a adressé à la Société, et qui n'est que la reproduction d'une remarquable leçon clinique du professeur danois sur « les moyens d'éviter les hémorrhagies dans les opérations, » l'auteur donne en terminant le précepte suivant : « Lorsque vous amputez un membre infiltré de pus fétide, il faut bien vous garder de faire évacuer ce liquide. Si vous enrouliez ce membre, vous risqueriez de pousser les matières purulentes en haut, dans le tissu cellulaire et les lymphatiques, ce qui amènerait de grands inconvénients. » On peut ajouter à cette contre-indication, la seule prévue par Esmarch, la possibilité du déplacement d'un de ces caillots veineux qui se rencontrent assez fréquemment dans les membres soumis depuis longtemps à l'immobilité.

Il est bien douteux, d'autre part, que des membres broyés puissent utilement et facilement être soumis à la compression élastique totale. Esmarch indique dans sa leçon clinique le chiffre de quatre-vingts opérations pratiquées à l'aide de son procédé hémostatique, mais ne fournit pas d'indication sur la nature des cas. Billroth (1), qui se déclare partisan enthousiaste du procédé d'Esmarch, l'a appliqué dans quatorze cas ; le chirurgien de Vienne indique l'espèce des opérations qu'il a pratiquées, mais ne donne pas de renseignements sur la nature des lésions. Nous ne trouvons pas non plus de renseignements à cet égard dans les publications faites par les journaux anglais.

Nous mentionnerons cependant, comme exemple d'une modification apportée à l'application du procédé d'Esmarch par l'état du membre à amputer, un fait publié par Hagstaff (2). Ce chirurgien, ayant une amputation de cuisse à pratiquer dans un cas de gangrène du pied, ne commença la compression élastique qu'à plusieurs pouces au-dessus des parties mortifiées.

En résumé, la puissance hémostatique remarquable du procédé d'Esmarch paraît aujourd'hui bien démontrée, mais les indications de son emploi dans certaines conditions que présentent souvent les membres à amputer est encore à l'étude.

Le procédé hémostatique que je vais décrire est sans doute moins parfait, mais il donne des résultats très-satisfaisants, et peut être employé sans inconvénient, quel que soit le genre des lésions qui nécessitent l'amputation.

C'est la perte de sang par les veines que j'ai voulu supprimer ; tous les chirurgiens savent, en effet, que la compression artérielle la mieux faite ne s'oppose en aucune façon à ces jets abondants de sang veineux, qui, surtout dans les premiers temps de l'opération, coulent sous le couteau. Les veines profondes donnent aussi leur contingent hémorrhagique, et le malade, dont on conserve précieusement le sang artériel par la compression, perd toujours une très-notable quantité de sang veineux.

Pour supprimer cette source hémorrhagique, j'eus l'idée de placer *immédiatement au-dessous* du point de section, mais de manière à ne pas gêner l'opération, une ligature circulaire, comme celle de la saignée. Il est nécessaire que cette ligature soit très-énergiquement serrée, afin de s'opposer à l'écoulement des veines superficielles et des veines profondes.

C'est au commencement du mois d'août 1872 que je mis pour la première fois ce procédé hémostatique en usage. Il s'agissait d'une amputation de jambe au lieu d'élection : une tumeur cancéreuse de la partie inférieure du membre nécessitait l'opération. La compression artérielle était faite exactement ; tout afflux de sang veineux vers la plaie était empêché. Je fus agréablement surpris de constater que j'opérais comme sur le cadavre. Le malade perdit une quantité très-minime de sang pendant les ligatures. L'examen du membre amputé me convainquit bientôt que, si le procédé que j'avais employé était en réalité très-favorable à l'opération, il ne donnait que peu de bénéfice au malade.

Le membre amputé contenait, en effet, beaucoup de sang veineux qui y avait été incarcéré. Aussi, dès la seconde grande amputation que j'eus à pratiquer, je complétai mon procédé préventif de l'hémorrhagie veineuse, de manière à ce que le malade conservât le sang qui, dans la première opération, ne s'était pas écoulé sous le couteau du chirurgien. Pour arriver à ce but, je procédai de la manière suivante : il s'agissait d'un broiement de la partie inférieure de la jambe et du pied par une roue de voiture, et je pratiquai l'amputation au lieu d'élection. Dès que la chloroformisation fut commencée, je fis élever fortement le membre par les aides, et je le maintins ainsi élevé jusqu'à ce que le malade fût complétement endormi. Avant d'abaisser le membre, je fis commencer la compression artérielle afin d'arrêter tout apport de sang vers les veines qui déjà paraissaient complétement vidées sous l'influence de la position, je plaçai le lien constricteur immédiatement *au-dessous* du point où je devais tracer l'incision, et je fis placer le membre en position pour opérer. Le sujet, qui avait perdu à l'avance une grande quantité de sang, fut amputé en ne perdant que très-peu de sang au moment des ligatures.

C'est à ces règles que je me suis définitivement arrêté pour m'opposer à la perte du sang veineux pendant les amputations.

Dans quatre autres grandes amputations, c'est-à-dire dans deux amputations de cuisse, dans une amputation de jambe au lieu d'élection et dans une amputation de l'avant-bras, j'ai employé l'ensemble des moyens que je viens d'indiquer. Les résultats ont toujours été des plus favorables et les malades n'ont perdu de sang que lorsque la compression artérielle a été imparfaitement faite ou pendant l'application des ligatures. Notre collègue, M. Verneuil, auquel j'avais fait part de ma manière de procéder, a bien voulu employer les mêmes précautions et a obtenu de très-bons résultats dans deux amputations de jambe et dans une amputation de cuisse.

L'élévation préalable du membre qu'il est toujours facile de faire pendant la chloroformisation, ou tout au moins dès que la période d'agitation a cessé, la ligature très-serrée faite immédiatement au-dessous du siége de l'opération, combinée avec une compression artérielle exactement faite, peuvent donner les résultats les plus complets.

Dans la dernière amputation que j'ai pratiquée sur l'avant-bras pour un broiement de la main dû au passage de la roue d'une charrette de vidange, j'ai pu lier les grosses artères parfaitement visibles dans la plaie sans qu'il se soit écoulé de sang. Ce n'est qu'après la compression levée que quelques petites musculaires ont dû être liées après avoir donné une quantité de sang qui ne pouvait être évaluée, car il n'y en avait pas assez pour tacher la moitié d'une compresse longuette avec laquelle nous avons soigneusement essuyé les quelques grammes de sang tombés sur le parquet.

Si j'indique, maintenant que j'ai vérifié, qu'une jambe entière, après une amputation de cuisse au tiers moyen, ne contenait que 35 grammes de sang, je suis en droit de conclure qu'en vidant le membre de sang veineux et en m'opposant à son écoulement par une ligature, je place l'opérateur et l'opéré dans des conditions très-satisfaisantes, au point de vue de l'hémostase et de l'économie très-réelle du sang du malade.

Le procédé qu'Esmarch a fait connaître, le 18 avril de cette année au Congrès des chirurgiens allemands réunis à Berlin, a sur celui que je viens de décrire une incontestable supériorité, je n'hésite pas à le reconnaître. Il supprime à la fois l'écoulement veineux et l'écoulement artériel. Le procédé qui m'appartient ne supprime que l'hémorrhagie veineuse, et la supprime complétement, il est vrai ; mais le chirurgien est, comme toujours, livré à son aide, au point de vue de la perte du sang artériel.

L'avantage des moyens que je viens de faire connaître à la Société de chirurgie, c'est d'être applicables facilement et sans aucun

(1) *Wiener medezinische Wochensnrift*, n° 29, 19 juillet 1873.
(2) *The Lancet*, 1873, p. 582.

danger à tous les cas d'amputation, quel que soit l'état du membre. Je me propose d'en combiner l'emploi avec celui du lien élastique compresseur pour assurer l'arrêt de l'hémorrhagie artérielle. L'élévation du membre ayant été suffisamment prolongée pour que les veines aient pu convenablement se vider, la racine du membre serait entourée avec le tube en caoutchouc d'Esmarch et le lien circulaire, destiné à s'opposer à tout écoulement veineux pouvant immédiatement masquer la plaie, serait placé au-dessous du siége de l'opération.

En procédant de la sorte on pourrait, sans doute, s'opposer à toute hémorrhagie veineuse et artérielle sans avoir à dépendre du secours d'un aide.

A ce seul point de vue, celui de la suppression de l'aide chargé de comprimer, notre éminent collègue de Kiel aurait déjà rendu un grand service aux opérateurs; toutes les fois que l'état du membre ne s'y opposera pas, je suis disposé à penser que le procédé d'hémostase d'Esmarch mérite la préférence des chirurgiens. Dans les cas que j'ai cherché à spécifier, je crois, au contraire, qu'il est plus prudent de se servir de l'élévation préalable du membre pour le vider du sang veineux, et d'éviter l'enroulement élastique. L'élévation préalable que j'ai pu croire un moment avoir imaginée a été déjà employée, surtout par les chirurgiens d'Edimbourg; mais elle n'est pas, tant s'en faut, érigée en précepte. Je suis cependant en mesure d'affirmer, comme nos collègues écossais, que l'élévation pratiquée pendant très-peu d'instants suffit pour à peu près complétement vider le membre de sang veineux, surtout si l'on y joint de douces frictions, et qu'elle peut par conséquent rendre de très-grands services à l'opérateur et à l'opéré. Ce procédé, presque toujours suffisant, sera toujours inoffensif et toujours applicable. Je me crois enfin en droit d'affirmer, en m'appuyant sur des faits, qu'en y joignant une compression artérielle bien faite et en interceptant tout apport du sang veineux vers la plaie par une ligature très-serrée, on peut opérer en ne faisant pour ainsi dire pas perdre de sang au malade. L'opérateur se place, de plus, dans les conditions si satisfaisantes que procure l'absence du sang veineux qui, en s'écoulant, masque les tissus, empêche de les reconnaître facilement et d'y lire à livre ouvert.

(A suivre.)

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Hôpitaux de Paris. — Mercredi dernier, à trois heures, a eu lieu la proclamation des internes et externes nommés à la suite des concours de 1873.

Internes. — 1. Cuffer, Tapret, Bouveret, Schwartz, Ribemont, Chenet, Darolles, Léger, Richaud, Drefus.

11. Oulmont, Guyard, Porak, Magne, Jean Drouin, Kirmisson, Graux, Moutard-Martin, Hirtz, Angelot.

21. Decaudin, Hervouët, Rafinesque, Chevalier, Eugène Collin, Delfau, Pauffard, Rondot, Dave, Vallérian.

31. Doumenge, Rémy, Hippolyte Martin, Balzer, Iszenard, Ledouble, Chiray-Garnier, Michel, Magon.

Internes provisoires. — 1. Sainte-Marie, Golay, Richerand, Regnard, Cossy, Carpentier-Méricourt, Delaunay, Langlebert, Dreyfous, Magnant.

11. De Boissimon, Robin, Carrié, Parant, Rogeau, Derville, Noël, Redard, Cruet, Alphonse Drouin.

21. Mora, Faucher, Lépine, Goëtz, Clozel de Boyer, Bulteau, Pétel.

Externes. — 1. Nélaton, Jalaguier, Piéchaud, Barth, Herpin, Clément, Audouard, Avezou, Routier, Pachot.

11. Letulle, Mahot, Eugène Monod, Frédéric Monod, Merklen, Bureau, Borand, Vimont, Vermeil, Lacomme.

21. Gaucher, Carrette, Poulin-Mary, Rogier, Nitot, Charreyron, Canivet, Champetier de Ribes, Le Dauphin.

31. Colson, Boullet, Albert Suary, Peancellier, Bousquet, Ledoux, Ficher, Régnier, Dircks-Dilly, Lecoq.

41. Crié, Bide, Guillemet, Gutierrey, Edelman, Desnos, Cantacwzène, Bode, Decaye, Delourbes.

51. Paul-Adhémar Robert, Leneveu, Larrouy, Leduc, Lerrat, Pitois, Mugnier, Fournier, Julien, Fesq.

61. Hirtz, Boulian, Rocher, Devins, Piogey, Fiaux, Jean-François Michaud, Suchard, Maldau, Filhouldaud.

71. Fuzier, Aigre, Uldy, Ausaytier, Weil, Besson, Duvernoy, Guermonprez, Moret, Thomas.

81. Bongrand, Bricard, Perret, Donnadieu, Potin, Bretheau, Belouard, Fernand Suarez, Lones, Lefèvre.

91. Cousin, Lebeaux, de Bouzy, Pellier, Mossé, Brissand, Distinguin, Paul-Boncour, Talamon, Renel.

101. Sallinger, Béringier, Soulié, Bignon, Judas du Souich, Frédault, Arciaux, Doleris, Savard, Verneau.

111. Hervier, Douart, Becquembois, Bancel, Foucart, Bourotte, Briolat, Arnoult, Didier, Piédallu.

121. Durand, Rouhet, Simyan, Astier, Brault, Connard, Garsky, Laurent Frédéric, Vincent Goudemant, Lejeune.

131. Leroux, Gautier, d'Arsonval, Wurtz, de Fonmartin, de Brinon, Lambert, Platreau, Caumoine, Berguien.

141. Harel, Nicolas, Lévy, Correnson, Peton, Suc, Paul Michaut, Casset, Vouters, Duhamel.

151. Ovion, Chuquet, Meunier, Cortyl, Dromain, Gaillard, Lecourt, Tambareau, Tison.

PRIX DE L'INTERNAT

3e et 4e années. — *Prix* : médaille d'or. — M. Rendu, interne de 4e année à l'hôpital Saint-Louis, avec prolongation de deux ans à partir du 1er janvier 1874.

Accessit : Médaille d'argent. — M. Renaut, interne de 4e année à l'hôpital de la Charité.

1re *mention.* — M. Campenon, interne de 3e année à l'hôpital Necker. — 2e *mention* : M. Coyne, interne de 4e année à l'hospice des Enfants-Assistés.

1re et 2e années. — *Prix* : médaille d'argent. — M. Reclus, interne de 2e année à l'hôpital des Cliniques.

Accessit (des livres). — M. Hand, interne de 2e année à l'hôpital Cochin.

1re *mention.* — M. Raymon, interne de 2e année à l'hôpital de la Pitié.

2e *mention.* — M. Faure, interne de 2e année à l'hôpital de la Pitié.

— La Société de médecine de Paris tiendra sa prochaine séance le samedi 27 décembre 1873, 3, rue de l'Abbaye, à trois heures et demie très-précises.

Ordre du jour : 1° Lecture du procès-verbal de la précédente séance ; — 2° *Communication du Conseil d'administration sur quelques mesures financières* (M. Perrin, trésorier, rapporteur) ; — 3° Rapport de M. le docteur Gallard sur le travail de M. le docteur Boissarie ; — 4° Lecture sur quelques points de la fièvre jaune, par M. le docteur Silva Ramos ; — 5° Vote sur la candidature de M. le docteur Beni Barde au titre de membre titulaire.

— M. le docteur Fort recommencera ses cours particuliers d'anatomie le lundi 12 janvier 1874.

MM. les élèves doivent s'inscrire pour ces cours chez M. Fort, 21, rue Jacob, les mardi, jeudi et samedi, de neuf à dix heures du matin.

Le Directeur : Dr E. Le Sourd.

Paris. — Typographie A. Pougin, quai Voltaire, 13.

Nº 150. — MARDI 30 DÉCEMBRE 1873. 46e ANNEE. MARDI 30 DÉCEMBRE 1873. — Nº 150.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Bureaux : 57, rue des Saints-Pères, 57
PRÈS L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix d'abonnement doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

On s'abonne hors de Paris dans les bureaux des Messageries et chez les Libraires. Les lettres non affranchies sont refusées.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui n'en peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS { Trois mois. . 8 fr. 50 c. Six mois. . . 16 — Un an. . . . 30 —

POUR L'ÉTRANGER le port en sus suivant les derniers tarifs des Postes.

Les Bureaux et Ateliers étant fermés à l'occasion des fêtes du Jour de l'An, le journal ne paraîtra pas Jeudi.

HOPITAL DE LA CHARITÉ. — M. Bouillaud
Suppléé par M. Bouchard.

Obstruction intestinale causée en deux points différents par des tumeurs fibreuses des deux ovaires. — Mort et autopsie (1).

Observation recueillie par Henry de Boyer, externe du service, et communiquée à la Société de chirurgie dans sa séance du 26 novembre.

Autopsie faite le 28 octobre à neuf heures du matin (vingt-sept heures après la mort).

Aspect du sujet. — L'embonpoint du sujet est assez prononcé, le facies abdominal est bien net, et de chaque côté de la bouche on voit la trace des vomissements.

L'abdomen est distendu d'une manière uniforme; à la percussion on constate que des gaz seulement le distendent, sauf au-dessus du pubis où on retrouve la matité signalée plus haut.

Ouverture. — La rigidité cadavérique est peu prononcée.

Le tissu adipeux est assez épais, les veines sont gorgées de sang. En ouvrant la cavité abdominale, la masse intestinale distendue par les gaz vient faire hernie à travers les lèvres de l'incision; on voit que l'intestin est recouvert, surtout vers le petit bassin, par de fausses membranes molles et rougeâtres, traces d'une pelvipéritonite récente. Très-peu de liquide séro-sanguinolent baignant les circonvolutions intestinales, les fausses membranes sont surtout prononcées vers le cœcum, mais sont encore peu adhérentes.

Rapports anormaux des viscères. — Le gros intestin fortement distendu refoule les viscères thoraciques, le diaphragme offre une voussure très-prononcée, le foie est au niveau du cinquième espace intercostal et son extrémité gauche entraînée par l'estomac est fortement déviée en haut. L'intestin grêle, petit et flasque, est caché sous l'S iliaque et le côlon, l'estomac est petit et vide.

Au-dessus du pubis est une masse kystique blanchâtre semblable comme forme, comme couleur et comme consistance à la vessie distendue. Même en la touchant on croit saisir la vessie, ce n'est qu'en palpant sa face postérieure qu'on trouve des nodosités considérables et qu'on s'aperçoit qu'on a là l'ovaire gauche considérablement hypertrophié et formé par un tissu résistant et bosselé, creusé par places de cavités kystiques.

Cet ovaire comprime fortement le cœcum et la terminaison de l'intestin grêle.

Tube intestinal. — L'œsophage, l'estomac et tout l'intestin grêle sont normaux ; il n'y a aucune altération des parois intestinales et les matières qui y sont contenues sont fluides.

Cœcum. — Le cœcum est fortement comprimé et creusé de dépressions permanentes correspondant aux bosselures de la tumeur de l'ovaire gauche; celle-ci l'applique contre le fascia iliaca de la fosse iliaque droite et, interceptant presque complétement le cours des matières fécales, a causé une inflammation assez vive du péritoine à ce niveau.

Les parois du cœcum sont vascularisés, rouges, et sa surface péritonéale est parsemée de fausses membranes molles et rougeâtres. On a donc un certain degré de typhlite; mais le tissu cellulaire sous-péritonéal ne paraît pas avoir participé à cette inflammation; le cœcum contient des matières pâteuses et comme argileuses, dont on ne peut le débarrasser même par un courant d'eau et qui forment une deuxième cause d'obstruction, jointe et causée par la compression de l'ovaire.

Côlon. S iliaque. — Le côlon et l'S iliaque sont très-distendus, mais de gaz; ils sont tellement augmentés de volume dans tous les sens, qu'ils occupent une grande partie de l'abdomen, en formant deux bandes parallèles et transversales, refoulant tous les viscères et touchant en haut au diaphragme et en bas au kyste de l'ovaire.

Quelques adhérences de nouvelle formation réunissent les feuillets du grand épiploon avec les parois abdominales.

Le tissu de cette portion du gros intestin est comme gangrené, ou du moins est devenu noirâtre, plus friable, et exhale une odeur infecte, l'intestin se rompt sous la moindre traction et ne contient que des gaz.

Rectum. — Le rectum est séparé de l'S iliaque par une tumeur située environ au niveau de l'articulation sacro-iliaque.

Cette seconde tumeur, dure, inégale, comme cartilagineuse, non kystique, dépend de l'ovaire droit et ne dépasse pas en haut le détroit supérieur; elle applique le rectum contre le sacrum et est maintenue dans cette position par le poids de la première tumeur.

Plus bas, jusqu'à l'anus, le rectum est libre et ne contient plus ni gaz ni matières, mais seulement quelques mucosités.

Ainsi donc, le gros intestin seul est comprimé, et cela en deux points différents :

1° A son origine par l'ovaire gauche, qui comprime le cœcum;

2° Près de sa terminaison, par l'ovaire droit qui comprime l'ori-

(1) Fin. — Voir le numéro du 27 décembre 1873.

gine du rectum et est comprimé lui-même par l'ovaire gauche, situé au-dessus de lui.

Le côlon et l'S iliaque sont donc fermés à leurs extrémités et forment ainsi un département distinct, distendu par les gaz qui ne peuvent s'en échapper.

Foie, rate, pancréas. — Les annexes du canal alimentaire, foie, rate, pancréas, sont seulement refoulés par la masse intestinale et ne présentent rien de particulier à noter.

Reins. — Les reins sont normaux.

Poumons, trachée. — Les poumons sont le siége d'une congestion intense et d'une imbibition qui paraît cadavérique.

La trachée, les bronches, grosses et petites, sont saines.

Cœur, système vasculaire. — Le cœur est petit, flasque; ses parois sont saines et ses orifices ne sont pas altérés.

L'aorte, la carotide, la fémorale et les iliaques ne sont pas altérées; pas de plaques laiteuses, même à la crosse de l'aorte.

Organes génitaux. — La lésion principale, qui a entraîné la mort de la malade, est celle des organes génitaux.

Les ovaires, considérablement augmentés de volume et kystiques, occupent à eux seuls toute la cavité du bassin.

En procédant d'avant en arrière, on trouve d'abord l'ovaire gauche, gros comme deux fois la tête d'un fœtus à terme et formé par un tissu dur, bosselé, creusé de kystes dont un, plus considérable, peut contenir 300 grammes de liquide citrin, occupant la partie supérieure de l'ovaire et situé le long de la paroi abdominale antérieure à la place qu'occupe la vessie quand elle est distendue : par sa face profonde, ce kyste comprime le cœcum, et repose sur le muscle psoas-iliaque droit, par sa face antérieure; au contraire, il refoule la vessie sous le pubis et pèse sur l'utérus et sur l'ovaire droit qui lui est inférieur; cet ovaire gauche refoule également en avant la trompe gauche, qui est appliquée contre une seconde tumeur, dure et bosselée, dépendant également de l'ovaire gauche et reliée à lui par un court pédicule.

Plus profondément, on rencontre l'utérus, dur, de volume normal, relié à l'ovaire par une expansion également indurée et par quelques brides fibreuses.

Enfin, sous l'utérus et comprimant le rectum, on trouve l'ovaire droit, non kystique, très-dur, d'un aspect bosselé qui rappelle celui des enchondromes; appliqué contre le sacrum et maintenu par le poids de l'ovaire gauche, il efface d'une manière absolument complète le calibre du rectum. La trompe droite est également située en avant de cet ovaire, auquel elle adhère par quelques tractus fibreux.

Les deux ovaires n'adhèrent qu'à l'utérus et nullement aux parois du bassin, ce qui permet de les sortir facilement de l'excavation qu'ils occupent; ils ne sont plus alors reliés qu'à l'utérus par les pédicules que j'ai signalés plus haut.

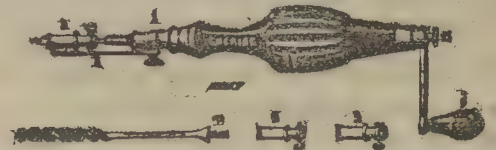
Examen histologique. — M. le docteur Ranvier, qui a bien voulu examiner des fragments de ces tumeurs, a constaté que toutes les deux étaient fermées par du tissu conjonctif. Les préparations microscopiques ont, en effet, montré seulement de nombreux faisceaux fibreux formant un lacis inextricable et remplis d'incrustations calcaires, principalement pour l'ovaire droit; la calcification de l'ovaire gauche était beaucoup moins prononcée.

DE LA TRÉPANATION DE L'APOPHYSE MASTOIDE
DANS LES CARIES DU ROCHER (1)

Par le docteur GARRIGOU-DESARÈNES.

Manuel opératoire pour la trépanation. — L'ouverture doit correspondre aux grandes cellules mastoïdiennes qui occupent la partie supérieure et postérieure de la caisse, sur un os du rocher. Ce point correspond à la partie supérieure de l'apophyse mastoïde, au-dessous et presque à la terminaison en arrière de la saillie osseuse qui forme la branche supérieure et postérieure de l'apophyse malaire et qui limite en haut l'orifice externe du conduit auditif osseux.

Si ces tissus ne sont pas très-tuméfiés, l'on sent parfaitement avec le bout du doigt promené sur cette région le petit enfoncement qui répond au point indiqué. Si les téguments sont très-gonflés, l'on pratique sur la peau jusqu'à l'os une incision cruciale de 2 centimètres pour chaque section, puis avec le doigt indicateur introduit par cette ouverture, l'on reconnaît le point d'élection où doit être appliqué soit le perforateur, soit la petite couronne du trépan, que j'ai fait construire pour cette opération.



L'ouverture pratiquée dans l'os doit être conduite légèrement de haut en bas et d'arrière en avant, parallèlement à la direction du conduit auditif. En suivant bien ces deux directions combinées, l'on évite de tomber soit dans le sinus transverse, soit dans le crâne au-dessus des cellules mastoïdiennes. Dès que l'on sent que la lame osseuse externe est détachée, l'on retire le trépan et avec le stylet l'on brise les lamelles qui séparent les cellules et l'on aperçoit le pus qui a envahi toutes ces parties.

En pratiquant des injections par ce point, l'on voit le liquide sortir par l'oreille en traversant la caisse et la perforation tympanique qui existe toujours dans les vieilles otorrhées.

2e OBSERVATION. — V..., cocher des petites voitures, trente-huit ans, se présente au docteur Péan, à l'hôpital Cochin, en 1867. Ce malheureux est atteint depuis deux ans d'une otorrhée très-abondante du côté gauche. Depuis huit jours, à la suite d'un refroidissement et après avoir été longtemps exposé à la pluie, il a vu son écoulement cesser brusquement.

Lors de la visite, l'oreille est bien endolorie, peau rouge, brûlante, tuméfiée en arrière; gonflement énorme de tous les tissus recouvrant l'apophyse mastoïde; douleurs atroces dans la tête, fièvre, délire.

M. Péan eut la bonté de me prévenir; il décida la trépanation de l'apophyse, à laquelle j'assistai. Il pratiqua cette opération avec mon petit trépan. Il arriva directement dans les grandes cellules mastoïdiennes, d'où le pus s'échappa aussitôt. Injections émollientes, cataplasmes sur l'oreille. Le quatrième jour, le liquide des injections passa très-bien par les ouvertures mastoïdiennes et auriculaires. Le malade est dans de bonnes conditions, les douleurs ont cessé. Le huitième jour, le malade se lève la nuit pour aller aux cabinets, il gagne une fluxion de poitrine, à laquelle il succombe douze jours plus tard.

3e OBSERVATION. — Mme X..., âgée de trente-deux ans. Écoulement abondant des deux oreilles. L'oreille droite coule depuis quinze ans, à la suite d'une rougeole. L'écoulement à gauche a paru depuis quelques jours.

Je soigne les deux oreilles; l'écoulement cesse au bout d'un mois à gauche, mais persiste à droite.

Je propose de combattre cette otorrhée, qui est accompagnée de carie et de commencement de paralysie du facial, en ouvrant l'apophyse mastoïde.

L'opération est pratiquée le 12 mars 1868. Trois mois après, tout écoulement avait cessé et l'ouverture de l'os mastoïdien était bien guérie. La malade entendait à gauche la montre à 4 mètres. A droite, où le tympan était largement détruit et où il ne restait que l'étrier, la montre était entendue au contact.

4e OBSERVATION. — M. S..., musicien belge, étant venu me con-

(1) Fin. — Voir le numéro du 23 décembre 1873.

sulter dans les derniers jours du mois de cette année, pour une carie du rocher avec trajets fituleux s'étendant dans le cou jusqu'à la partie moyenne et antérieure du muscle sterno-cléïdo-mastoïdien, avec suppuration par le conduit auditif, datant de dix-huit mois. Je conseillai la trépanation de l'apophyse, qui fut pratiquée par le docteur Péan à sa clinique de l'hôpital Saint-Louis. L'opération fut faite suivant les règles indiquées plus haut et avec mon petit trépan; il arriva dans les cellules mastoïdiennes remplies de pus.

Depuis, l'écoulement par l'oreille a tout à fait cessé. Les liquides injectés par l'ouverture fistuleuse du cou sortent facilement par l'ouverture de l'apophyse mastoïde. La montre, qui n'était plus entendue, est entendue actuellement à 8 centimètres. Ce malade a continué son traitement à Gand. Je l'ai revu le 26 juillet; et je l'ai conduit à la clinique de Saint-Louis, chez M. Péan, où les élèves l'ont revu. Le trajet fistuleux du cou laissait à peine échapper une goutte de pus par jour. L'ouverture mastoïdienne avait été maintenue à l'aide d'une canule en argent. Je l'ai soigné jusqu'au 9 de ce mois, et il est reparti guéri. J'ai retiré la canule, le trou pratiqué dans l'os étant refermé et le trajet fistuleux du cou ne donnant plus.

5e Observation. — Un malade de ma clinique atteint d'un écoulement chronique de l'oreille droite avec carie et paralysie faciale, est envoyé, huit jours après le précédent, à l'hôpital Saint-Louis, service de M. Péan, où celui-ci pratique la trépanation. En ce moment, ce malade est à la campagne et son état est des plus favorables. Il verra avant peu cesser tout écoulement; nous sommes autorisés à en avoir la certitude.

Entre ces deux malades, j'ai pratiqué la trépanation chez une jeune femme de vingt-deux ans qui, atteinte d'un écoulement datant de dix ans, a vu, à la suite d'un refroidissement, l'écoulement s'arrêter. Elle s'est présentée avec un gonflement considérable de toute la région mastoïdienne, fièvre, douleurs atroces, toute la tête est tuméfiée. J'ai fait la trépanation et institué son traitement par les injections. Le 18 août, je l'ai montrée guérie à ma clinique à M. le docteur Robinson et à d'autres médecins assistant à ma consultation.

ÉTUDE SUR LES SELS ARSENICO-FERRIQUES DE LA DOMINIQUE (1)

Par M. le docteur M. Durand.

L'observation a donné à M. le professeur Bouchardat l'occasion de constater les heureux effets de cette médication dans les maladies chlorotiques (2). C'est surtout dans ces cas que M. le professeur Jaccoud conseille de recourir à l'arsenic (3), et que cet agent, associé au fer, donne d'excellents résultats. Sous l'influence de cette médication éminemment reconstituante, la crase sanguine altérée s'améliore rapidement, les digestions se régularisent, et ainsi se trouve accélérée l'arrivée des matériaux nécessaires pour la formations des hématies.

Le fer est contre-indiqué lorsqu'il existe de la gastralgie ou des troubles dyspeptiques; il n'en est pas ainsi quand il se trouve combiné avec l'arsenic, en raison même des propriétés démontrées par Trousseau (4).

On a préconisé la médication ferro-arsenicale dans un plus grand nombre d'autres maladies que celles dont nous venons de parler : la chorée, l'épilepsie, l'angine de poitrine, les affections de l'utérus, etc. Il est des cas où cette médication a produit de bons effets, et cependant, avant d'en conseiller l'emploi, nous avons cru devoir, peut-être par excès de prudence, attendre de nouvelles observations.

En terminant, qu'il nous soit permis d'ajouter que les savantes recherches, les analyses, les expériences de toute nature, dont les sources Saint-Jean, Précieuse, Rigolette, Magdeleine, Désirée et Dominique de Vals ont été l'objet, depuis plusieurs années, ont jeté une vive lumière sur la valeur chimique et thérapeutique de ces eaux.

Parmi ces travaux nous devons citer : *Les recherches de l'iode*, par M. le professeur Chatin, au moment même où M. Gavarret, l'éminent professeur de physique médicale à la Faculté, constatait la présence de la lithine par ses belles expériences spectrales.

M. F. Wurtz, chef du laboratoire d'analyses de la pharmacie centrale, décelait aussi la présence de la lithine dans les mêmes eaux, par des procédés d'analyse extrêmement intéressants.

M. le professeur Bouchardat, dans une communication que les lecteurs de la *Gazette des Hôpitaux* n'ont point oubliée, appelait l'attention des praticiens sur l'emploi thérapeutique des dépôts arsénico-ferrique naturels de la Dominique.

Il appartenait à ces savants distingués de déterminer l'usage qui pouvait être fait en thérapeutique d'agents aussi puissants que les sels ferriques, intimement et naturellement combinés à l'arséniate de fer. Nul doute que la matière médicale ne soit enrichie de l'un des moyens les plus sûrs et le plus à l'abri de tout inconvénient que possède la thérapeutique.

MODE D'EMPLOI

Fièvres intermittentes. — De 4 à 6 dragées, *une* d'heure en heure avant l'accès. En continuer l'usage quelques jours encore après que l'accès a été *coupé*.

Mêm s doses dans les *névralgies*.

Phthisie pulmonaire. — Commencer par 2 dragées par jour et augmenter progressivement jusqu'à 6. Elles peuvent être prises au moment des repas; on devra en suspendre l'emploi, s'il survient des crachements de sang.

Dermatoses. — De 2 à 4 dragées quelques instants avant chacun des deux principaux repas.

Anémie, chlorose. — De 2 à 4 dragées quelques instants avant chacun des deux principaux repas.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 19 novembre 1873 (1). — Présidence de M. Trélat.

DISCUSSION

Sur les amputations d'après le procédé hémostatique d'Esmarch.

M. LANNELONGUE. Messieurs, puisque les circonstances me font prendre la parole, je désire vous communiquer le procédé opératoire que j'ai exécuté dans un cas de désarticulation de la hanche. (Janvier 1873, hôpital des Cliniques.)

En même temps qu'il cherche à éviter les dangers d'une hémorrhagie plus ou moins abondante pendant le cours de l'opération, ce procédé vise un second but, celui de n'enlever avec le membre qu'on va amputer que la plus faible partie du sang qui est contenu dans les vaisseaux de ce membre.

Pour atteindre ce résultat, la désarticulation a été pratiquée de la manière suivante :

(1) Fin. — Voir le numéro du 22 novembre 1873.
(2) *Gaz. des hôp.*, 1872, p. 947.
(3) Clinique de l'Hôtel-Dieu de Paris, 1860.
(4) *Dict. méd.*, art. Arsenic.

(1) Fin. — Voir le numéro du 27 décembre 1873.

Dans un premier temps l'artère et la veine fémorale étant mises à découvert dans le triangle de scarpa, deux fils à ligature furent jetés l'un sur l'artère fémorale à 3 centimètres au-dessous de la fémorale profonde, le second sur ce dernier vaisseau à 2 centimètres au-dessous de sa naissance.

Puis le membre inférieur fut placé dans une attitude très-élevée par rapport au plan du lit sur lequel reposait le malade, et maintenu dans cette position pendant qu'on appliquait méthodiquement un bandage compressif depuis la pointe du pied jusqu'à la partie moyenne de la cuisse.

A ce moment la veine fémorale à découvert dans la plaie, jusque-là gonflée par le sang qui se trouvait en quelque sorte chassé vers la racine du membre, s'affaisse et elle est liée à son tour au même niveau que l'artère fémorale.

La suite de l'opération fut rapide. La peau du membre est circulairement coupée par une incision qui part de l'extrémité inférieure de celle qui a servi pour la ligature et qui revient au même point. Les masses musculaires qui recouvrent l'articulation sont ensuite comprises dans trois grandes anses de fil et étreintes dans ces anses, puis coupées au-dessous de ces fils. Enfin, la jointure est ouverte et le membre tombe.

Il ne restait plus qu'à enlever les anses de fil qui comprenaient les muscles péri-articulaires, et j'eus alors à lier quatre à cinq petites artérioles qui y étaient contenues.

Je ne saurais évaluer exactement la quantité de sang répandue pendant le cours de l'opération; mais je crois pouvoir dire que le témoignage de mes aides et celui des assistants, en fixant cette quantité au chiffre de 30 à 40 grammes, ne me paraît pas s'éloigner de la vérité.

Mais, ainsi que je l'ai dit au début de cette communication, telle n'a pas été mon unique préoccupation, bien qu'elle doive trouver place dans une opération aussi grave que la désarticulation de la hanche. Mon but a été surtout de ne soustraire à mon opéré que la plus faible partie de son sang, et pour cela je devais placer le membre, dont le sacrifice était résolu, dans un état d'ischémie aussi prononcé que possible.

Aussi dans le plan de mon opération ai-je dû faire accorder, avec la suspension dans la circulation artérielle, les conditions qui devaient rendre très-facile la circulation en retour : l'élévation de la partie, jointe à la compression méthodiquement exercée depuis l'extrémité jusqu'à la racine du membre.

M. CHASSAIGNAC. L'idée de suspendre la circulation artérielle par l'emploi de tubes de caoutchouc enroulés autour des membres n'est pas une idée neuve et n'appartient nullement à M. Esmarch.

Elle a été très-nettement exposée devant la Société de chirurgie dans sa séance du 15 octobre 1856. (Voyez *Bull. de la Soc. de chir.*, séance du 15 oct. 1856, et tome Ier des *Opérations chirurgicales*, publié en 1861, p. 204 et 205 du tome Ier.)

Non-seulement la description de l'appareil est indiquée, mais le résultat clinique qu'il a donné a été établi sur la présentation du premier malade sur lequel il a été appliqué, pour combattre des hémorrhagies rebelles des artères tibiale antérieure et tibiale postérieure.

Voici le texte même du *Bulletin de la Société de chirurgie* (15 octobre 1856) et les compléments donnés en 1861 dans mon *Traité d'opérations* (t. Ier, p. 204, 205).

« M. Chassaignac présente un homme qui a eu une hémorrhagie à la suite de l'amputation d'un premier métatarsien avec l'orteil correspondant.

« M. Chassaignac montre l'appareil dont il s'est servi pour faire la compression. Il se compose de deux bandes roulées en globe, que l'on applique l'un sur l'artère, l'autre sur le point opposé, et que l'on maintient au moyen d'un tube de caoutchouc qui s'enroule autour du membre. »

Ce nouveau compresseur est d'une grande simplicité.

Voici maintenant l'exposé succinct du *Livre des opérations* :

« Mes recherches m'ont conduit à établir qu'on pourrait arriver à d'énormes effets de pression, par la superposition d'un nombre indéterminé d'anneaux de caoutchouc, dont la tension individuelle, c'est-à-dire la tension de chacun des anneaux n'exigerait qu'un très-léger effort.

« Prenez quelques mètres de tubes en caoutchouc, du diamètre de ceux qu'on emploie pour le drainage chirurgical. Tournez-en plusieurs cercles autour d'un membre, en ne tirant à chaque tour que très-modérément sur la corde élastique, et vous serez surpris de voir à quel degré de compression vous arriverez par la superposition d'un certain nombre de tours. »

Vous exercez la compression d'une façon si complétement graduelle, que vous ne pouvez dépasser jamais la juste mesure de compression nécessaire pour arrêter la circulation artérielle. Chaque tour représente un degré, à peine avez-vous atteint le degré où la circulation cesse dans le vaisseau, que vous fixez le tube de caoutchouc, et si, quelques minutes après, le battement artériel reparaît, il suffit d'un seul tour de plus pour arrêter de nouveau le cours du sang.

J'ai eu occasion de me servir de cet appareil dans un cas d'hémorrhagie consécutive à une amputation partielle du pied.

Il m'avait été impossible de trouver les vaisseaux qui donnaient, même en faisant une large incision à la plante du pied.

L'appareil qui a été décrit m'a rendu, dans le cas particulier, des services réels, dans le traitement d'hémorrhagies rebelles qui ont paru à diverses reprises jusqu'au quinzième jour, où une dernière ligature, sur le trajet de la tibiale antérieure, nous rendit définitivement maîtres de l'accident.

M. DEMARQUAY. Je me félicite d'avoir porté à la tribune de la Société cette importante question de thérapeutique chirurgicale. Les matériaux manquent encore pour attribuer exactement à chacun la part qui lui appartient. M. Chassaignac réclame pour lui la compression par les anneaux élastiques; mais il faut ajouter, pour constituer la méthode d'Esmarch, un deuxième élément, la compression méthodique exercée de l'extrémité vers la racine du membre. Quant aux objections qu'a signalées M. Verneuil, j'y ai moi-même songé et les ai exposées dans ma communication; mais elles sont jusqu'ici purement théoriques, et la pratique seule démontrera jusqu'à quel point elles sont fondées.

LECTURE

M. NICAISE lit un travail intitulé : *Luxation scapulo-humérale intra-coracoïdienne avec fracture du trochiter. — Écoulement du bord antérieur de la cavité glénoïde et névrite du nerf circonflexe.* (Renvoyé à une commission composée de MM. Després, Cruveilhier et Tillaux.)

PRÉSENTATION DE PIÈCES

M. TRÉLAT présente une tumeur érectile qu'il a enlevée à l'aide du galvano-cautère. La section s'est effectuée avec la plus grande netteté et sans aucun écoulement de sang.

Cette tumeur avait été traitée par la vaccination au moyen de dix piqûres, sur lesquelles six avaient réussi. On peut voir encore les cicatrices vaccinales.

M. MARJOLIN. Cette pièce prouve qu'il faut vacciner avec le plus grand soin toute la surface des tumeurs érectiles. Elle prouve en plus qu'il faut faire pénétrer profondément les piqûres vaccinales, car, s'il y a eu récidive dans le cas actuel, c'est que le vaccin n'a pas été porté assez loin.

La séance est levée.

Le secrétaire, TILLAUX.

Séance du 26 novembre 1873. — Présidence de M. TRÉLAT.

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

CORRESPONDANCE

La correspondance comprend :

La *Gazette des Hôpitaux*; — l'*Union médicale*; — la *Gazette heb-*

madaire; — le *Progrès médical*; — le *Mouvement médical*; — la *France médicale*; — la *Tribune médicale*; le *Bordeaux médical*; — la *Revue médicale de Toulouse*; — le *Lyon médical*.

M. LUTON, professeur de pathologie externe à l'École de Reims, adresse une brochure intitulée : *Note sur les ciseaux trachéotomes*; l'instrument que décrit cette brochure est également soumis à la Société.

M. LE FORT fait hommage à la Société de la première partie du *Manuel de médecine opératoire de Malgaigne*, dont il publie la 8e édition.

RAPPORT

M. GUÉNIOT fait le rapport suivant sur une observation adressée à la Société par M. Henry de Boyer, externe à l'hôpital de la Charité et intitulée : *Obstruction intestinale causée en deux points différents par des tumeurs fibreuses des deux ovaires.*

Il y a quelques semaines, j'avais l'honneur d'entretenir la Société d'un mémoire de M. Faucon (d'Amiens), relatif à l'obstruction intestinale que déterminent parfois les fibroïdes utérins. Aujourd'hui, c'est d'un fait analogue que je viens brièvement vous rendre compte. La relation nous en a été adressée par un externe laborieux des hôpitaux, M. Henry de Boyer. Voici les principaux détails contenus dans cette observation :

Une femme de trente-huit ans entre le 26 octobre dernier, avec des symptômes d'étranglement intestinal, dans le service de M. le professeur Bouillaud, alors suppléé par M. Bouchard. Son ventre est ballonné, douloureux, brûlant; elle vomit des matières porracées, et depuis quatre jours elle n'a pu obtenir d'évacuation par le rectum. Ces accidents se sont produits graduellement; de longue date, la malade avait des alternatives de constipation et de diarrhée.

A l'examen de cette femme, on reconnaît dans l'aine droite, et descendant jusque dans la grande lèvre, une tumeur oblongue à grand diamètre parallèle au trajet inguinal. Cette tumeur est formée de deux parties : l'une fluctuante, située près de l'anneau superficiel, et l'autre, à la fois dure et bosselée, occupant l'épaisseur de la grande lèvre. Ni l'une ni l'autre ne sont réductibles; elles sont indolores, donnent un son mat à la percussion et ne participent pas à la température surélevée de l'abdomen. Enfin, elles ne paraissent pas avoir de prolongement jusque dans la cavité du ventre. Aussi, rejette-t-on l'idée d'une hernie, et l'on admet que la cause des accidents d'obstruction doit résider plus haut.

En palpant l'abdomen, on découvre, en effet, l'existence d'une tumeur volumineuse, située au-dessus des pubis, tumeur que le cathétérisme vésical ne fait point disparaître. A l'aide du toucher, on trouve que les culs-de-sac vaginaux sont comblés par une masse dure et bosselée; que l'ampoule rectale est très-dilatée, et qu'au-dessus d'elle l'intestin est complétement aplati par une tumeur.

L'absence d'hémorrhagie, de suintement ichoreux et de cachexie cancéreuse fait rejeter l'hypothèse d'un carcinome utérin. On croit plutôt qu'il s'agit de fibroïdes sous-péritonéaux de la matrice, qui causent, par la compression de l'intestin les phénomènes actuels d'étranglement.

La malade est, d'ailleurs, à toute extrémité ; on s'abstient d'une intervention active, et elle succombe le jour même de son entrée à l'hôpital.

L'autopsie, faite avec beaucoup de soin, permet de constater les lésions suivantes :

Péritonite récente, surtout accusée dans les régions inférieures de l'abdomen;

Distension énorme du gros intestin par des gaz ; d'où refoulement du foie, du diaphragme et de l'intestin grêle ;

Compression du cœcum et du rectum par des tumeurs qui aplatissent ces deux portions de l'intestin en effaçant complétement leur calibre ;

Les tumeurs dont il s'agit appartiennent aux ovaires; elles sont au nombre de deux :

L'une (celle de l'ovaire gauche) offre le volume d'une tête d'adolescent; elle est formée d'un tissu dur, calcifié et renfermant plusieurs kystes dont le plus gros contient environ 300 grammes de liquide citrin. Elle comprime, par sa face profonde, le cœcum qui se trouve comme écrasé sous cette masse ; elle pèse, en outre, sur l'utérus, sur l'ovaire droit et sur la vessie qu'elle refoule sous les pubis.

La seconde tumeur, formée par l'ovaire droit dégénéré, est sous-jacente à l'utérus et à la tumeur de l'ovaire gauche. Du volume d'un œuf de dinde, elle ne renferme pas de kyste ; son tissu est compacte, très-dur, calcifié et d'un aspect bosselé qui rappelle celui de certains enchondromes. Appliqué contre le sacrum et maintenu par la pression de la tumeur ovarique gauche, elle efface complétement le calibre du rectum.

Les deux tumeurs ovariennes n'adhèrent, du reste, à la matière que par de longs pédicules; et nulle autre part elles ne présentent de liens qui les rattachent à quelque organe. L'examen microscopique, pratiqué par M. Ranvier, montre qu'elles sont exclusivement composées de faisceaux fibreux pénétrés d'incrustations calcaires.

Enfin, la tumeur de l'aine droite est constituée par une hydropisie enkystée du canal de Nuck (?) et par une masse fibreuse, dure, calcifiée, en tout semblable aux tumeurs des ovaires.

(*A suivre.*)

VARIÉTÉS

Goître et crétinisme (1), par M. le docteur BAILLARGER.

CONCLUSIONS GÉNÉRALES.

III. ÉTIOLOGIE DU GOÎTRE ET DU CRÉTINISME ENDÉMIQUES.

1° Il y a sur l'étiologie du goître et du crétinisme quatre doctrines principales.

A. La doctrine des *causes multiples* (l'endémie serait produite par la réunion dans certaines contrées des quatre conditions suivantes : l'extrême humidité de l'air, sa viciation par des miasmes ou seulement par défaut de renouvellement, l'absence d'insolation et l'insalubrité des eaux).

B. La doctrine de *l'intoxication miasmatique* (l'endémie devrait être attribuée à un miasme analogue au miasme paludéen).

C. La doctrine *hydro-tellurique* (existence dans les eaux potables d'un agent toxique qui serait la cause spécifique de la maladie).

D. La doctrine de *l'ioduration insuffisante des milieux* (absence d'iode dans l'air, les eaux et le sol, mais principalement dans les eaux).

2° La doctrine des *causes multiples* paraît devoir être rejetée par les motifs suivants :

A. En ce qui concerne le goître, des faits nombreux démontrent qu'il règne à l'état endémique dans des contrées où l'on ne trouve point réunies les causes principales d'insalubrité auxquelles on voudrait l'attribuer ; et, par opposition, que ces causes existent dans d'autres pays tout à fait exempts du goître.

B. En ce qui concerne l'endémie du crétinisme, bien que le plus souvent elle ne sévisse que dans des contrées insalubres, au milieu de populations soumises à de mauvaises conditions hygiéniques, et subissant toutes les conséquences de la misère, il n'en est pas moins certain que ces causes ne suffisent pas pour l'expliquer.

Le crétinisme endémique, en effet, n'a jamais été observé dans aucune localité sans être accompagné de l'endémie du goître, c'est-à-dire sans que la population fût soumise en même temps à l'action de la cause encore inconnue qui produit cette dernière maladie ; dans d'autres contrées, au contraire, exemptes du goître, les mêmes conditions générales d'insalubrité et de misère ne développent point le crétinisme.

Ces conditions ne sont donc point, comme le prétendent les partisans de la doctrine des *causes multiples*, la cause principale de l'endémie du crétinisme.

(1) Fin. — Voir les numéros des 18 et 23 décembre 1873.

3° Des objections de même nature ne permettent point d'admettre la doctrine d'une *intoxication miasmatique* analogue à l'intoxication paludéenne; l'endémie s'observant dans des contrées sèches et exemptes de marécages, tandis qu'au contraire elle épargne beaucoup de pays dans lesquels sévissent les fièvres palustres.

4° L'endémie du goître règne dans des contrées dont l'air est normalement ioduré, et en épargne d'autres dans lesquelles il est privé d'iode ; la maladie ne peut donc être attribuée à cette dernière condition.

L'absence de l'iode dans les eaux seulement ne peut davantage expliquer la production du goître endémique ; comme conséquence de cette opinion, en effet, toutes les eaux séléniteuses, étant privées d'iode, devraient donner le goître, et des observations très-nombreuses prouvent que cela n'a pas lieu.

La doctrine de l'*ioduration insuffisante des milieux* n'est donc pas plus soutenable que celle des *causes multiples* ou de l'*intoxication miasmatique*.

5° Bien que, dans l'état actuel de la science, il ne paraisse pas possible de formuler une doctrine étiologique définitive, néanmoins l'ensemble des faits recueillis jusqu'ici tend à démontrer que l'endémie du goître et du crétinisme est due à un agent toxique spécial, contenu dans les eaux potables et peut-être aussi dans les plantes alimentaires.

Malgré de nombreuses recherches, la nature de cet agent est jusqu'ici restée tout à fait inconnue.

6° L'endémie du goître, accompagnée ou non de quelques cas isolés de crétinisme peut se développer malgré l'existence de bonnes conditions hygiéniques, mais l'endémie du crétinisme semble exiger le plus souvent, outre l'action toujours nécessaire de la cause spécifique, le concours d'un certain nombre de causes secondaires parmi lesquelles il faut citer au premier rang l'humidité de l'air, sa viciation par les miasmes, l'insalubrité des habitations, l'extrême misère et aussi le défaut de croisement des races.

7° Quand le goître et le crétinisme se sont développés dans une contrée sous l'influence des causes endémiques, il est certain qu'après plusieurs générations l'hérédité contribue à la propagation des deux maladies, mais spécialement à celle du goître.

IV. PROPHYLAXIE.

§ 1. *Mesures prophylactiques qui pourraient être appliquées immédiatement dans les communes les plus gravement atteintes.*

Faire déterminer par les soins de l'administration, et en mettant à profit l'Enquête statistique, quelles sont, dans chaque département, les communes assez gravement atteintes pour qu'on doive leur appliquer les mesures prophylactiques spéciales énumérées ci-après :

1° Création, dans chacune de ces communes, de commissions dont feraient partie de droit le maire, le curé, l'instituteur et au moins l'un des médecins habitant la commune ou les communes voisines.

2° Un médecin désigné par l'administration serait chargé :

a. De diriger le traitement gratuit du goître dans les écoles et dans les familles pauvres et d'y distribuer des médicaments ;

b. De désigner les enfants menacés de crétinisme, qui devraient être placés dans des localités saines, et spécialement dans les montagnes voisines ; de traiter gratuitement ceux qui ne pourraient pas être transportés, et de veiller, en outre, dans les mêmes familles, à tout ce qui concerne l'hygiène de l'enfance ;

c. De distribuer, lorsqu'il le jugerait nécessaire à la santé de la famille, des *bons* pour obtenir le sel alimentaire et le café à des prix réduits ;

d. De faire, tous les six mois, un rapport qui serait adressé par la Commission communale au conseil d'hygiène et de salubrité de l'arrondissement et transmis avec son avis au préfet du département.

3° Créer pour les jeunes enfants des salles d'asile, partout où il y a une agglomération suffisante d'habitations, et charger les directrices de ces salles de l'exécution des mesures prescrites par le médecins.

4° Pour les familles indigentes qui ont à leur charge un ou plusieurs crétins, secours à domicile, placement des crétins orphelins dans les familles habitant des localités saines, et qui consentiraient à s'en charger moyennant une pension. On pourrait aussi, dans tous les cas, et selon les circonstances, demander l'admission des crétins dans les quartiers d'idiots et d'imbéciles des asiles d'aliénés. Ce placement devrait surtout être réclamé pour les crétines adultes mal surveillées ou dont l'inconduite serait reconnue.

5° La loi sur les logements insalubres ne peut recevoir dans les campagnes que de rares applications, la plupart des familles pauvres étant propriétaires des maisons qu'elles habitent. Peut-être y aurait-il lieu de demander pour ces localités des dispositions législatives nouvelles qui permettraient d'intervenir dans une certaine mesure, soit pour améliorer l'état des habitations existantes, soit pour poser des règles spéciales à la construction des maisons.

Jusque-là, on réclamerait le concours actif des commissions communales pour obtenir les changements les plus indispensables.

Il importe d'ailleurs de faire remarquer qu'on pourrait, sans dépenses considérables, réaliser dans un assez grand nombre de cas, les améliorations les plus urgentes, et, par exemple, multiplier ou agrandir les fenêtres, élever, s'il est possible, le sol quand il est en contre-bas, ou au moins l'assainir par les moyens les plus économiques en usage dans le pays ; construire des cheminées, blanchir les murs à la chaux, séparer par des cloisons l'étable de la pièce occupée par la famille, etc.

6° Assainissement des villages par l'écoulement des eaux stagnantes, par l'éloignement des fumiers, par le pavage des chaussées, l'abatage des arbres trop rapprochés des habitations, etc.

7° Améliorer le plus tôt possible le régime des eaux potables : 1° en construisant des citernes ; 2° en dérivant de nouvelles sources dont l'expérience aurait démontré l'innocuité ; 3° lorsque cette condition ne peut être remplie, en substituant aux eaux de puits et de torrents des eaux de source qui seraient conduites aux réservoirs dans des tuyaux bien clos ; 4° en construisant des réservoirs dans lesquels les eaux déposeraient pendant plusieurs jours avant qu'on en fît usage ; 5° en facilitant dans les familles pauvres l'emploi de filtres simples et peu coûteux.

8° Rédiger une instruction populaire qui, sous une forme simple, ferait ressortir, au point de vue de l'endémie du goître et du crétinisme, l'importance de bonnes conditions hygiéniques, surtout en ce qui concerne la première enfance, et qui en même temps signalerait le danger de certains mariages.

Cette instruction serait distribuée par les membres des commissions communales.

9° Demander que les exemptions du service militaire pour cause de goître ne soient désormais accordées que dans des cas beaucoup plus rares.

10° Charger un membre du conseil d'hygiène et de salubrité de chaque arrondissement de l'inspection de tout ce qui se rattache au traitement du goître et du crétinisme, et spécialement à l'exécution des mesures prophylactiques.

Cet inspecteur centraliserait les documents et ferait un rapport annuel dans lequel il devrait signaler non-seulement ce qui a trait à la prophylaxie et aux améliorations déjà obtenues, mais aussi tous les faits de nature à éclairer les questions dont la science attend encore la solution.

Ce rapport serait adressé au préfet, qui le transmettrait au ministre avec ses observations et celles du conseil départemental d'hygiène et de salubrité.

§ 2. *Mesures prophylactiques dont on ne saurait espérer l'exécution immédiate, mais qu'on devrait chercher à appliquer le plus rapidement possible dans la limite des ressources disponibles.*

11° Prévenir le débordement des torrents et des rivières par des travaux d'endiguement, creuser des canaux pour dessécher

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES

T

U

V

Z

NOMS DES AUTEURS

DONT LES TRAVAUX ONT ÉTÉ PUBLIÉS DANS LA GAZETTE DES HOPITAUX EN 1873

PARIS. — IMPRIMERIE TYPOGRAPHIQUE DE A. POUGIN, QUAI VOLTAIRE, 13.

